GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME III — 1856

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LVI

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 4 JANVIER 1856. — N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 21 au 27 décembre 1855.

323. BEROUD, Jean-Philippe-Eugène, né à Lyon (Rhône). [*De la névralgie dorso-intercostale.*]

324. LEDO, Jean-Baptiste-Constant, né à Sault-Chevreuil (Manche). [*De l'expectoration dans la pneumonie.*]

325. BOSCREDON, Antoine-Victor, né à Castel-Sarrazin (Tarn-et-Garonne.) [*Hémorrhagie méningée spinale.*]

326. CHARRIER, Jacques-Marie-Amédée, né à Paris (Seine). [*De la fièvre puerpérale; épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris.*]

327. BRUNEAU, Jacques, né à Marmande (Lot-et-Garonne). [*Des fistules urinaires uréthrales chez l'homme.*]

328. VERMONT, François-Joseph-Charles, né à Mont-Saint-Vincent (Saône-et-Loire). [*Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts.*]

329. BUCQUOY, Marie-Edme-Jules, né à Péronne (Somme). [Du purpura hemorrhagica *idiopathique ou maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 27 août au 10 décembre 1855.

93. WALTHER, Charles, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*Quelques mots sur la fièvre jaune.*]

94. CUIGON, Émile-Prosper, de Vauvert (Gard). [*Essai sur l'hémorrhagie utérine après la délivrance.*]

95. CABANES, Adrien, de Castillon (Ariége). [*Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du choléra épidémique.*]

96. BONNETAT, Léon, de Labastide-de-Seron (Ariége). [*Essai sur la convalescence et les soins qu'elle réclame.*]

97. ALBERT, Th. [*Quelques mots sur la suette miliaire.*]

98. BOISSAT-MAZERAT, Auguste, de Bourdeilles (Dordogne). [*Quelques considérations sur la suette miliaire épidémique.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Honorés confrères (que le dieu de la clientèle verse sur vous la coupe de ses faveurs !), chers, excellents et respectables abonnés (que toutes les joies de la terre descendent sur votre foyer !), les sentiments de la GAZETTE HEBDOMADAIRE à votre égard sont si évidents, il est si sûr qu'elle voudrait vous presser tous sur son cœur depuis la Circoncision jusqu'à la Saint-Sylvestre, et toujours ainsi *usquè in æternum*, que vous ne lui en voudrez pas, sans doute, de sauter une fois à pieds joints par-dessus les usages de l'année naissante. Un ancien a dit quelque part : *Quod semper est paratum, non semper juvat.* Cette sage maxime nous fait espérer qu'en vous privant de compliments aussi usuels nous vous épargnons un ennui, et nous achevons de nous rassurer en réfléchissant qu'il nous reste toujours, pour vous dédommager, les souhaits

III.

de la famille, du concierge, du facteur de la poste et des tambours de la garde nationale.

Aujourd'hui nous vous demandons la permission de vous entretenir de quelques affaires de la presse médicale et des nôtres en particulier.

Ce que nous voulons dire au sujet des journaux de médecine ne comporte aucune allusion particulière, ne sous-entend aucune attaque contre telle ou telle feuille de Paris ou d'ailleurs. Nous avons à signaler un mal; mais ce mal est ubiquiste ; il est, comme la gent canine, de tous les climats. C'est sans doute ce qu'il y a de plus fâcheux, mais c'est aussi ce qui nous met le plus à notre aise, en nous abritant davantage contre un soupçon de personnalité. Il va sans dire, d'ailleurs, que nous ne méconnaissons pas les exceptions ; il y en a d'assez nombreuses, et ce nous serait un vrai plaisir de les désigner tout haut, si ce n'était dénoncer du même coup tout ce qui n'en fait pas partie. Or, ce mal, de quel nom l'appeler? *Jalousie*, ce serait trop. *Rivalité*, ce n'est pas assez. Si l'on s'arrête à ce dernier mot, il faut entendre, pour être dans le

99. Gallerand, Ernest, de Croisic (Loire Inférieure). [*De la méthode oblique-elliptique dans les amputations*]

100. Anglade, Isidore, de Villepinte (Aude). [*Quelques considérations sur la formation du cal.*]

101. Borin, Gabriel, de Valsonne (Rhône). [*De la chlorose.*]

102. Colson, Guillaume-Marius, de Toulon (Var). [*Rapport médical sur les maladies qui ont régné sur l'établissement pénitentiaire de l'Ilet-la-Mère (Guyane française).*]

103. Tamfay, Jean-Léo, de Faux (Dordogne). [*Des maladies simulées au point de vue du recrutement.*]

104. Devie, L.-F.-F.-Oscar, de Peyrouse (Aveyron). [*De la nostalgie ou mal du pays.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,

Laurens.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 janvier 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VALEUR DE LA RÉVULSION ET DE LA DÉRIVATION.

M. Malgaigne a soutenu que les modernes n'ont pas de théorie de la révulsion et de la dérivation, et voici qu'il lui en pleut. Ce n'est peut être pas la meilleure manière de lui donner tort; mais nous espérons qu'il n'abusera pas non plus de cette diversité de vues et de langage. Aujourd'hui, comme dans toute la suite des siècles, le dogme de la révulsion porte l'empreinte des doctrines; et, comme il n'y a pas de doctrine unitaire, il n'y a pas de théorie univoque sur la révulsion. Au fond, pourtant, l'idée mère de détourner plus ou moins rapidement une action pathologique ou une humeur va se perpétuant sans interruption, et l'on pourrait ajouter sans opposition soutenue.

Après M. Piorry, dont l'horreur pour les vieux mots se tourne trop aisément contre les vieilles choses, et qui veut bannir la révulsion et la dérivation de la république médicale comme entachés d'ontologie; après M. Leblanc, qui, sur le terrain pratique, a prêté un solide appui à son collègue, M. Boullay, en témoignant avec autorité de la grande efficacité des exutoires chez les animaux, le vitalisme a fait son entrée dans la discussion avec MM. Parchappe et Bousquet. La Revue médicale comptait sur M. Bousquet; elle l'avait vu descendre de wagon, arrivant par la route de Montpellier. Est-elle satisfaite? Nous avons quelque raison d'en douter. M. Bousquet, aussi bien que M. Parchappe, a restreint le sens de la révulsion et celui de la dérivation dans des limites que n'admet pas la Revue, et que nous n'acceptons pas non plus.

La pensée fondamentale des deux orateurs est que toute thérapeutique qui vise à détourner une maladie, à l'arracher de son siége (*revellere*), n'est et ne peut être que l'imitation des mouvements salutaires par lesquels la nature se débarrasse souvent elle-même. Toute la science de cette thérapeutique consiste donc dans l'observation attentive des *directions* que prennent *suâ sponte* les diverses espèces de maladies, et ses procédés doivent se rapprocher autant que possible de ceux qu'on voit employer à l'organisme. M. Parchappe s'étaie bien encore d'un autre principe, à savoir : que la *quantité de vie* peut varier d'un instant à l'autre, et que la médecine a les moyens de l'augmenter ou de la diminuer; mais ce n'est pas ce principe, c'est celui des directions morbides naturelles qui, dans l'esprit de M. Parchappe, comme dans celui de M. Bousquet, gouverne la pratique de la révulsion dans le choix des procédés et du lieu de leur application; c'est celui-ci donc qui contient en essence leur doctrine.

Eh bien, à notre sens, ni l'organicisme ni un vitalisme conséquent ne peuvent s'en contenter.

Nous ne demandons pas qu'on retranche de la révulsion et de la dérivation toutes les imitations étudiées, raisonnées, des mouvements naturels, ni les mouvements naturels eux-mêmes; nous disons seulement que ce n'est pas là tout leur domaine et, plus encore, que ce n'est pas sur ce point que porte principalement la discussion. Si les voies et moyens par lesquels une maladie peut être révulsée ou dérivée doivent être donnés par l'enseignement de la nature, il faut rompre en grande partie avec la pratique commune, qui, tout en utilisant du mieux qu'elle peut les sympathies, les crises, les continuités de tissu, les communications vasculaires, ce qui enfin inspirait et dirigeait à travers mille erreurs la révulsion des anciens, s'applique surtout à placer ses exutoires dans le rayon de la partie malade. Les orateurs rejettent-ils cette règle, — cet usage, si l'on veut? S'élèvent-ils contre l'application du séton à la nuque dans l'ophthalmie, de cautérisations ou d'exutoires péri-articulaires dans l'arthralgie, de vésicatoires sur le thorax dans la pleurésie? Non, M. Parchappe n'a rien dit qui autorise une supposition semblable, qui serait d'ailleurs, si nous ne nous trompons, contredite par sa propre pratique; et M. Bousquet n'a contesté l'action

vrai, une rivalité inquiète, tracassière, défiante, chagrine, un peu tripoteuse et légèrement chippeuse, où s'accuse une constante et excessive préoccupation de la concurrence. Il semble que les journaux, au lieu de prendre côte à côte et fraternellement leurs places au soleil, telles que les leur distribue le bon plaisir du public, prennent à tâche, chacun en particulier, de faire ombre à ceux qu'ils craignent le plus et de commettre à leur préjudice quelque adroit détournement; d'où il résulte que l'œuvre du journalisme, au lieu d'être un effort commun et harmonique dans l'intérêt général de la science et de la profession, tend à se rapetisser aux proportions d'un conflit d'intérêts particuliers. Nous ne ferons que consigner un fait notoire, et qui n'est inavoué que parce qu'il est inavouable, en disant que beaucoup de feuilles scientifiques n'ont pas de plus grand souci, de plus importante affaire, que d'éviter toutes les occasions de nommer une feuille rivale, dans la crainte, dit-on, de lui servir de *prospectus*. C'est déjà passablement mesquin ; c'est néanmoins strictement l'exercice d'un droit. Mais un acte plus grave et tout à fait illégitime est celui par lequel on dérobe à d'autres journaux, soit nationaux, soit étrangers, des articles de fond dont on dissimule l'origine. Le but véritable de cette manœuvre est moins, il est vrai, de nuire à autrui que de s'être utile à soi-même en couvrant sa propre indigence ; mais l'acte en soi n'en est pas plus honnête : la pauvreté ne justifie pas plus le larcin aux yeux de la morale qu'aux yeux de la loi, ni plus dans les choses littéraires que dans tout autre genre de propriété. Il est remarquable que, dans un moment où des sociétés de gens de lettres et des conventions internationales s'appliquent à sauvegarder dans toute l'Europe la propriété des œuvres de l'esprit, le journalisme médical, par une déplorable exception, ne se montre pas pressé de rompre avec des mœurs de *partageux*. Nous devons dire que, sous ce rapport, la France en agit mieux avec l'étranger que l'étranger avec elle. Si c'est en vertu du proverbe : *On n'emprunte qu'aux riches*, il y a de quoi nous flatter, mais non nous consoler. Beaucoup de feuilles exotiques ne se font aucun scrupule de s'approprier des travaux considérables qui ont coûté à une rédaction française du temps, de la peine et de l'argent. Y

révulsive qu'à l'égard de certaines périodes et de certains modes de l'inflammation. Or, qu'est-ce que refuse d'admettre M. Malgaigne? Précisément ce qu'une déduction conséquente devrait, ce nous semble, amener les orateurs à repousser également. Qu'est-ce que M. Malgaigne ne contestera pas quand il remontera à la tribune? Ce que les orateurs ont donné pour base à leur argumentation : la crise, l'action sympathique, l'utilité du flux hémorrhoïdaire dans la congestion encéphalique, celle de la diurèse dans l'anasarque, les rapports physiologiques et pathologiques de l'utérus avec les mamelles, etc.

C'est que M. Malgaigne, par une vue très légitime et qui ne pèche peut-être que par excès, considère dans la révulsion autre chose qu'une opération critique ou une relation sympathique, et y voit un déplacement pur et simple d'un travail morbide par un autre, sans aucune imitation d'aucun procédé salutaire de la nature. C'est ce qu'il a déjà déclaré implicitement quand il a confiné toute la révulsion antique dans le fameux aphorisme : *duobus doloribus*. Et, en réalité, la question est là. La question est de savoir, en présence d'un travail morbide installé quelque part dans l'organisme, si, étant supposé que l'agent morbide ne peut être éliminé par aucune voie, et qu'on n'a rien à attendre de la direction naturelle du mouvement pathologique, ce travail pourra être atténué, ou ralenti, ou suspendu par un autre qu'on aura établi dans le voisinage. Et la conception doctrinale qui répond à cette question pratique n'est pas celle de la crise ni de la sympathie, impliquant des relations préétablies, l'harmonie, le *consensus*, mais bien celle d'une *localisation* tout artificielle, tout arbitraire, de la maladie. Nous n'examinons pas ici si cette seconde conception s'arrange aussi bien avec le vitalisme enchaîné au *consensus unus* qu'avec l'organicisme qui pose au *consensus* certaines conditions anatomiques; nous constatons seulement que la révulsion, au sens où elle est présentement discutée, au sens même où elle est entendue à Montpellier, est, de son essence, *localisatrice*, et dès lors nous ne pouvons accepter la défense intimée par M. Parchappe aux organiciens de professer ni de pratiquer la révulsion, à moins que l'épithète de *localisateurs* ne doive être retournée aux vitalistes. En fait, c'est surtout la médecine organicienne qui préconise les moyens révulsifs, et l'on comprend maintenant qu'elle le puisse sans inconséquence.

Nous ajoutions, tout à l'heure, que le vitalisme même pouvait trouver insuffisante la défense de la révulsion par MM. Parchappe et Bousquet. Que demande à cor et à cri la seule feuille qui représente réellement le vitalisme à Paris, que demande la Revue médicale? que le débat aboutisse enfin, comme à son terme légitime, à la question de la *dépuration*. On a beau, en effet, séparer le vitalisme *pur* du vitalisme *humoral*. Il est certain qu'il se forme ou qu'il arrive dans l'organisme des substances hostiles à sa constitution normale et incompatibles avec la santé, et dès lors il est certain aussi, dogmes vitalistes sur table, que l'économie doit tendre à s'en débarrasser. Le mouvement en vertu duquel ces substances vicieuses ou viciées seront éliminées pourra affecter certaines directions, dont l'imitation plus ou moins heureuse constituera une application de la thérapeutique révulsive. Mais si la nature n'intervient pas, si elle ne fournit aucune indication, ne reste-t-il plus qu'à se croiser les bras? Non, il faut ouvrir à la matière hétérogène une porte de sortie, et c'est le cas des purgatifs et des exutoires à demeure. On a abusé des humeurs peccantes; mais sous cette vieille expression se cache une réalité que peut accepter l'organicisme le plus convaincu. Par exemple, un acte aussi compliqué que celui de la nutrition, subordonné à tant de vicissitudes de constitution, de tempérament, de santé, de régime, etc., ne peut s'accomplir toujours avec une telle perfection qu'il n'en résulte parfois la formation de matériaux mal élaborés, impropres à s'incorporer à l'organisme, et destinés à s'arrêter, à devenir le point de départ d'un travail morbide, dans quelque point où les aura portés le courant circulatoire. Or, il n'y a rien d'étrange à supposer que le siége d'une élimination, au moins partielle, pourra être fixé arbitrairement, soit dans l'intestin, soit à la surface d'un exutoire, où la circulation amènera incessamment une certaine proportion des substances nuisibles. Ce n'est là qu'une théorie; mais le fait qu'elle exprime n'en est pas, ce nous semble, moins avéré. Il y a des individus *qui ont besoin de suppurer et qu'on fait suppurer avantageusement*. Ce genre d'élimination, ce moyen d'obtenir le départ d'agents morbigènes, nous l'avons rangé dans la médication dérivative, d'accord en cela avec la Gazette médicale de Paris; d'autres l'appellent *dépuration*. La différence n'est que dans les mots.

Du reste, c'est un devoir pour nous de reconnaître que, sur le terrain où ils se sont placés, les deux orateurs ont accompli leur tâche avec un remarquable talent. M. Parchappe avec des vues plus générales, M. Bousquet avec des considérations plus pratiques, tous deux avec une grande distinction de langage, ont donné à la discussion un tour nouveau et une nouvelle élévation.

A. Dechambre.

...e disons pas que les feuilles de notre pays ne leur rendent jamais pareille ; ce serait mentir, malheureusement ; mais elles y mettent évidemment moins de sans-façon. Un terrain qui prête tout ...ticulièrement à la maraude est celui des analyses de journaux ou ... livres. Ce genre d'article consacre, pour ainsi dire, une double ...ropriété, celle du journal qui a publié le travail original, et celle ...u journal qui a mêlé à son résumé ses propres remarques. ... certains confrères de la presse, après s'être emparés de tout ...rticle critique, se croient quittes envers leur conscience quand ...s ont indiqué la source du travail analysé ; de sorte que la critique elle-même, qui est le caractère distinctif et comme la personnalité du journal, a l'air de sortir de leur propre rédaction. C'est le genre de larcin qui est le plus souvent commis. Dire combien ...e fois la Gazette hebdomadaire en a été victime, ce serait compter ...s tours que peut jouer Mercure, le Dieu des gens que vous savez, ...dant deux ans et trois mois de son existence.

... telles habitudes n'ont pas que des inconvénients moraux ; ...ndent à égarer l'histoire scientifique, et sont une des causes de ces nombreuses confusions où tombe d'abord quelque érudit, et qui passent ensuite, sous son patronage, dans les dictionnaires, dans les thèses, dans les cours publics, etc. C'est ainsi que les travaux cessent d'être rapportés à leur vraie source, que le critique est pris pour l'auteur, qu'on attribue à celui-ci des opinions qu'il n'a jamais professées, qu'une observation différemment racontée dans plusieurs analyses finit par compter, dans la science, pour deux, pour trois, pour quatre ou davantage. La grande quantité de journaux qui nous passent sous les yeux nous a permis de faire à cet égard de nombreuses remarques et de constater de singuliers quiproquo.

Nous invoquerons enfin (car il est peu de sujets qui méritent plus qu'on s'y arrête) une dernière considération. On se plaint de l'individualisme scientifique et professionnel de la presse ; on a même cherché les moyens d'y porter remède. A merveille. Nous croyons aussi qu'une presse compacte aurait plus de puissance que ne lui en permet son état actuel de morcellement. Mais, il faut qu'on le sache, la condition préalable de cette entente universelle

II.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Emploi thérapeutique des préparations de quinquina.

Monsieur le Rédacteur,

Quelques articles relatifs aux préparations de quinquina, récemment publiés dans votre estimable journal, me semblent de nature à appeler, dans l'intérêt de la pratique médicale, certaines réflexions que je vous demanderai la permission de faire.

Dans l'un de ces articles, il est question de la quinoïdine, que de très honorables médecins grecs proposent comme le moyen le plus économique de traiter les fièvres intermittentes, parce que, disent-ils, elle ne coûte que le tiers du sulfate de quinine. Or, leur dose est de 2 grammes 60 centigrammes entre deux accès, ce qui correspondrait au prix de 1 gramme de sulfate, tandis qu'il ne faut, en réalité, que 30 à 40 centigrammes de ce sel pour arrêter un accès.

Dans un autre article, on semble penser qu'il n'existe pas de données fixes sur la valeur fébrifuge des divers alcaloïdes du quinquina, non plus que sur celle des diverses préparations dans lesquelles on les fait entrer, ce qui est une erreur complète.

Enfin, dans un dernier, on voit un praticien très recommandable, M. Chauffard, écrire qu'après avoir donné le sulfate de quinine à des fiévreux sans en avoir obtenu sur la rate un effet satisfaisant, il a eu recours au quinquina en substance comme à un moyen encore plus puissant, opinion qui est un véritable préjugé.

Je commencerai par étudier le quinquina en substance, les rectifications sur les autres points devant naturellement se déduire de cette étude.

Il ne manque pas de médecins qui croient que le quinquina en nature est ce qu'il y a de mieux en fait de préparation fébrifuge, qui pensent que c'est un don de la Providence que la main de l'homme ne peut que gâter, et qui supposent que l'extraction de ses alcaloïdes est une destruction du pouvoir de cette substance. On trouve bien encore des cuisinières du temps passé, qui regardent comme article de foi culinaire que le sel gris, celui qui contient la moitié de son poids d'impuretés, sale, à poids égal, mieux que le sel blanc, qui ne contient que du chlorure de deutoxyde de sodium.

Il faut que les médecins dont je parle en prennent leur parti. L'écorce de quinquina n'est pas plus venue du ciel pour guérir la fièvre intermittente, que les plumes des autruches et celles des oiseaux de paradis n'en sont venues pour orner les toilettes des dames. L'écorce du quinquina est faite pour l'arbre qu'elle est destinée à protéger, et les alcaloïdes qu'elle contient n'ont d'autre fonction que celle d'en écarter les insectes qui voudraient l'attaquer. L'emploi comme fébrifuge est une conquête de l'homme, une distraction de la destination primitive de cette substance, et pas autre chose.

Il est facile, en effet, de prouver que, dans l'écorce du quinquina, tout n'est pas disposé au mieux pour l'exercice de la propriété antipériodique.

Cette écorce se compose de trois espèces de matériaux :

1° Des alcaloïdes, quinine, cinchonine, quinidine et cinchonidine, dans lesquels, ainsi que l'expérience l'a constaté de manière à n'y plus revenir, réside exclusivement la véritable propriété fébrifuge.

2° L'acide quinique et les matières colorantes jaune et rouge, sorte de tannins qui jouissent de propriétés astringentes et légèrement toniques, et ne sont pas plus fébrifuges que les tannins provenus des écorces de chêne, de marronnier, etc., et que tout ce qui imprime une modification notable à l'économie. Permettez-moi à ce sujet une anecdote semi-médicale : J'ai connu autrefois une dame fort spirituelle, qui avait été minée longtemps par la fièvre intermittente. Elle était alors en relation avec des savants très distingués, médecins, chimistes, naturalistes. Les uns lui disaient que le quinquina était un astringent, et que c'était pour cela qu'il guérissait la fièvre ; les autres lui avaient appris que le principe astringent, le tan, se trouvait dans un grand nombre d'écorces, et les derniers que le chêne en contenait plus que toute autre écorce. Elle avait conclu de tout cela qu'elle pouvait très bien, et à peu de frais, être elle-même son médecin et son pharmacien. Elle faisait ôter l'écorce du bois qu'on montait dans sa chambre à coucher pour la cheminée, et, la mettant dans une bouilloire, elle en tirait, disait-elle, un quinquina économique, le remède et l'agent de sa préparation se trouvant dans la même bûche de sa cave. Inutile de dire qu'elle se lassa de son quinquina du Nivernais, et qu'elle fut obligée d'en venir au quinquina d'Amérique.

3° Le quinquina contient enfin un dernier ordre de substances, l'amidon, la gomme, les matières grasses et le ligneux, qui ne jouissent, de l'aveu de tout le monde, d'aucune propriété médicamenteuse.

L'analyse chimique, qui sépare chacun de ces divers matériaux, n'en détruit aucun ; elle se borne à les isoler, et ne fait, sous ce rapport, rien perdre à la puissance du quinquina ; chacun d'eux conserve, après l'analyse chimique, l'intégrité de ses propriétés spéciales.

Serait-ce que leur combinaison naturelle dans l'écorce, exalterait ces diverses propriétés ? On va le voir.

Toutes les matières colorantes et tannantes ont la propriété de se combiner fortement avec les alcaloïdes du quinquina pour en faire des tannates et des gallates, insolubles, très stables, résistant de toutes leurs forces à la décomposition. L'avidité des tannins pour les alcaloïdes est telle, qu'ils les enlèvent à toutes les substances qui les contiennent pour s'unir à eux très étroitement. Qu'on mette une solution extrêmement amère de sulfate de quinine dan du vin rouge de Médoc, le mélange perd à l'instant sa saveur

---

doit être la moralisation, aussi parfaite que possible, de la presse médicale. Pour s'unir fructueusement dans une œuvre commune, il est indispensable d'abord qu'on y soit engagé par de bons procédés réciproques, par la loyauté de la concurrence ; ensuite et surtout qu'une dignité un peu chatouilleuse ne puisse jamais se trouver dépaysée dans le congrès du journalisme.

C'est le vœu le plus fervent que nous trouvions à émettre au renouvellement de l'année.

— Nous vous annoncions, chers lecteurs, quelques détails relatifs à nos propres affaires, qui sont les vôtres. Nous voilà forcés d'être brefs. Vous savez déjà que nous avons cru devoir nous séparer de la *Société d'hydrologie médicale*. Notre désir était que la chose se passât tout simplement, sans récrimination. Mais, M. le président de la Société ayant fait, dans la séance du 28 octobre, cette déclaration un peu ambiguë que « l'éditeur de la *Gazette hebdomadaire* entendait *ne pas donner suite aux engagements contractés* avec la Société, » nous sommes bien obligé d'établir plus clairement notre position. L'engagement en question n'avait pas été contracté pour un temps déterminé ; chacune des parties pouvait en provoquer la résiliation au jour où elle le jugerait convenable. Cela était loin de nos intentions quand nous a été adressée une lettre peu convenable de M. le secrétaire de la Société, au sujet de coupures par nous faites dans le long compte rendu de l'une des séances. C'est alors que nous avons du même coup dispensé ledit secrétaire de sa collaboration à la *Gazette hebdomadaire*, et envoyé à M. le président notre démission d'organe de la Société. Le bureau, au lieu de porter l'affaire en séance, ou, s'il en avait le droit, d'accepter purement et simplement notre démission, a préféré se livrer à un acte d'enfantillage. Il a pris, comme une assemblée de Jeu de Paume, une *résolution*, et cette résolution porte...... ce que nous avions résolu. M. Mêlier, avec l'aménité habituelle de son caractère, n'a fait aucune opposition à cet acte de diplomatie. Nous y avons répondu en publiant la fin du travail que nous avions si malencontreusement coupé, et en le publiant *gratis*.

Tout cela, chers confrères, ne diminue en rien la haute estime que nous professons pour la *Société d'hydrologie médicale de Paris*,

amère, il se trouble, puis il se produit un dépôt : c'est la quinine qui s'est unie au tannin et qui a formé un composé, qu'on peut injecter dans les veines des animaux, qu'on peut faire prendre à des doses très élevées chez l'homme, sans produire aucun effet ni physiologique, ni médicamenteux. On a fait ainsi un quinquina de première qualité. Quant à la liqueur vineuse, elle contient les gommes, les rouges cinchoniques, et à peine quelques parties de quinine. Aussi n'a-t-elle qu'une saveur astringente, et il en faudrait bien des bouteilles pour guérir la fièvre.

Le tannin et les matières colorantes sont de tels annihilants des propriétés des alcaloïdes, que tous les toxicologistes recommandent le tannin comme neutralisant dans les empoisonnements par les alcaloïdes.

Aussitôt que ces corps se trouvent en contact avec ces alcaloïdes, ils s'y combinent intimement, pour former des combinaisons insolubles, stables, et sur lesquelles les sens digestifs n'ont presque plus de prise. On a vu que l'écorce du quinquina contenait précisément ces deux ordres de corps, les mêmes actions chimiques doivent donc s'y exercer de la même manière. Heureusement que le tannin et la matière colorante du quinquina sont moins forts que ne l'est le tannin des chimistes ; heureusement encore qu'il existe quelques portions d'alcaloïdes qui sont à l'état presque libre, sans quoi le quinquina serait presque inerte ; car le quinate d'alcaloïdes qu'il contient est presque complétement insoluble.

Malgré cela, les fabricants de produits chimiques sont, ainsi qu'on le sait, obligés d'employer les acides et les alcalis les plus puissants pour en détacher les alcaloïdes. L'estomac, à son tour, n'opère également ce départ que bien difficilement et très incomplétement. Ainsi, un malade qui prend 50 centigrammes de sulfate de quinine en solution, en rendra par les urines, terme moyen, 25 centigrammes, tandis que celui qui prendra 15 grammes de poudre de quinquina gris, contenant à peu près 50 centigrammes d'alcaloïde, n'en rendra que 10 à 12 centigrammes, c'est-à-dire à peu près le quart.

Les matières astringentes du quinquina ont donc pour effet d'enchaîner les alcaloïdes et d'entraver leur action ; au lieu d'être un adjuvant, elles sont un obstacle d'autant plus grand que le tannin est plus parfait. C'est pour cette raison que le tannate de quinine de M. Barreswill est une substance presque inerte, un contre-sens chimique.

On pourrait supposer que l'alcaloïde, se séparant lentement de sa combinaison dans le quinquina, a sur l'économie un effet plus lent et plus graduel, par conséquent plus facile à tolérer. Qui empêche de donner le sulfate de quinine par fractions graduées? Si vous craignez l'action trop prompte ou trop vive de l'alcaloïde, donnez-en peu, donnez-le bien divisé, administrez-le lentement ; de cette manière vous saurez ce que vous faites, et vous ne serez pas à la merci des sucs de l'estomac desquels vous n'êtes pas le maître.

On peut ajouter à cela que les analyses constatent que les alcaloïdes se trouvent dans les diverses écorces de quinquina dans des proportions qui varient de 3,000 à 20, et cela sans même que le médecin puisse savoir à quelle qualité il a affaire.

En extrayant du quinquina les principes fébrifuges et en les isolant, l'art n'a donc pas plus fait de destruction de propriétés utiles que n'en fait le raffineur de sucre en dégageant la matière sucrée des combinaisons qui la retiennent et en fournissant nos tables de ces beaux produits que tout le monde sait si bien apprécier. Si vous voulez revenir au quinquina en nature comme moyen fébrifuge, revenez aussi à la mélasse et à la cassonade pour rendre vos desserts plus gracieux et vos confitures plus délicates.

Les alcaloïdes sont ce qu'il y a de spécial dans le quinquina. C'est en eux que réside la spécificité de l'écorce du Pérou ; tout le reste est secondaire, et se trouve en plus grande quantité et en qualité plus élevée dans des substances qui ne jouissent d'aucune estime comme véritable fébrifuge.

L'expérience et l'expérimentation ont déterminé d'une manière bien positive la valeur fébrifuge de chacun de ces alcaloïdes, et l'on est arrivé à cette évaluation par la série combinée des moyens suivants :

1° Donnés à doses un peu élevées, ces alcaloïdes produisent des troubles dans le système nerveux, qui sont très faciles à percevoir, dont l'arrivée se reconnaît tout de suite, dont l'intensité se juge très aisément, et dont la durée peut être déterminée avec exactitude. Or, à part les légères différences de susceptibilité des sujets, ces troubles, qu'on est convenu d'appeler les effets physiologiques, sont toujours en proportion directe de la quantité d'alcaloïde absorbé dans un temps donné ; on peut les regarder comme des quinomètres, qui permettent d'apprécier exactement le début de l'action de l'alcaloïde, l'intensité de cette action et la durée de son influence.

2° Comme les alcaloïdes du quinquina ont la propriété de passer en nature dans les urines, on peut, à l'aide de certains réactifs, l'iodure ioduré de potassium, y constater leur présence avec la plus grande facilité, et à 1 centigramme près par litre. Il est même des procédés très expéditifs et qui ont pu être employés sur une grande échelle, à l'aide desquels on peut déterminer avec exactitude la quantité précise qu'en contient une urine donnée ; et comme ces alcaloïdes paraissent dans l'urine très peu de temps après qu'ils ont été ingérés, comme on les y recueille tout le temps que les malades prennent ces substances, et comme on les y retrouve encore tant qu'il en existe dans les tissus après que les malades ne les prennent plus, il en résulte qu'on peut savoir très positivement à quel moment l'absorption de ces alcaloïdes commence à se faire, avec quelle puissance elle se fait, combien de temps elle dure, quelle est la quantité absorbée, et combien de temps l'économie met à terminer leur élimination.

3° Enfin, il existe des effets thérapeutiques, tels que la cessation des fièvres intermittentes, celle des maladies périodiques, l'influence sur les douleurs rhumatismales, l'action ralentissante sur le

---

Vous pouviez trouver un peu lourde sur l'estomac une si grande quantité d'eau, même assaisonnée à tant d'ingrédients divers : plusieurs de vos lettres en font foi. Il est connu, d'ailleurs, que les eaux minérales ne vont pas à tous les tempéraments ; mais vous ne pouvez avoir méconnu la portée d'un pareil ordre de travaux accomplis sur une grande échelle et sous une commune impulsion. Aussi ne négligerons-nous pas, pour vous épargner les inconvénients d'un si brusque changement de régime, de relever, parmi ces travaux, ceux qui nous sembleront devoir offrir à votre esprit un aliment agréable et raisonnablement substantiel.

Vous savez aussi que notre perte n'est pas sans compensation. Une société de vieille date, dont le tronc large et vigoureusement enraciné se couvre tous les ans de verts rejetons, la *Société anatomique*, s'accointe de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. C'est un lien précieux et honorable pour nous. Cette réunion d'hommes voués à l'étude des conditions matérielles de la vie et de la mort n'a cessé de fournir à la science, sous la longue et toujours active direction de M. Cruveilhier, des matériaux d'une très haute utilité. On en pourra juger incessamment quand on aura sous les yeux la table générale qui est dressée en ce moment même par les soins de l'archiviste, M. le docteur Poumet. Le journal ne publiera pas le compte rendu des séances ; il en extraira seulement le sommaire ; mais il disposera du manuscrit des travaux qui devront paraître en fascicules, et pourra les utiliser à son profit. Que le titre spécial de la Société n'effarouche pas votre zèle de praticien ; une pièce d'anatomie pathologique peut être une lumière précieuse pour l'étiologie, pour le diagnostic, pour la thérapeutique, en un mot, pour tous les éléments dont la pratique se compose.

— Pour ce qui nous reste à vous dire, honorés confrères, nous nous bornerons à une simple mention. — L'exiguïté de nos caractères a souvent provoqué vos plaintes ; nous avons lieu d'espérer que vous serez satisfaits des changements annoncés sous ce rapport dans notre dernier numéro. — Quelques-uns ne voudraient pas voir mentionnée dans le journal la CORRESPONDANCE des Académies ; s'ils veulent bien réfléchir que cette mention avertit nos lecteurs du sort de leurs envois académiques, ainsi que des commissions nom-

pouls, etc., etc., lesquels fournissent un troisième moyen d'apprécier la valeur des préparations de quinquina.

Ces trois voies d'appréciation, qui ont été employées sur une grande échelle, donnant constamment des résultats identiques, agissant en quelque sorte parallèlement, on se trouve avoir un triple moyen de déterminer la valeur des préparations de quinquina, une sorte de mètre avec deux contrôles. Aussi, à part les erreurs que peut commettre un expérimentateur, lesquelles peuvent être corrigées par un autre, et qui ne constituent que des erreurs d'application, on peut dire que la thérapeutique possède les moyens de déterminer d'une manière précise la valeur médicamenteuse de toutes les préparations du quinquina.

C'est de cette manière qu'il a été constaté que la quinine rendue soluble valant un, la cinchonine, mise dans les mêmes conditions, ne vaut que deux tiers, et que la quinidine a exactement la même valeur que la quinine. La cinchonidine, qui est plutôt une substance de laboratoire qu'une substance de pharmacie, n'a pas été essayée. Quant à la quinoïdine, qui n'est que le marc des eaux-mères qui ont servi à l'extraction des alcaloïdes, elle vaut à peine la moitié de la quinine. La cinchonine, qui se trouve principalement dans les jeunes branches des arbres, est un alcali qu'on peut ocnsidérer comme n'étant pas encore complétement fait, tandis que la quinine et la quinidine, qu'on trouve surtout dans les vieilles écorces et dans les troncs, constituent l'alcali au complet. Aussi les craintes qu'on avait conçues sur la puissance de la quinidine sont-elles mal fondées, la quinine et la quinidine étant équivalentes en même temps qu'elles sont isomères.

L'expérience et l'expérimentation constatent qu'il n'existe aucune différence dans la nature des trois ordres d'effets indiqués ci-dessus, quel que soit l'alcaloïde employé; par conséquent, les alcaloïdes sont thérapeutiquement identiques; il n'existe entre eux que des différences de puissance, et la thérapeutique peut compenser par des différences dans les doses la différence dans la force. De là ce fait important, qu'on peut utiliser tous les produits alcaloïdes des quinquinas, fait économique digne de la plus sérieuse attention.

Il est clair que les mêmes procédés qui ont servi à déterminer la valeur des alcaloïdes purs, joints aux données que fournit la chimie, doivent servir à déterminer celle de leurs diverses préparations chimiques.

Aussi a-t-on pu constater que les sels des alcaloïdes devaient être distingués en trois classes :

1° Les solubles, sulfates, chlorhydrates, nitrates, acétates, acides, qui sont les plus puissants de tous, et qui sont par exemple comme un.

2° Les sels peu solubles, sulfates neutres, phosphates, tartrates, carbonates, etc., qui valent presque moitié moins que les premiers.

3° Enfin, les sels fixes, tannates, hydrocyanates, antimoniates, arséniates, etc., qui ne se décomposent que très difficilement et valent au plus d'un quart à un huitième des premiers.

On a pu constater également que la nature de l'acide était à peu près indifférente à l'action du sel, et n'avait d'influence que par la quantité d'alcaloïde qu'il retenait; qu'ainsi les craintes qu'on a voulu exciter relativement au bisulfate de quinine n'ont aucun fondement, personne n'étant capable de croire que 15 centigrammes d'acide sulfurique combiné, par gramme de quinine, puisse être malfaisants. Par contre, on démontre que l'influence du cyanogène, de l'acide valérianique dans un sel de quinine est complétement nulle, et par conséquent que les sels formés par ces acides sont des inutilités. Il n'est qu'une exception à cette règle générale; elle est relative aux sels formés par les acides de l'arsenic, lesquels ne pouvant être donnés que par 10 à 12 centigrammes, offrent l'action de l'arsenic prédominant de beaucoup celle de la quinine, qui devient à peu près nulle.

Il faut conclure de là que puisque la nature de l'acide est complétement indifférente, il suffit d'avoir le sel le plus soluble, celui dont la composition est le plus fixe, celui qui contient le plus de quinine, et que celui-là peut dispenser de tous les autres. Or, le sulfate composé par MM. Pelletier et Caventou est le seul qui réunisse toutes ces conditions, et par conséquent le seul utile; tout le reste n'étant que de la polypharmacie.

Enfin, on constate encore que certains composés, recommandés dans les meilleurs formulaires, sont des substances presque inertes; tels sont entre autres l'iodure et l'iodhydrate de quinine.

La même voie d'étude et d'expérimentation a servi à déterminer également d'une manière positive la nature et la puissance des préparations purement pharmaceutiques qu'on fait avec le quinquina, et l'on a classé ces substances en trois ordres : le premier, qui renferme les préparations contenant seulement les matières tannantes et astringentes, telles sont les infusions, sirops, vins rouges et extraits sec de quinquina, qui sont toniques et ne jouissent nullement de la propriété fébrifuge; la seconde, qui renferme celles où se trouvent les alcaloïdes, telles que les vins blancs, les teintures, les bières de quinquina, lesquelles sont très fébrifuges et faiblement toniques; enfin, la troisième, dans laquelle se rangent celles qui contiennent à la fois les tannins, les matières colorantes et les alcaloïdes, ces derniers en faible quantité, tels sont les décoctions et les extraits mous de quinquina, lesquels sont un peu toniques, mais médiocrement fébrifuges.

Il a été également très facile d'établir encore d'une manière très précise la valeur médicamenteuse, de la forme liquide, molle ou solide sous laquelle ces divers composés pénètrent dans l'économie, et l'on a vu que la forme la plus puissante de toutes était celle de solution complète dans un liquide; que celle de la suspension dans un liquide venait ensuite, puis que la forme pulvérulente était plus faible, et qu'enfin la plus faible de toutes était la forme pilulaire si généralement adoptée à cause de sa commodité, et ces divers degrés de puissance ont pu être traduits en chiffres. Il n'a pas été plus difficile de déterminer la puissance d'absorption des surfaces du corps avec lesquelles ces médicaments sont habituellement mis en con-

---

mées, ils consentiront peut-être à la supporter; mais ils apprendront avec plaisir que cette partie du compte rendu continuera d'être imprimée en petits caractères. — D'autres regrettent la place occupée par le BULLETIN DES JOURNAUX; nous en retrancherons les journaux de Paris, qui, pour la plupart, vont souvent dans les mêmes mains que la *Gazette hebdomadaire*. — On exprime le désir d'une répétition plus fréquente des REVUES CLINIQUES; nous nous y conformerons. Des LETTRES MÉDICALES sur les événements du jour, que les exigences de l'Exposition et du Congrès de statistique avaient interrompues sont redemandées; nous les reprenons aujourd'hui même. Bref, chers lecteurs et abonnés, il n'est rien à quoi nous ne soyons disposé pour vous plaire. Ce ne sera pas notre faute si nous n'y réussissons pas entièrement; et, si nous étions assez malheureux pour cela, nous n'aurions d'autre ressource que de vous dire ce que disait Martial précisément un jour d'étrennes : « Si j'avais des oiseaux de Libye ou du Phase, vous les accepteriez. Pour le moment, contentez-vous de ceux de ma basse-cour. » A. DECHAMBRE.

— On lit dans le *Journal de Genève* (numéro du 29 décembre) que, malgré la suppression des grands jeux d'Aix-les-Bains, dont on comptait tirer des ressources pour l'agrandissement de l'établissement thermal, les travaux n'en seraient pas moins menés à bonne fin. C'est la compagnie du chemin de fer de Lyon à Genève qui s'est chargée de les poursuivre en vertu d'arrangement pris avec elle par M. de Cavour. Les bains d'Aix vont donc prendre toute l'importance et tout le développement dont ils sont susceptibles.

— Le corps médical de Lyon vient de faire une grande perte par la mort de M. le docteur Viricel, doyen de la médecine lyonnaise. Ses obsèques ont eu lieu le mercredi, 26 décembre. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Bonnet, Théodore Perrin, de Polinière, Rougier, Barrier et Coutagne.

Un autre médecin distingué de la même ville, M. Paul Brun, a succombé, âgé seulement de quarante ans, à une affection chronique qui l'éloignait depuis longtemps de la médecine active. Des adieux lui ont été adressés par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. Victor Laprade, le poëte. A. D.

tact, et l'on a trouvé que la muqueuse digestive était, sous ce rapport, au premier rang; que celle du rectum absorbait très promptement les alcaloïdes, mais que cette absorption était faible, et qu'elle était généralement de peu de durée; que l'absorption par la peau non dépourvue de son épiderme pouvait être considérée comme nulle, attendu que les frictions et les topiques au quinquina, ne donnent pas de signe de la moindre absorption, et que les bains les plus chargés n'en donnent que de très faibles.

Les règles sur le dosage des alcalis, sur le moment où il faut les administrer, sur la durée du temps pendant laquelle il faut les administrer et sur les précautions à prendre quand on les administre, ont également été déterminées avec une rigoureuse précision.

Ainsi, il a été bien établi que dans les fièvres intermittentes simples une dose de 30 à 40 centigrammes de bisulfate de quinine entre deux accès était suffisante pour arrêter l'accès, et que le meilleur moment de la donner était de la prendre en cinq heures en laissant un intervalle de quinze heures entre la dernière prise du médicament et l'époque présumée de l'arrivée de l'accès; que dans les fièvres pernicieuses, dans lesquelles le temps presse, on pouvait, en élevant la dose, avoir sur le système nerveux une action presque instantanée, et suppléer de cette manière au temps qui manque par la quantité de médicament de laquelle on est toujours le maître; que, par conséquent, il y avait moyen de n'être jamais pris au dépourvu. Il a encore été constaté que la dose qui, dans les intermittences simples, suffisait pour arrêter un accès avait une puissance suffisante pour prévenir l'accès suivant; que, par conséquent, il était inutile de donner le quinquina tous les jours, comme on le fait souvent, et qu'il suffisait de le donner d'abord tous les deux ou trois jours, puis tous les trois ou quatre jours, en économisant ainsi plus des deux tiers du médicament à prendre.

Les règles sur l'administration du quinquina à haute dose ont, à leur tour, été l'objet d'études semblables dans le but d'obtenir d'une dose donnée le maximum d'effet possible, tout en évitant les inconvénients des doses élevées. Ainsi, quand on dépasse des doses d'un gramme de sulfate de quinine, il faut toujours prendre le bisulfate, le donner en solution, distancer les doses de manière à ne pas donner par heure plus de 10 à 15 centigrammes dans les cas ordinaires, et de 20 à 25 centigrammes dans les cas graves, en suspendant le médicament aussitôt qu'on aperçoit quelque trouble sérieux, puis enfin laisser dix à douze heures par jour entre la prise de deux potions successives.

Vous le voyez, Monsieur, tout ce qui se rapporte au quinquina peut être réduit à des règles claires, rationnelles, se déduisant toutes les unes des autres, et tellement simples, que toute la pratique de l'administration du quinquina pourrait se mettre sur le dos d'une carte. Cela est bien éloigné de tout ce que la bizarrerie, la fantaisie, le caprice, et la manie de faire du nouveau, ont introduit dans la thérapeutique par le quinquina. Je sais bien que de cette manière l'emploi du génie de l'artiste se trouve fort limité; qu'il ne reste plus guère de part à ce qu'on appelle l'inspiration, le talent divinatoire; mais je suis loin d'en plaindre les médecins et les malades. A qui sait combien, pour un véritable inventeur, il y a d'esprits mal ordonnés qui se croient des génies, il ne paraîtra pas hors de saison qu'il y ait des règles fixes et des principes arrêtés pour mettre fin aux écarts et aux singularités qui ont si longtemps gouverné l'administration du quinquina. Veuillez, Monsieur le rédacteur, en excusant la longueur de cette communication, agréer l'assurance de mes sentiments distingués,

BRIQUET,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la respiration*, par M. *Poiseuille* — Après avoir démontré par le raisonnement que l'inspiration entrave la circulation des capillaires du poumon, parce que le poumon étant alors dilaté, ses capillaires s'allongent, diminuent de diamètre et donnent ainsi passage à une quantité moindre de liquide; enfin, que la vitesse du sang qui les parcourt est en même temps diminuée, l'auteur développe les expériences qu'il a instituées dans le but de confirmer ces données théoriques. Le premier point a été constaté par les injections. Une masse est préparée de telle sorte, qu'elle conserve sa liquidité au-dessus de 40 degrés, et devienne solide au-dessous. Un poumon non insufflé, convenablement chauffé dans de l'eau à 55 degrés, est injecté avec cette masse par l'artère pulmonaire : le poumon étant toujours dans l'eau chaude, on insuffle une bronche se rendant à l'un des lobes, et, continuant avec la bouche cette insufflation, on plonge tout le poumon dans l'eau froide; au bout d'un certain temps, la masse est refroidie dans tous les vaisseaux; les uns appartenant à un lobe insufflé, les autres à un lobe non insufflé, des portions de l'un et de l'autre lobe sont examinées au microscope; dans celui qui a été insufflé, les capillaires sont d'un diamètre plus petit que dans le lobe qui n'a pas été insufflé. M. Poiseuille a cherché le temps que mettait à s'écouler, en passant par les capillaires du poumon, une même quantité de liquide n'imbibant que difficilement les tissus, l'organe étant *insufflé* et *non insufflé*, sous la pression de 14 à 15 millimètres de mercure, qui est celle du cœur droit; et il a constaté, sur un poumon de lapin mort d'hémorrhagie, que la durée de l'écoulement de 3 centimètres cubes environ, le poumon non insufflé, était de 1',2''; et l'organe insufflé, de 1',59''; dans une insufflation plus grande que la précédente, le temps a été de 2',19''.

Enfin, pour prouver que l'inspiration, dilatant le poumon, entrave la circulation dans les capillaires pulmonaires, l'auteur épingle une grenouille sur une lame de liége, et fait une incision à la peau et aux muscles sur l'un des côtés de la poitrine; le poumon sort par l'ouverture, et le volume qu'il acquiert est en raison de l'air qui y est poussé par l'animal; et il sera facile, au moyen du microscope, de mesurer pour ainsi dire la marche et la vitesse de la circulation aux deux temps de la respiration.

La conséquence pratique à tirer de ces faits, c'est que le médecin appelé à pratiquer la *respiration artificielle* dans un cas d'asphyxie devra faire des insufflations *instantanées*, car les insufflations *prolongées* agiraient évidemment au profit de l'asphyxie qu'il se propose de combattre.

Note sur la vision, par M. *Dubrunfaut*. — Si l'on regarde successivement, dit l'auteur, une image, une surface blanche par exemple, placée sur un fond noir, avec un œil, puis avec les deux yeux, on ne peut reconnaître aucune différence dans la sensation perçue, et l'éclat de la surface se montre le même dans les deux cas. Cette simple observation rapprochée des faits connus pourrait, à défaut d'autres observations, justifier l'énoncé suivant, savoir : que la quantité de lumière qui arrive au sensorium est la même pour un même stimulus, soit que la sensation lui arrive par l'intermédiaire d'un œil fonctionnant seul, ou par l'intermédiaire des deux yeux fonctionnant simultanément. En observant ce qui se passe dans l'état de la pupille dans les deux cas qui viennent d'être spécifiés, un remarque qu'elle est inégalement dilatée : elle l'est moins dans la vision binoculaire, elle l'est plus dans la vision monoculaire. La mensuration mathématique des pupilles permet de reconnaître que le diamètre de la pupille dans la vision monoculaire est au diamètre de la même pupille dans la vision binoculaire $:: \sqrt{2} : \sqrt{1}$.

L'auteur tire de la démonstration de ce théorème les corollaires suivants : chaque organe considéré individuellement, ou chaque série d'organes doubles considéré collectivement, n'a aucune sensibilité propre pour le stimulus lumineux, puisqu'ils peuvent indifféremment, dans les mêmes conditions et sans gêne apparente, livrer passage aux agents promoteurs d'une sensation simple ou double : le conflit ne peut se produire ni dans chaque rétine, ni dans chaque nerf optique, ni dans chaque tubercule, ni dans chaque hémisphère cérébral, ni dans chacune de ces deux séries d'organes doubles, intermédiaires de perception visuelle : il y a au delà de ces deux séries d'organes quelque chose qui fonctionne comme organe simple et unique de perception, qui palpe les faisceaux lumineux et les mesure avec une précision admirable pour en régler l'admission conformément à son impressionnabilité et à ses besoins : ce quelque chose, c'est sans doute le *cerveau proprement dit*.

Sur les contractions toniques des muscles pendant la galvanisation des nerfs antagonistes, par M. *Remack* (de Berlin). — L'auteur expose le résultat d'expériences entreprises sur l'homme sain, dans le but de démontrer que la galvanisation des nerfs moteurs devait mettre en jeu les propriétés toniques des nerfs et des muscles antagonistes. C'est ainsi que la galvanisation d'un des trois nerfs moteurs de l'avant-bras (nerfs médian, cubital et radial) provoque la contre-action des deux autres nerfs.

L'effet du courant ascendant est évidemment plus fort que celui du courant descendant. Mais quand le courant n'est pas assez fort cependant,

la galvanisation d'un nerf est suivie d'une lutte entre les contractions toniques des muscles antagonistes, dans laquelle quelquefois le nerf galvanisé reste supérieur. On fera vaincre les nerfs antagonistes en renforçant le courant ou en changeant sa direction.

Il semble impossible à l'auteur d'apaiser les forces toniques d'un muscle par galvanisation immédiate; car, d'après ses expériences sur l'homme vivant, l'irritabilité des muscles n'existe pas, et, par cette raison, l'électrisation nommée immédiate n'agit que par excitation des nerfs intra-musculaires.

Chirurgie. — *De l'emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire*, par M. *Baudens*. — L'auteur signale un certain nombre de faits empruntés à la pratique des chirurgiens de l'armée de Crimée et desquels il ressortirait clairement que l'emploi sagement administré du chloroforme dans nos ambulances n'avait été suivi d'aucun accident et avait permis de pratiquer les plus graves opérations en épargnant aux patients de nouvelles et inutiles souffrances.

De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse, par M. *Baudens*. — Dans cette importante question encore si controversée, l'opinion de tous les médecins chefs d'ambulance, et cette opinion a été confirmée par tout ce que l'auteur a vu dans les hôpitaux depuis Marseille et Toulon jusqu'à Constantinople et la Crimée, est que la désarticulation du genou doit être préférée à l'amputation de la cuisse toutes les fois qu'il n'est pas possible d'amputer la jambe au-dessous de la rotule. La désarticulation doit être faite immédiatement, c'est-à-dire dans les premiers moments qui suivent la blessure. Consécutivement, l'amputation de la cuisse devrait avoir le choix.

La différence des succès dus à la désarticulation immédiate ou consécutive, tient à ce que, même dans l'état de santé, le volume des os n'est pas en harmonie parfaite avec la quantité des parties molles; et la disproportion devient plus grande encore quand le malade a perdu de son embonpoint par suite de souffrances prolongées et d'abondantes suppurations. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux candidats pour la chaire de médecine vacante au collége de France. Elle présente, en première ligne : M. *Cl. Bernard* ; en deuxième ligne, M. *Longet*.

Séance du 24 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Médecine. — *Observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction*, note de M. *Sédillot*. Hirschel Sara, âgée de trente ans, avait été frappée d'une mutité et d'une aphonie complète, à la suite d'un vif mouvement de frayeur. La langue de la malade avait subi une sorte de rétraction; elle était portée en arrière et en haut, et sa pointe, dirigée contre la voûte palatine, n'était abaissée volontairement qu'avec une certaine difficulté et ne pouvait arriver au contact des arcades dentaires, malgré tous les efforts de la malade. Le tissu lingual était souple et sans altérations apparentes, la déglutition des boissons et des aliments était facile et la santé générale n'avait pas souffert, malgré quelques attaques hystériques. La mutité et l'aphonie avaient résisté depuis douze ans à toutes les tentatives de traitement.

M. Sédillot pensant que ces accidents devaient se rattacher à une paralysie des principaux muscles extrinsèques de la langue et particulièrement des génio-glosses, paralysie étendue à l'appareil laryngé et compromettant l'action des cordes vocales, eut recours à l'emploi de l'électricité par induction au moyen de l'appareil de MM. Legendre et Morin.

« Un premier essai eut lieu le 20 novembre. L'un des fils de l'appareil fut dirigé sur la langue et y fut appliqué tantôt sur un point, tantôt sur un autre, tandis que le second fil était promené sur l'apophyse mastoïde, la partie supérieure et postérieure du cou, et sur divers points de la face. La malade accusa un peu de douleur, et il devint évident que les mouvements de la langue prenaient plus de liberté. La pointe de l'organe arrivait plus aisément à l'arcade dentaire, qui était parfois dépassée. Cette première tentative, continuée quelques minutes, ne fut pas renouvelée avant le 27 novembre, en raison d'une violente céphalalgie qui en fut la conséquence probable. L'amélioration survenue dans la mobilité linguale persista mais n'entraîna pas d'autres changements. Le 27, l'électricité appliqué de la même manière, en présence des élèves de la Clinique, eut des effets beaucoup plus remarquables. La langue atteignit l'intervalle des lèvres, les franchit, et un instant après la malade commença à parler d'une façon très distincte, quoique la voix ne fût pas encore rétablie. La mutité, on le voit, avait disparu malgré la persistance d'un assez grand degré d'aphonie, comme on en rencontre chaque jour de fréquents exemples. La prononciation déterminait, lorsqu'elle était prolongée, des douleurs ou plutôt une sorte de tiraillement et de fatigue dans les directions styloïdienne et hyoïdienne, dépendant vraisemblablement de la fatigue des muscles qui avaient recouvré leur activité. Plusieurs autres séances d'électrisation développèrent de plus en plus la voix, qui n'avait jamais été très forte, et la malade retourna chez elle, quinze jours plus tard, parfaitement guérie. »

Après avoir rappelé quatre observations du même genre, empruntées l'une aux *Mémoires de l'Académie des sciences*, pour l'année 1753, l'autre à César Pellegrini, les deux autres au docteur Walter, M. Sédillot conclut que l'ancienneté de la mutité et de l'aphonie déterminées par une cause brusque, telle que la peur, sans lésions organiques profondes, ne doit pas être un motif de désespérer ni d'abandonner le malade dans la supposition d'une incurabilité que rien ne démontre.

Eaux minérales. — *Recherches sur les produits azotés des eaux thermales sulfureuses*, par M. *Jules Bouis*. Suivant l'auteur, les eaux sulfureuses thermales, tiennent en dissolution une matière azotée dont l'existence se constate facilement en évaporant l'eau et calcinant le résidu. Cette matière azotée ne serait pas la cause de l'onctuosité que l'on trouve à un si haut degré dans certaines eaux; il faudrait plutôt l'attribuer au sulfure alcalin. Aussi la matière azotée ne saurait-elle être remplacée dans les bains par la gélatine, dont l'usage a été souvent préconisé.

L'auteur a étudié avec soin la glairine ou barégine ; les analyses qu'il en a faites l'éloignent beaucoup des matières protéiques, albumine et gélatine, auxquelles on l'a depuis longtemps comparée.

Les matières azotées organisées, désignées sous le nom de *sulfuraires* pour indiquer leur origine, offrent, d'après M. Bouis, à peu de chose près, une composition analogue à celle de la glairine.

L'auteur termine son mémoire par un tableau comparé de la composition de ces deux substances, glairine et sulfuraire.

Académie de Médecine.

Séance du 26 décembre 1855. — Présidence de M. Jobert.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Une lettre de M. le docteur *Cadet*, de Maintenon (Eure-et-Loir), sur un mode de traitement du choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b*. L'état des vaccinations pratiquées, en 1853, par mademoiselle *Leménager*, institutrice à Lapeuty, dont le préfet de la Manche signale le zèle pour la propagation de la vaccine (*Commission de vaccine*). — c. Quelques observations sur les causes de l'apoplexie foudroyante, par le sieur *Maigné*. (*Comm.:* M. Rostan.)— *d*. La recette d'un produit alimentaire dit *semoule ferrugineuse du docteur Mathieu*, et présenté par le sieur *Faure*, pharmacien, à Châlon-sur-Marne. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communications de : — *a*. M. le docteur *Pons*, de Vigan (Deuxième mémoire sur les aphorismes d'Hippocrate). — *b*. M. le docteur *Liégey* (demande d'inscription sur la liste des membres correspondants ; envoi des titres à cette candidature). (*Commission des correspondants nationaux.*) — *c*. M. le professeur *Langenbeck*, de Berlin (Mémoire sur le bain local chaud et permanent). (*Comm.:* MM. Bégin et Larrey.)— *d*. M. le docteur *Ribard*, de Pontoise (Mémoire sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde). (*Comm.:* MM. Grisolle et Blache.) — *e*. M. le docteur *Hoursolle*, de Bayonne (État des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855). (*Commission de vaccine.*) — *f*. M. le docteur *Diday*, de Lyon (Paquet cacheté contenant le résumé de ses observations sur le traitement de la syphilis constitutionnelle sans mercure ; observations pour lesquelles il

désire prendre date). — *g.* M. le docteur *Boulenger* (Essai statistique sur les grossesses multiples observées à Calais de 1800 à 1852). (*Comm.:* M. Baillarger.) — *h.* M. *Charrière* fils (Dynamomètre construit d'après les indications de M. Duchenne de Boulogne et applicable à la mesure de la force de tous les mouvements partiels des membres et du tronc). (*Comm.:* M. Poiseuille.) — *i.* Le même fabricant adresse encore à l'Académie différents instruments de chirurgie imaginés par M. le professeur *Duval*, chirurgien en chef de l'École de médecine navale de Brest. (*Comm.:* M. Bégin.) — *j.* Madame la baronne *Richerand* fait hommage à l'Académie du buste de son mari, par Cayrard pére.

M. *le Président* annonce à l'Académie le décès de M. *E. Gaultier de Claubry*, membre de la section d'anatomie pathologique.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre par laquelle M. H. Gaultier de Claubry fait part de la mort de son frère aîné.

D'après le désir formel exprimé par le défunt, aucune députation académique n'a accompagné son convoi.

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. *O. Henry* lit, au nom de la commission des eaux minérales :

1° Un rapport au sujet de l'eau de la *Barthe-de-Nesle* (Hautes-Pyrénées). Les propriétés spéciales attribuées à cette eau ne sont nullement justifiées par la présence de principes minéralisateurs actifs en quantité suffisante. La commission émet, en conséquence, l'avis qu'il y a lieu d'attendre, pour régulariser l'exploitation de la source, qu'un travail complet fait sur les lieux mêmes et des observations médicales nouvelles permettent de se prononcer avec une conviction suffisante. (*Adopté.*)

2° Un autre rapport sur l'eau minérale de la *Herse* (Orne). Cette eau minérale appartient à la classe des eaux calcaires ferrugineuses protocarbonatées sensiblement arsenicales. L'analyse chimique y révèle une quantité assez faible de principes minéralisateurs ; mais les documents anciens et toutes les observations nouvelles tendent à prouver leur efficacité. La commission propose des conclusions favorables. (*Adopté.*)

Discussion sur le séton.

M. Piorry : *Revulsio* est dérivé de *revellere*, qui exprime cette idée de *tirer fortement à soi, arracher avec effort.* Il y a révulsion quand on arrache une épine, une flèche, un corps étranger quelconque du lieu où il se trouve. *Dérivation* vient de *derivare*, détourner un ruisseau, une rivière, et, au figuré, porter vers un lieu ou dans un sens ce qui se trouvait dans un autre. Ces deux manières d'agir sont différentes en principe, mais on ne peut dériver une chose vers un point sans ôter, sans enlever d'un autre lieu cette même chose. Par conséquent, il n'y a pas de dérivation sans révulsion ; et comme on ne peut guère enlever la chose supposée d'un lieu sans la faire passer ailleurs, il en résulte que presque toute révulsion est en quelque sorte compliquée de dérivation.

Sous le nom de révulsifs on a réuni la plupart des agents thérapeutiques connus. La saignée ôte du sang, et à coup sûr elle révulse ce liquide. Les ventouses, les sangsues, qui font perdre beaucoup de sang, sont, au point de vue précédent, tout aussi révulsives. Les purgatifs, soit qu'ils évacuent les fèces, les mucosités, la sérosité du sang, opèrent, dans tous ces cas, une révulsion, ici de matières stercorales, là de mucus, là de sérum ; et dans les deux dernières circonstances, comme les matériaux des sécrétions gastro-entériques proviennent des vaisseaux et du liquide qu'ils contiennent, évidemment ils agissent encore par une sorte de révulsion sur l'appareil circulatoire qu'ils désemplissent. Les moyens portés vers la peau, les vésicatoires par exemple, qui opèrent une évacuation abondante de sérosité, déterminent encore de la même façon une action révulsive. On pourrait en dire autant des diurétiques, des sialagogues, etc.

Ailleurs, une médication toute différente est produite. On applique un épispatique qui cause de la douleur ; on brûle la peau ; on y applique un sinapisme, on l'électrise, etc., etc.: dans tout ceci, on a pour but de produire une vive souffrance dont le résultat serait une action générale sur le système nerveux. On suppose que le sentiment pénible que l'on cause vers un point du corps va enlever, révulser le mal qui existe dans une autre partie. Mais, supposant la présence de pus, de virus, de vices spéciaux, de matières peccantes dans les liquides, voici qu'ailleurs on cherche à les enlever, à les extraire au moyen de l'écoulement du pus provoqué par des vésicatoires à demeure ; par des cautères, des moxas, des sétons, etc., et l'on prétend révulser ainsi les agents morbides. Or, je le demande, est-il convenable, est-il logique de comprendre sous une même dénomination l'action produite par des agents thérapeutiques si divers ?

Dira-t-on qu'il y a révulsion quand la perte de liquide est considérable et rapide et que l'action de dériver est faible ; tandis qu'il y aura dérivation alors que, la perte de matières liquides ou autres étant peu considérable, il y aura afflux marqué de cette matière vers une partie déterminée. Mais où placera-t-on alors la limite des actes révulsif et dérivatifs ?

Les moyens douloureux employés en thérapeutique modifient le système nerveux, d'abord par la périphérie, puis par le centre commun ; quelquefois par des centres spéciaux, tels que des portions de la moelle rachidienne ou des ganglions ; puis enfin par les nerfs qui se portent aux organes. Ce sont des phénomènes d'action réflexe. Mais il ne s'agit là ni de dérivation ni de révulsion ; ce sont des actes organiques déterminés et qui rentrent dans les lois connues de l'organisation en exercice. De même pour les phlegmasies, l'inflammation n'existe pas par elle-même ; elle subsiste tant que la lésion qui la cause persiste. L'organisme se répare, la nature guérit alors que ces circonstances matérielles qui produisaient le mal sont enlevées. Ce n'est donc pas le trouble des propriétés vitales, l'irritation, l'inflammation, qu'il s'agit d'enlever, de dériver, si l'on veut ; c'est la lésion dont la phlegmasie est la conséquence qu'il est urgent de combattre et de faire avant tout dissiper.

Quand on tire du sang, que ce soit par la veine, que ce soit par les sangsues ou les ventouses, on désemplit les vaisseaux. C'est révulser, si l'on veut ; mais il est bien plus exact de dire que c'est désemplir, dégorger, ôter ce que l'on croit être de trop, faire, comme le pensait M. Magendie, un vide qui est suivi de la résorption des liquides contenus dans l'organisme sain ou malade ; en ce sens, c'est favoriser la résolution. On a supposé que les saignées locales agissaient en attirant le sang vers un point déterminé, et que non-seulement elles étaient évacuatives, mais encore dérivatives ou mieux *attractives*. On a prétendu qu'il en était ainsi pour la saignée du pied, par exemple ; mais le sang tiré des veines ou du pied ne sort-il pas aussi bien de l'appareil circulatoire que celui qui sort de la basilique ou de la jugulaire, de la céphalique ou de la jugulaire externe, etc.?

Le plus souvent, quand on prescrit des purgatifs dans l'intention de révulser ou de dériver, c'est de tout autre façon qu'ils agissent.

Lorsque, dans une bronchorrhée menaçant de la mort par privation d'oxygène, on donne le tartre stibié ou d'autres hydrarrhéiques, ce n'est pas en détournant un stimulus supposé vers l'intestin que l'effet désiré est obtenu ; c'est tantôt en sollicitant des vomissements qui coopèrent à l'expectoration, d'autres fois c'est en sollicitant les contractions des petites bronches, ailleurs c'est comme évacuant du sérum et en déterminant dans les vaisseaux un vide suivi de résorption, que ces précieux médicaments administrés dans de tels cas sont si utiles.

Après des considérations applicables à l'action des diurétiques, des sialagogues, etc., M. Piorry passe à l'examen des moyens dirigés sur la peau. Quand on donne le nom de dérivatifs, de révulsifs aux cautères, aux moxas, on réunit sous la même expression plusieurs actions fort différentes : d'abord à celle qui résulte de la douleur ; ensuite aux effets des troubles circulatoires consécutifs à l'application des caustiques ; puis à la conséquence directe de la mortification locale, et enfin à l'influence de la suppuration ultérieurement produite. On emploie les agents suppuratifs dans la vue d'éliminer des matières contenues dans nos liquides ; et, par exemple, on suppose que dans la pyémie chronique un cautère à demeure donne lentement, successivement issue au pus et même à la matière tuberculeuse existant dans l'appareil circulatoire. Une telle explication est bien peu rationnelle, et elle devient tout à fait inadmissible alors qu'il s'agit de virus réels ou supposés que l'on admettrait altérer le sang. Ailleurs on veut employer les exutoires pour remédier à des lésions organiques. Mais penserait-on qu'ils puissent modifier et guérir les tubercules, où l'on ne trouve pas de trace d'organisation? Admettrait-on qu'ils pourraient transformer en un tissu normal et inoffensif des productions squirrheuses, encéphaloïdes, mélaniques, colloïdes, etc.? S'imaginerait-on que du pus qui coule par un vésicatoire à demeure, un séton, un moxa, appliqués au bras, à la nuque, sur un côté du corps, à la cuisse, à la jambe, empêchent le poumon enflammé de former du pus, de devenir tuberculeux, ou remédieraient à un anévrysme, à un rétrécissement du cœur, à une dilatation des cellules pulmonaires par de l'air, ou à un ramollissement du cerveau? Cela n'est pas plus possible quo l'action d'un cautère que l'on appliquerait sur la jambe de bois proverbiale.

M. *Piorry* se résume dans les conclusions suivantes : Les mots *dérivation* et *révulsion* doivent, à cause de leur vague et de leur obscurité, être bannis du langage médical ; plusieurs des faits compris dans ces expressions se rapportent à des phénomènes d'évacuation, de congestion, de stases temporaires, etc., et à des phénomènes nerveux produits par la douleur ; on ne doit user des agents thérapeutiques douloureux qu'avec la plus grande circonspection ; et les agents suppuratifs tels que cautères, sétons, moxas, souvent usités, ont les plus graves inconvénients, sont parfois dangereux, et l'on ne doit y recourir que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

M. *Leblanc* entre d'abord dans quelques considérations pratiques relatives au mode d'application du séton chez les animaux, à la forme et à l'étendue qu'il convient de donner à cet exutoire.

Il pense que, pour qu'un séton soit efficace, il faut qu'il provoque de la douleur, qu'il occasionne de la tuméfaction et qu'il produise une suppuration suffisamment abondante et prolongée. La durée de son application doit être en rapport avec la durée même de la maladie. Il faut se hâter d'appliquer le séton quand on veut en obtenir des effets certains ; son influence, le plus souvent assurée si la maladie est à l'état aigu, diminue d'autant plus que l'affection est plus ancienne, plus invétérée.

Rarement, chez les animaux, le séton produit ces symptômes de voisinage qui alarment à si juste titre M. Gerdy ; la réaction générale qu'il provoque parfois et dont a parlé M. H. Bouley est ordinairement légère et assez tôt dissipée. Comme M. Malgaigne, M. Leblanc redoute la brusque suppression d'un exutoire. Il pourrait citer des accidents graves causés sans contredit par cette pratique téméraire. Ce danger de la suppression trop prompte des exutoires constitue, d'après lui, une preuve de leur puissance et de leur efficacité.

En vétérinaire, on applique à la fois un certain nombre de sétons, trois ou quatre : il est imprudent d'en faire tarir la suppuration simultanément ; il vaut mieux les faire sécher l'un après l'autre.

M. Leblanc croit fermement à l'efficacité du séton : car le séton a pour lui des preuves traditionnelles et l'autorité des faits actuels. L'orateur se défie presque autant que M. Malgaigne de la tradition ; mais pourtant il ne peut se refuser à ajouter foi à des observations bien faites et dont l'exactitude est contrôlée tous les jours par la reproduction de faits analogues.

Il est constant que l'emploi du séton est de la plus grande efficacité dans la fluxion périodique des yeux chez les chevaux, dans certaines formes d'ophthalmies graves des chiens, dans le coryza chronique et l'inflammation concomitante des bronches chez les chevaux, dans l'otorrhée purulente, dans la gourme, dans les engorgements froids des membres, dans ces claudications de cause inconnue qu'a signalées M. Bouley, etc. Ces faits sont incontestables : la tradition le démontre et l'expérience clinique le confirme.

M. Leblanc, au début de sa pratique, a largement usé de la méthode des saignées qui était alors en honneur. Plus tard il a moins saigné, et il a appliqué des sétons. Il les a appliqués tantôt seuls, tantôt concurremment avec d'autres moyens. Il n'a jamais eu qu'à se louer de l'emploi du séton ; et c'est cet exutoire appliqué seul qui lui a procuré les plus grands et les plus nombreux succès. Il est encore d'observation que les *empiriques* de la ville qui vont jusqu'à l'abus du séton obtiennent souvent de très bons résultats par cette médication.

M. Leblanc conclut de tout ce qu'il a lu et de tout ce qu'il a observé par lui-même : que chez les animaux, le séton contribue à la guérison d'un grand nombre de maladies ; qu'il est tellement efficace contre certaines affections, qu'on ne saurait lui substituer un moyen plus avantageux ; qu'enfin, si les données de la médecine comparée sont exactes, le séton, si utile et si précieux en vétérinaire, ne saurait être proscrit trop légèrement de la thérapeutique de l'homme.

L'orateur termine en invitant M. Malgaigne à vouloir bien assister à une série d'expériences variées et comparatives qui seront faites, s'il le désire, dans les hôpitaux d'Alfort, dans le service de clinique de M. le professeur Bouley.

NOMINATIONS. — L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement des *commissions permanentes*. Sont nommés :

1° Pour la *commission des épidémies*, MM. *Chomel* et *Ferrus*.

2° Pour la *commission de vaccine*, MM. *Blache* et *Depaul*.

3° Pour la *commission des eaux minérales*, MM. *Chevallier* et *Mélier*.

4° Pour la *commission des remèdes secrets et nouveaux*, MM. *Robinet* et *Boullay*.

5° Pour le *comité de publication*, MM. *Rostan*, *Grisolle*, *Malgaigne* et *Henri Bouley*.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a.* Un rapport de M. le docteur *Lecœur* (de Caen), sur une épidémie de choléra qui a régné dans les mois d'août, septembre et octobre 1855, dans quelques communes du Calvados. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Mangin* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Saint-Julien (Vosges). — *c.* Les rapports des médecins des épidémies du département des Hautes-Pyrénées sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1854. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Chapel* (de Saint-Malo) sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cet arrondissement en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale située à Saux (Nièvre). — *f.* Une demande en autorisation d'exploitation de sources minérales existant à Aurensan (Gers) (*Commission des eaux minérales*). — *g.* La recette d'un médicament contre l'hydrophobie (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *h.* Le tableau des vaccinations pratiquées, en 1854, dans les départements de l'Ain et du Doubs. (*Commission de vaccine.*)

2° Communication de : — *a.* M. le docteur *Panis* (Résumé des vaccinations pratiquées, en 1854, dans le troisième canton de Reims). (*Commission de vaccine.*) — *b.* M. *Charrière* fils (Deux sondes et deux porte-nitrate fabriqués avec l'aluminium).

M. *Bussy* remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses séances. Il s'efforcera de justifier cette distinction par les soins qu'il apportera à surmonter les difficultés inhérentes à d'aussi délicates fonctions. L'Académie lui rendra d'ailleurs sa tâche plus facile, si elle ne veut pas se départir des habitudes d'ordre qu'elle observe d'ordinaire dans la discussion. Quel que soit l'intérêt de ces discussions, l'Académie a d'autres devoirs encore à remplir envers l'administration ; il importe que les rapports confiés à de certaines commissions ne restent pas en souffrance. Le nouveau président se propose d'activer les travaux de ces commissions et particulièrement de celles du choléra de 1849 et du choléra de 1854.

Sur la proposition de M. Bussy, l'Académie vote des remercîments au président sortant, M. Jobert, et aux dignitaires du bureau pendant l'année 1855, ainsi qu'à MM. Rostan et Robert, membres du conseil d'administration.

M. Bussy rend ensuite compte de la réception qui a été faite au bureau de l'Académie, à l'occasion du jour de l'an, aux Tuileries et aux ministères de l'instruction publique et de l'agriculture et du commerce.

M. *Depaul* : Permettez-moi, Messieurs, de vous remercier aussi des nouveaux suffrages par lesquels vous m'avez maintenu dans les fonctions de secrétaire annuel. Cet honneur, qui me dédommage amplement de quelques soins que je me suis efforcé d'apporter dans l'accomplissement de mes devoirs, m'impose l'obligation de redoubler de zèle et d'activité, et je n'ai pas besoin de vous dire qu'à ce double titre, l'Académie peut compter sur tout mon bon vouloir.

Discussion sur le séton.

M. Parchappe : Après avoir établi que l'examen de l'utilité des exutoires permanents aboutit logiquement et nécessairement, d'une part, à une question de physiologie pathologique, celle de la doctrine de la révulsion ; d'autre part, à une question de méthode philosophique, celle de la certitude thérapeutique, l'orateur ajoute que la réalité de l'existence d'une doctrine médicale de la révulsion, servant de fondement à des indications et à des médications dans la thérapeutique de tous les temps depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ne saurait être sérieusement mise en doute. Cette doctrine se révèle dans les écrits des médecins de tous les temps par le mot, par l'idée, par le fait, comme elle se retrouve de nos jours dans notre langage, dans notre pensée, dans notre pratique, ainsi que l'a fait ressortir M. Bouvier.

La contradiction de M. Malgaigne, ne portant au fond et en définitive que sur l'identité de la doctrine et sur la réalité de sa valeur, M. Parchappe va principalement discuter ces deux points essentiels, fondamentaux de la question.

Il faut d'abord s'entendre sur ce que peut être l'identité traditionnelle d'une doctrine dans le développement historique de la science médicale. Prenant pour exemple l'inflammation, l'orateur se demande s'il n'y a pas dans l'ensemble des faits, d'où est née l'idée médicale de la révulsion, quelque chose qui, comme la tumeur, la rougeur, la chaleur et la douleur, relativement à la conception pathologique de l'inflammation, représente relativement à la conception thérapeutique, pour toutes les époques et pour toutes les écoles, des données fondamentales communes et identiques.

Pour obtenir une démonstration suffisante de cette vérité, M. Parchappe, au lieu d'une vérification historique complétement faite, pense qu'il suffit de fixer aussi exactement que possible ce qu'a été cette doctrine, au point de départ, dans la médecine antique et de rapprocher de cet exposé une appréciation non moins fidèle de ce qu'est cette doctrine à l'époque où nous vivons.

S'il y a entre les données essentielles de la doctrine à ces deux

époques extrêmes une conformité réelle, il sera légitime d'en conclure, sans avoir à invoquer expressément des preuves pour les époques intermédiaires, l'identité traditionnelle de la doctrine; et ne sera-t-il pas permis d'en conclure immédiatement aussi la réalité de la valeur d'une doctrine ainsi consacrée par l'autorité universelle ?

C'est à bon droit, dit M. Parchappe, que Galien a proclamé Hippocrate l'inventeur de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

Cette doctrine est implicitement contenue dans la conception hippocratique de la nature de la maladie.

Le développement de phénomènes qui constitue la maladie, qui exprime une réaction de la vie contre la cause de la maladie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la *coction*, et qui a pour but l'élimination de ce que le travail du corps n'a pu vaincre, la *crise*, doit être respecté, lorsque ce développement se produit de manière à représenter une tendance salutaire de la nature vers la guérison.

M. Parchappe cite une longue série d'aphorismes d'Hippocrate, et continue : La méthode thérapeutique qui constitue l'imitation de la nature par l'art, c'est la révulsion. Le principe sur lequel son efficacité est fondée se résume dans cet aphorisme : *Duobus doloribus.*

La doctrine se développe dans l'école dogmatique qui a continué Hippocrate et dans le galénisme.

Les commentaires, les explications et les développements de Galien forment le complément nécessaire de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique.

C'est par la doctrine pathologique du naturisme et par les doctrines thérapeutiques de la dérivation et de la révulsion que Galien justifie et explique les faits et les préceptes contenus dans les aphorismes cités.

Après un résumé fidèle de la doctrine de Galien, qui n'est au fond qu'une paraphrase de la doctrine d'Hippocrate, l'orateur constate que ces vues, fort obscures et fort erronées, ont été empruntées à une anatomie et à une physiologie fort imparfaites en tout ce qui se rapporte au mouvement des humeurs et du sang et aux voies de communication entre les parties.

De la simple exposition des données fondamentales de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique ressort en quelque sorte immédiatement la preuve de sa conformité avec la doctrine de la révulsion dans la médecine moderne.

La conception moderne, comme la conception antique, s'appuie sur les données d'observation pure qui présentent la *nature*, ou le *principe de la vie*, ou les *forces vitales*, ou l'*organisme vivant*, expressions au fond synonymes, comme déterminant la guérison des maladies au moyen d'une direction des actions organiques, qui se traduit fréquemment par un déplacement du mouvement morbide, par le développement, dans une partie plus ou moins éloignée du siége principal de la maladie, de phénomènes dynamiques et plastiques aboutissant généralement à une élimination matérielle.

Ainsi, la conception moderne admet la réalité de la solution critique des maladies, de leur déplacement spontané ; elle recommande l'imitation des procédés de la nature ; elle admet les mêmes idées fondamentales en thérapeutique, celle d'un antagonisme et d'un déplacement dynamiques, celle d'une attraction exercée sur les liquides en même temps que sur les forces. Ses procédés ne diffèrent en aucune manière des procédés antiques. Enfin, et c'est là le caractère le plus élevé de la conformité des doctrines modernes et anciennes, la conception thérapeutique de la révulsion, aujourd'hui comme dans le passé, implique une conception vitaliste de la maladie.

Empirique ou dogmatique, humorale, mécanique, chimique, dynamique, animiste, spiritualiste ou même organiciste, la doctrine thérapeutique de la révulsion a toujours et partout pour fond le vitalisme.

Ne suffirait-il pas, pour le comprendre et pour le prouver, de concevoir que les doctrines antivitalistes conséquentes doivent nier la révulsion, et de constater que les médecins antivitalistes conséquents la nient ?

Qu'est-ce donc, en définitive et en essence, que la doctrine vitaliste de la révulsion ?

La vie, dans l'ordre physiologique aussi bien que dans l'ordre pathologique, ne peut être conçue que comme un déploiement de force au sein d'un organisme.

L'action de la force d'où dépend la vie a été considérée par les uns comme identique, par les autres comme antagoniste à l'action des forces générales qui régissent les phénomènes matériels.

La vérité est entre ces deux extrêmes. Dans la réalisation de la vie par un organisme, dans le milieu du monde, il y a concours de la force vitale avec les forces générales, et ainsi comprise, la vie n'est pas un antagonisme mais une harmonie.

Quelle que soit la nature de la force vitale, le déploiement de cette force dans l'organisme se manifeste comme susceptible de varier capitalement sous le double point de vue de la quantité et de la direction.

Il est impossible de ne pas admettre que la quantité de la vie varie en plus ou en moins, soit à divers moments dans l'organisme tout entier, soit au même moment dans les diverses parties de l'organisme, états auxquels correspondent les idées de force et de faiblesse; et aussi que pour une quantité égale de vie dans l'organisme tout entier, la répartition de la vie entre les divers organes, présente des conditions variables d'équilibre et de direction, états auxquels correspondent les idées de concentration, de dispersion, de déplacement de l'activité vitale.

C'est à cette conception dynamique de la vie quant à la quantité et à la direction, que répond logiquement l'idée de la révulsion thérapeutique, qui implique la provocation d'un appel de la vie sur un point déterminé de l'organisme, ayant pour but une rupture d'équilibre, un changement de direction, un déplacement, et par suite une diminution de concentration de l'activité vitale sur le point malade.

L'orateur démontre que ces idées impliquées dans la doctrine de la révulsion ont un fondement réel dans la nature des choses. Il prouve que le vitalisme n'est pas une vaine théorie, ni la force vitale une pure abstraction, une conception de l'esprit.

Pour être incorporée dans les organes, dit M. Parchappe, la force qui les fait vivants en est-elle moins réelle ? On ne peut l'en séparer, soit; mais on doit l'en distinguer et tenir compte de son existence.

C'est en vain qu'on prétend que, parce que les organes sont les intermédiaires obligés de toute action vivante, il soit impossible d'agir sur la vie elle-même.

Que deviennent alors en thérapeutique la plupart des indications et des médications?

La médication antiphlogistique, la médication tonique n'agissent-elles pas sur la quantité de la vie? Dans la méthode substitutive, est-ce qu'on n'obtient pas un changement direct dans la modalité vitale des organes? Et enfin, la révulsion est-ce autre chose qu'une idée tout aussi réelle que l'ordre de faits qu'elle représente, c'est-à-dire des faits de rupture d'équilibre dans une répartition actuelle de la vie, de déplacement de la quantité de la vie d'une partie à une autre partie de l'organisme ?

Il y a donc une doctrine de la révulsion. Elle a pour base et pour règles les données fournies par l'observation des faits dans l'ordre physiologique et l'ordre pathologique.

Il y a lieu de continuer à lui demander son secours et son appui dans l'exercice de l'art.

Enfin, c'est par elle qu'il est possible d'expliquer les effets curatifs que nous obtenons chaque jour au moyen de la révulsion temporaire dans les maladies aiguës, au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques.

M. *Bousquet* regrette de n'avoir pas entendu de ses propres oreilles les remarquables discours prononcés dans le cours de la discussion ; mais il a suivi les débats avec intérêt dans les organes de la presse médicale, et il vient à son tour exprimer sa pensée sur les exutoires et sur la doctrine de la révulsion.

M. Bouvier a surabondamment prouvé, en grec et en latin, que l'art de changer le cours du sang et des autres humeurs était connu

des anciens. En dehors des leçons de l'histoire, on sent que la révulsion a dû se présenter d'autant plus vite à l'esprit qu'elle n'est qu'une imitation des procédés naturels. La nature, qui a été le premier médecin et qui est encore le plus grand de tous, fournit journellement des exemples de révulsion que les médecins ont cherché de bonne heure à reproduire artificiellement.

Aux yeux des anciens, la dérivation n'enlevait pas seulement ce qu'il y avait de vicieux dans les liquides, elle les corrigeait, elle les épurait ; c'était tout à la fois un moyen d'élimination et d'épuration. En rompant avec l'humorisme, les modernes en ont un peu modifié le langage : aujourd'hui on ne veut plus des théories des anciens; mais on en a conservé précieusement la pratique à laquelle on a donné des règles.

Ces règles dont on trouve l'origine dans Galien ont été formulées en manière de code par Barthez. M. Bousquet reproche à M. Malgaigne l'oubli des bienséances envers Barthez, l'irrévérence du langage et l'infidélité des citations. L'orateur rétablit l'intégrité des textes tronqués, altérés, défigurés par M. Malgaigne, surtout pour ce qui est relatif au traitement méthodique des fluxions. M. Bousquet trouve ce traitement si rationnel qu'à son sens la raison l'accepte avant toute expérience. A une fluxion naturelle et dangereuse en soi ou par l'organe qu'elle menace, on oppose une contre-fluxion dont l'art choisit le lieu : quoi de plus naturel? Si bien que plus tard l'expérience est venue donner à ces vues théoriques la consécration de la certitude. Indépendamment des faits cliniques dont nous sommes témoins tous les jours, et que l'orateur rappelle sommairement, M. Bouley n'a-t-il pas dit les bienfaits du séton dans un nombre de maladies chez les animaux ; et la révulsion n'était-elle pas une des médications les plus familières à M. Double ? Mais de même que M. Bouley vante les effets du séton pendant la période d'incubation de la pneumonie, ainsi M. Double n'usait des révulsifs que dans l'imminence des maladies. Dans sa thèse inaugurale, il soutient que, prises à ce moment, la plupart des maladies reculent et avortent. Son révulsif de prédilection était le bain chaud, dont il avait éprouvé plus d'une fois les bons effets sur lui-même.

M. Bousquet, en présentant la révulsion comme une des ressources les plus précieuses de la thérapeutique, n'en étend pas indéfiniment l'usage : au contraire, il le limite expressément à la naissance, à l'invasion des maladies. A mesure que l'on s'éloigne de ce moment, le mal prend des forces, et la révulsion n'est plus de saison. C'est ce qui arrive pour les phlegmasies confirmées. Tant que l'inflammation n'est pas faite, mais en train de se faire, la fluxion y joue un si grand rôle que si, par un moyen ou par un autre, on parvient à en changer le cours, la maladie, privée d'un de ses éléments les plus essentiels, se dissout d'elle-même ; mais lorsque l'inflammation est complète, lorsqu'elle a atteint son *état*, sa *perfection*, elle ne peut plus être considérée comme une association d'éléments divers; elle constitue un ensemble, une unité pathologique, laquelle doit fatalement s'accomplir dans la place qu'elle a prise.

L'orateur insiste ici sur la tendance de l'inflammation à s'étendre, à se propager, à envahir de proche en proche les tissus, les organes; puis il se demande comment concilier la *diffusion* avec la *révulsion* de la phlogose? D'une part, l'inflammation est cause d'elle-même, d'autre part elle est le remède. Mais alors deux inflammations ne devraient donc, ne pourraient exister ensemble : La plus forte absorberait nécessairement la plus faible. C'était aussi le raisonnement de Dogès.

C'est, en effet, ce qu'enseigne le trop célèbre aphorisme : *Duobus doloribus vel laboribus.* Quelque actif, quelque entreprenant qu'il soit, l'art en fait presque toujours moins que la maladie; saurait-on comparer la douleur d'un vésicatoire avec la douleur de la pleurésie ou de la sciatique?

Et la diffusion de l'inflammation n'est pas le seul caractère qui exclut la révulsion. L'orateur en trouve un autre dans sa marche, dans sa fixité qu'aucun moyen ne saurait déplacer. On ôterait à un malade tout son sang, on rubéfierait toute la surface du corps, qu'on ne parviendrait pas à trancher le cours de la plus petite inflammation.

L'inflammation morbide née spontanément et par les seules forces de la vie ou sous l'influence des causes communes, porte en elle des conditions de durée et de persistance qui ne sont pas dans l'inflammation artificielle, provoquée pour déplacer ou éteindre l'autre : car l'inflammation artificielle a des tendances toute contraires; on ne peut l'entretenir que par des stimulations continues et sans cesse renouvelées.

Examinant ensuite le mode d'action des différents révulsifs, M. Bousquet les classe sous deux chefs : les révulsifs *doux* (saignées, bains), les révulsifs irritants (cautère, vésicatoire, séton, etc.). A son avis, la saignée dont l'efficacité révulsive est si douteuse, peut être fort utile au contraire en diminuant la masse du sang, en tempérant son effervescence, en affaiblissant l'économie.

Les exutoires provoquent une irritation qui, loin de s'absorber dans le lieu de l'application, retentit dans tout l'organisme et principalement sur le tissu enflammé, en vertu du célèbre aphorisme : *Consensus unus* qu'il n'est pas facile d'accorder avec cet autre : *Duobus doloribus*... Mais il est dit ici que tout sera contradiction, principes et pratique. D'une main on cherche à éteindre le feu, de l'autre on l'allume. Et cette inconséquence qui fait placer de la glace sur la tête tandis qu'on applique des vésicatoires aux jambes, a traversé des siècles, toujours suivie, toujours honorée, sous la protection d'une simple théorie, de la théorie de la révulsion.

Combien de fois un vésicatoire destiné à déplacer une inflammation n'en a-t-il pas produit une autre sans profit pour la première ? En faisant fermer un vésicatoire appliqué mal à propos, Ant. Dubois a guéri bon nombre de malades atteints de difficulté d'uriner.

Mais la révulsion, souvent utile au début, à l'origine des maladies, chez l'homme aussi bien que chez les animaux (MM. Bouley et Leblanc l'ont suffisamment établi), est encore efficace au déclin d'une phlegmasie aiguë pour hâter sa résolution, pour prévenir son passage à l'état chronique.

En rappelant les merveilleux résultats que le séton a donnés à MM. Leblanc et Bouley, l'orateur regrette que les mêmes effets s'observent si rarement dans la médecine humaine. Pourquoi donc, malgré tant d'insuccès, les exutoires sont-ils arrivés jusqu'à nous avec tant de crédit? C'est que tout le monde, comme M. Velpeau, après avoir voulu, pendant sa jeunesse, réformer quelque partie de la médecine et ouvrir de nouvelles voies, passé l'âge des illusions, retombe dans l'ornière sinon des vieilles idées, du moins des vieilles pratiques. Il n'est pas si loin de nous le temps où les jolies femmes portaient des cautères pour conserver l'éclat de leur beauté et la fraîcheur de leur teint.

Nous avons sans doute des idées plus saines et plus sérieuses, mais elles accordent encore trop à la révulsion. La révulsion a su tourner toute la matière médicale à son usage : ce qui ne peut pas s'expliquer par l'action directe des médicaments, s'explique indirectement par la révulsion. Aussi son règne n'est pas près de finir. Il ne faut pas se le dissimuler, les révulsifs sont la ressource de l'ignorance qui ne sait que faire : elle l'est aussi de la science elle-même à bout de moyens. Cette pratique est souvent un signe de détresse ; c'est le cri d'alarme; et elle est si bien entrée dans les idées du peuple que le médecin qui y manquerait n'aurait pas fait tout son devoir.

NOMINATIONS. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'une commission de onze membres chargés d'indiquer dans quelles sections devront avoir lieu les élections qui se feront prochainement. Sont désignés : MM. *Piorry*, *Bouillaud*, *Velpeau*, *Jolly*, *Gimelle*, *Chomel*, *Depaul*, *Chevallier*, *Renaud*, *Caventou*, *Bouchardat*.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 4 JANVIER 1856.

Lecture d'un mémoire sur la grenouillette, par M. Richard.

Coup d'œil historique sur la Société anatomique de Paris.

Au moment de devenir l'organe de cette Société, nous croyons devoir rappeler en quelques mots son histoire, que nous extrayons presque textuellement d'un *Résumé historique* lu devant la Société par M. Poumet, archiviste.

La Société anatomique a été créée, le 12 frimaire an XII (3 décembre 1805) dans le sein de l'École pratique, par Dupuytren. Chef des travaux anatomiques depuis deux ans (1801), chirurgien de deuxième classe à l'Hôtel-Dieu depuis un an (août 1802), docteur depuis deux mois (4 vendémiaire an XII), il appela autour de lui les élèves de l'École et les internes des hôpitaux. A sa voix accoururent 70 collègues et condisciples, et onze mois après, leur nombre était déjà de 108, tous résidants, tous collaborateurs empressés. C'était autant qu'aujourd'hui.

Les réunions avaient pour but de s'occuper de l'anatomie, de la physiologie, principalement de l'anatomie pathologique, étude de prédilection de son fondateur. Au nombre de 168 par année, elles se tenaient dans le grand amphithéâtre de l'hospice de perfectionnement, aujourd'hui les cliniques de la Faculté. Le 5 août 1804, une députation se rendit auprès du président de l'École, pour tâcher d'obtenir un local plus convenable. Thouret accueillit la demande assez favorablement ; mais quelle fut sa dernière réponse? Quel lieu assigna-t-il pour les assemblées? Les procès-verbaux n'en font point mention. C'est à Orfila qu'on doit la salle actuelle.

Pendant deux ans et demi, on se réunit tous les dimanches à midi ; à dater de mars 1806, tous les mercredis. Depuis le mois de février 1808, il n'y eut plus de réunions que tous les quinze jours.

Cette ancienne Société a duré jusqu'au 20 avril 1809, illustrée surtout par Laënnec et Dupuytren. Ses présidents, au nombre de cinq, furent successivement : Dupuytren, nommé le jour de la fondation, et réélu deux ans de suite ; Delaroche, Savary, Marjolin, qui remplirent cette fonction pendant dix-huit mois ; enfin, Laënnec, pendant onze mois : sa première signature est du 5 août 1807, et la dernière du 12 juillet 1808. Les assemblées qui suivirent durant les derniers mois sont restées sans nom de président.

Les six vice-présidents furent : Laënnec, nommé à la création, puis Gilbert Savigny, Lesauvage, Delaroche, Baron, Magendie.

La charge de secrétaire fut remplie d'abord par Pitet, conservé pendant les trois premières années, honoré dix-huit fois des suffrages de ses collègues. Breschet lui succéda, et resta en exercice pendant les six premiers mois de 1807, puis Lullier Winslow pendant les six mois suivants, et en dernier lieu Calemard Lafayette, durant dix-sept mois. Il y avait aussi à cette époque des vice-secrétaires. Deux trésoriers eurent à gérer les finances de la Société, qui furent confiées à M. Marjolin, du 11 novembre 1804 au 13 mai 1806. Après un intérim de dix-huit mois, son successeur fut M. Lullier Winslow, nommé le 11 novembre 1807. Il n'y eut jamais d'archiviste.

Les autres membres étaient : MM. Marandel, Gillaizeau, Rullier, Dutrochet, Espiaud, Bellemaud, Legouas, Rey, Emangard, Flaubert, Baron, Breschet, Calemard Lafayette, Thillaye, Adelon, Lesauvage, Biett, Fleury, Magendie, Béclard.

Les travaux formèrent bientôt un nombre considérable d'observations, de mémoires, de recherches, etc.; alors Dupuytren proposa de les publier. Déjà le professeur Leclerc, secrétaire de l'École, avait inséré par extrait, dans le premier volume de ses Bulletins, les deux comptes rendus, que Pitet avait faits des travaux pendant les années 1804-1805. Pour mettre ces nouvelles publications en ordre, plusieurs membres furent désignés, et, le 18 avril 1806, on choisit la *Bibliothèque médicale*, alors rédigée par Royer-Collard. Mais il s'en faut de beaucoup que tous les travaux aient été insérés.

La Société a été fondée avec un tout petit règlement de six articles, sans plus. Avec ces six articles, elle a vécu trois ans, presque les trois cinquièmes de son existence, et bien certainement la meilleure moitié. Vers la fin de 1806, il se manifesta du malaise, de la souffrance ; on s'en prit au règlement, et, pour remédier à cet état de langueur, aux articles primitifs on en ajouta quatorze nouveaux, le 10 décembre. Le mal empira. Enfin, le 7 juillet 1807, on composa un gros règlement long de quarante articles : ce fut le dernier coup porté à la Société, une opération *in extremis* ; elle y succomba.

En 1814, elle eut une velléité de restauration, et les archives font mention de deux séances : la première du 30 janvier. Au lieu de lire de bonnes observations de médecine et de chirurgie, on lut le règlement. Faut-il s'étonner si la deuxième séance n'eut lieu que sept mois et demi après? Et cependant ce n'étaient ni les capacités ni les talents qui manquaient. Le bureau se composait de MM. Laënnec, président; Béclard, vice-président ; Breschet, secrétaire ; J. Cloquet, vice-secrétaire. Parmi les autres membres, on comptait MM. Cruveilhier, Chomel, Serres, Moulinié, Magendie, Rullier, Nysten, Bayle, Biett, Baron, Orfila, Pelletan, Chevreul, deBlainville, Kergaradec.

Au mois d'août, on discuta le règlement : alors la société tout entière tomba dans un sommeil léthargique qui dura douze ans. Elle ne s'est plus réveillée qu'en 1826, à la voix de M. Cruveilhier, président, qui fut, comme on voit, son second père ; car, en réalité, l'interruption des travaux avait été de dix-sept ans.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Observation de paralysie temporaire, par le d[r] H. Tweedy.

C'est la question du traitement et surtout du diagnostic précis des paralysies ou des apoplexies soudaines, que soulève l'auteur de cette note. La *Gazette hebdomadaire* s'est déjà plusieurs fois occupée de ce sujet important et difficile (voyez notamment les n[os] 9 et 38 du tome II, 1855). L'indication thérapeutique est certainement soumise en grande partie, dans les cas de ce genre, aux conditions symptomatiques ; mais elle dépend beaucoup aussi de l'idée qu'on se fait de la nature organique de la maladie.

L'auteur se demande si les symptômes de l'apoplexie cérébrale ne se montrent pas dans beaucoup de circonstances où il n'existe pas d'altération *permanente* du cerveau. Ce mot d'altération permanente ne nous paraît pas rendre très fidèlement sa pensée ; celui d'altération *matérielle* serait sans doute plus exact. En effet, une fluxion sanguine ne constitue pas une altération permanente, mais bien une altération matérielle, et il s'agit précisément des cas où il ne se passe rien de semblable vers l'encéphale. M. Tweedy se pose, à ce propos, le dilemme suivant : Supposez que, dans un cas où l'examen cadavérique ne vous révèle aucune altération appréciable, vous ayez employé les émissions sanguines, les sinapismes, les mercuriaux, ne penserez-vous pas que ce traitement aura pu être plus véritablement que la maladie la cause de la mort? Et si, après vous être abstenu de tous moyens actifs, vous venez à rencontrer un épanchement sanguin, ne vous ferez-vous pas un reproche inverse?

Ici l'auteur reproduit, dans un exemple frappant, les anxiétés auxquelles l'incertitude du diagnostic, et, par suite de l'indication, peut condamner un médecin.

Un personnage considérable, âgé de quarante-neuf ans, fut pris tout à coup de perte de la parole, et aussitôt de contracture des muscles d'un côté de la face. Les facultés intellectuelles ne furent aucunement troublées, et il est permis de conclure du silence de l'observation, qu'aucun symptôme de paralysie ne fut observé du côté des membres. On ne perdit pas un instant pour appeler le docteur Tweedy ; mais son embarras fut grand, lorsqu'il se trouva en face du malade, obligé de se prononcer et d'agir sans retard, sous les yeux d'une famille et de spectateurs intelligents, qui attendaient avec anxiété l'opinion qu'il manifesterait, le parti qu'il prendrait à la hâte.

Cependant, il considéra que le malade, qu'il connaissait depuis longtemps, ne paraissait ni par ses antécédents, ses habitudes ou sa constitution, prédisposé aux affections cérébrales, et il remarqua que l'estomac et les intestins étaient fortement distendus par des gaz. Cette dernière circonstance lui parut digne d'une attention particulière. Comme le malade ne pouvait avaler, il lui introduisit dans l'estomac, au moyen d'une sonde, une mixture camphrée : aussitôt quelques éructations eurent lieu, puis se multiplièrent, la parole revint, la contracture s'affaiblit, puis disparut. Le docteur Tweedy prescrivit un verre de vin de Porto et une côtelette de mouton, et envoya son malade se promener à la campagne.

Voilà un traitement tout britannique, car personne, en France, n'aurait sans doute l'idée d'avoir recours sur l'heure à des toniques tels qu'une côtelette de mouton et du vin de Porto, à moins d'avoir affaire à certains cas d'atonie profonde, que l'on ne peut comparer à celui-ci. Quoi qu'il en soit, et malgré une concision regrettable dans l'exposé des symptômes qui ont pu concourir à la décision du médecin, on n'en tiendra pas moins compte du fait de la tympanite, des conséquences qu'elle paraît avoir eues, et de la

manière dont les accidents se sont dissipés. M. Tweedy se demande avec raison si, dans un cas de ce genre, l'emploi des émissions sanguines et des moyens communément usités dans les apoplexies ordinaires n'aurait pas pu avoir des conséquences funestes. (*Dublin Medical Press*, 10 octobre 1855.)

De l'administration de la strychnine par la méthode endermique dans certains cas de paralysie, suite d'hémorrhagie cérébrale, par le docteur R. FALOT.

Il est toujours fort difficile d'apprécier avec quelque exactitude l'efficacité des médications à la suite des apoplexies. En effet, la maladie tendant essentiellement au retour et à la réparation de l'organe et des fonctions lésées, on comprend qu'il soit malaisé de faire la part du progrès naturel et de celui que pourrait revendiquer la médication.

Cela est surtout applicable aux moyens employés à une époque rapprochée de l'attaque ; car plus tard, le rétablissement du mouvement devenant très lent ou même stationnaire, il est alors beaucoup plus facile d'apprécier, par des effets sensibles, l'efficacité des médications usitées, de certaines eaux minérales, par exemple.

M. Falot a administré la strychnine avec un certain avantage apparent, à la suite de l'hémorrhagie cérébrale; mais ce que ses observations offrent de plus particulier, c'est l'époque assez rapprochée de l'attaque où il a prescrit ce médicament, et c'est précisément, comme nous venons de le faire remarquer, la circonstance qui rend le plus difficile de distinguer l'action propre de ce dernier.

On sait que la strychnine, médicament très actif dans les paralysies spinales ou paraplégies, n'a généralement fourni que des résultats peu avantageux dans les paralysies cérébrales ou hémiplégies. Cela tient-il à une action plus directe de la strychnine sur la moelle que sur le cerveau, ou bien à quelque différence dans la nature des altérations cérébrales ou spinales? Quoi qu'il en soit, l'administration de ce médicament n'est plus guère usitée dans les hémiplégies. M. Falot attribue les succès qu'il croit avoir obtenus au mode d'administration qu'il a mis en usage, c'est-à-dire le mode endermique.

Les observations de M. Falot sont au nombre de deux, concernant, l'une un vieillard de soixante-quatorze ans, l'autre un individu de quarante-deux, tous deux robustes et frappés d'apoplexie grave, le premier après une indigestion, le second à la suite d'une altercation. La perte de connaissance ne se prolongea que dans le second cas; l'hémiplégie fut, dans les deux, complète et persistante. Une saignée, des sangsues, des sinapismes, des purgatifs, furent employés dans les deux observations. Quant à la strychnine, elle a été prescrite dans le premier cas environ au bout de huit jours, et dans le second dès le cinquième, à la dose de 1/8 ou 1/2 grain par jour et en pilules. Ce ne fut que quelques jours après que, voyant les symptômes de la paralysie persister dans les membres après avoir diminué à la face, la strychnine fut appliquée sur des vésicatoires. Le mouvement se rétablit assez rapidement, sinon dans son intégrité, au moins à un degré fort satisfaisant au point de vue de ce que l'on pouvait attendre. Les effets physiologiques du médicament avaient été peu prononcés, et à peu près bornés aux muscles paralysés.

On voit que la strychnine a pu être employée ici sans le moindre inconvénient, à une époque rapprochée de l'attaque; mais nous ne nous croyons pas pour cela autorisé à recommander l'exemple de M. Falot.

C'est généralement un tort et un danger que de se livrer à des médications très actives à la suite de l'apoplexie. Si l'on veut bien considérer que le degré de guérison possible à atteindre dépend seulement, dans le cas d'hémorrhagie cérébrale, de la résorption du caillot et de la réparation du foyer, choses sur lesquelles la thérapeutique ne saurait guère avoir de prise, que les risques proviennent à peu près uniquement du collapsus où le système nerveux se trouve plongé par suite de la rupture qu'il a subie et de a compression à laquelle il est soumis, car la préoccupation d'une encéphalite consécutive nous paraît assez chimérique, on comprendra facilement que le mieux est de se borner à une médication très discrète, et dirigée plutôt en vue de l'état général que des symptômes cérébraux eux-mêmes. C'est ainsi que nous doutons qu'il fût opportun, dans la deuxième observation de M. Falot, de poser un vésicatoire sur la joue, vers le huitième jour de l'apoplexie, pour dissiper la paralysie de la face.

Ces réflexions n'ont pas pour objet de contester toute valeur au traitement employé par M. Falot, et dirigé avec beaucoup de soin, avec trop de soin même, mais de montrer quel ordre d'idées doit présider aux appréciations de cette nature. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 octobre 1855.)

Utilité des préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie, par M. le docteur CHOMIER. (Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. TEISSIER.)

La cannelle, qui entre dans un certain nombre d'anciennes formules de médicaments composés, est peu usitée aujourd'hui, si ce n'est sous forme de poudre dans certaines dyspepsies, et de teinture dans quelques potions stimulantes.

Un médecin distingué de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Teissier, vient de soumettre à de nombreuses expériences ce médicament, qu'il croit digne de prendre dans la thérapeutique une place très usuelle.

M. Teissier a employé la cannelle à titre de médicament adjuvant et correctif associé au fer dans la chlorose, à la digitale et au fer dans les affections organiques du cœur compliquées de chloro-anémie ; à titre d'agent hémostatique dans certains cas de métrorrhagie.

Ce serait, en effet, une précieuse acquisition que celle d'un médicament qui assurerait la tolérance du fer dans tous les cas où ce médicament se trouve indiqué. Les chlorotiques supportent toujours bien le fer comme médication générale ; mais presque tous ceux qui se trouvent affectés d'un état névropathique douloureux de l'estomac, dont une forme assez commune chez les très jeunes filles est une douleur fixe de l'épigastre exaspérée par tout ce qui est introduit dans l'estomac, ne peuvent absolument tolérer les ferrugineux, qui, sous toutes les formes imaginables, provoquent des douleurs insupportables. Il en est de même de tous les médicaments toniques ou stimulants qui pourraient suppléer au fer, et les narcotiques sont, en général, impuissants à corriger cela. C'est alors que M. Aran paraît avoir eu recours avec grand avantage aux lavements de vin (voy. *Gazette hebd.*, t. II, 1855, p. 229).

Mais M. Teissier assure que l'on peut remédier à tous ces inconvénients par l'association de la poudre de cannelle avec la limaille de fer porphyrisée. Il combine ces deux médicaments de la manière suivante :

Limaille de fer porphyrisée. }
Cannelle porphyrisée. . . . } parties égales.

On divise en prises d'abord de 10 centigrammes ; la malade en prend une avant chaque repas. Au bout de quelques jours on augmente la dose, et l'on arrive ainsi à faire prendre chaque jour 30 centigrammes de chacun de ces deux médicaments.

Van Swieten, Schmidtmann, M. Gendrin, avaient préconisé la cannelle dans la métrorrhagie. M. Teissier précise de la manière suivante les indications de ce médicament, auquel il a reconnu une efficacité réellement remarquable contre les hémorrhagies utérines :

Les jeunes filles, et surtout les femmes chlorotiques sont sujettes à des métrorrhagies qui se montrent habituellement sous la forme de règles exagérées. Le fer est souvent impuissant contre ce symptôme, dont la persistance, en entretenant sans cesse la chlorose, détruit à mesure les effets bienfaisants des ferrugineux. L'alun, le tannin, l'ergotine, ne sont guère supportés par des estomacs gastralgiques. C'est alors que M. Teissier a eu recours à la cannelle, qui paraît n'avoir en aucun cas trompé ses intentions. En la prescrivant, par exemple, tous les soirs pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des règles, il a toujours réussi à diminuer l'abondance et la durée des menstrues.

La teinture de cannelle, donnée en potion à la dose de 2 à 4 grammes, réussit parfaitement et rapidement à arrêter les hémorrhagies symptomatiques du cancer utérin, soit ces pertes abondantes qui surviennent à intervalles dans les premières périodes de la maladie, soit ces écoulements sanguins qui accompagnent d'une manière presque certaine les cancers ulcérés. De tous les agents hémostatiques qu'il a essayés, M. Teissier s'est assuré que l'ergotine et la teinture de cannelle étaient de beaucoup les plus efficaces ; mais il a reconnu, en même temps, que le premier de ces médicaments, en vertu sans doute des contractions qu'il détermine dans l'utérus, donnait lieu souvent à des douleurs excessives et qui rendaient difficile d'utiliser ses précieuses propriétés ; la teinture de cannelle jouirait d'une efficacité aussi puissante sans présenter de semblables inconvénients, et agirait, en outre, d'une manière favorable sur l'ensemble de la santé livrée aux ravages de la diathèse cancéreuse et de l'anémie.

Il est encore une circonstance où M. Teissier tient à remplacer l'ergot de seigle lui-même par la teinture de cannelle : c'est le cas d'hémorrhagie par inertie de la matrice à la suite de l'accouchement. L'ergot de seigle paraît à M. Teissier un médicament difficile à employer en temps opportun, si l'on ne prétend l'administrer que dans les derniers moments de l'accouchement (comme moyen préventif d'hémorrhagies redoutées), ou même dangereux pour l'enfant. La teinture de cannelle à la dose de 4 grammes dans une potion, par cuillerées d'heure en heure, lui a toujours paru suffire pour prévenir ces métrorrhagies. Enfin il recommande également ce médicament contre ces hémorrhagies de la grossesse ou des suites de couches, que l'on observe chez les femmes faibles, lymphatiques, cachectiques.

On voit que l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon fait de la cannelle un médicament presque nouveau, par la précision avec laquelle il en pose les indications, et par les propriétés considérables qu'il lui attribue. Sa recommandation est certainement suffisante pour engager tous les praticiens qui liront cette note à suivre ces indications ; néanmoins de nouveaux essais nous semblent nécessaires pour consacrer définitivement toutes les assertions qu'il émet, et en particulier pour justifier la préférence qu'il n'hésite pas à donner à la cannelle sur le seigle ergoté, dans des cas où ce dernier médicament jouit de propriétés tellement spéciales et efficaces. (*Gazette médicale de Lyon*, 31 juillet et 15 août 1855.)

De l'apparence morbide dans la mort par le froid, par le docteur Francis Ogston (d'Aberdeen).

Il est assez remarquable que les traités et les recueils de médecine légale ne renferment à peu près aucun renseignement sur la mort par le froid, et en particulier sur l'anatomie pathologique des individus qui ont succombé à ce genre de mort. Il peut se rencontrer cependant telle circonstance où il importe de posséder quelques données précises sur ce sujet, soit que l'on ait cherché à simuler une mort par le froid pour en cacher la véritable cause, soit qu'il s'agisse, au contraire, de s'assurer que c'est au froid et non à aucune autre circonstance qu'il faille attribuer la mort. La mort par le froid tient une assez grande place dans les récits chirurgicaux des dernières campagnes de l'Empire ; mais la symptomatologie du refroidissement et le tableau de l'extinction de la vie défrayent à peu près exclusivement ces descriptions, et quelques indications vagues des caractères dits de l'asphyxie résument brièvement ce que l'on a constaté sur les cadavres.

Le docteur Ogston (d'Aberdeen), ayant fait la même remarque, a jugé utile de publier avec quelques détails plusieurs faits de mort par le froid qu'il a pu recueillir pendant l'hiver de 1855, dans les environs d'Aberdeen. Ces faits sont au nombre de quatre, dont trois concernent un jeune homme de dix-sept ans et deux vieilles femmes qui furent trouvés morts ou mourants sur la neige, dans la campagne. Une quatrième observation est relative à un homme âgé de soixante ans, qui mourut quelques heures après avoir été retiré d'un canal congelé, où il était demeuré quelque temps plongé jusqu'au cou, après s'être égaré la nuit dans la campagne.

L'examen des cadavres n'a pas fourni dans tous ces cas des résultats identiques : il devait en être ainsi, la mort ne s'opérant pas toujours avec la même rapidité, et venant frapper des organismes entièrement différents les uns des autres. Cependant, quelques circonstances notables et communes ont pu être signalées, et nous allons les exposer en analysant rapidement les observations précitées.

Ce qui a d'abord frappé dans tous ces cas, c'est la couleur du sang, qui, au lieu de la teinte foncée que l'on rencontre d'ordinaire et surtout dans les cas attribués à l'asphyxie, offrait une couleur rutilante toute particulière, et qui a pu faire dire, dans l'un d'eux, que l'ouverture de la poitrine et de l'abdomen produisait exactement la même apparence que lorsqu'on opérait sur un animal vivant.

Une autre particularité est relative à l'accumulation considérable de sang que l'on a notée dans les cavités du cœur, des deux côtés, et dans les grands vaisseaux avoisinants, artériels aussi bien que veineux. Dans trois cas, de larges caillots occupaient le cœur et les gros vaisseaux. Le sang était liquide dans le quatrième.

En regard de cette accumulation du sang dans l'organe central de la circulation et à l'entour de lui, on remarquait, au contraire, que les autres parties du corps n'en renfermaient plus qu'à peine. C'est ainsi que toute la surface du corps était très pâle, et qu'on n'y distinguait point de ces sugillations qui en marquent ordinairement les parties déclives. Nous trouvons signalées, dans ces différentes observations, la pâleur et l'état exsangue, tantôt du cuir chevelu, tantôt des méninges et du cerveau lui-même, ou bien de la muqueuse bronchique et pharyngée. Les poumons renfermaient peu de sang ; la muqueuse était pâle.

En même temps que cette pâleur de la surface du corps, et tranchant vivement avec elle, on a remarqué, dans tous les cas, des taches (*des mouches*) d'un rouge éclatant, çà et là répandues sur la face antérieure du tronc et des membres. Un mucus écumeux occupait, dans trois cas, les canaux bronchiques, et dans le quatrième les cellules pulmonaires.

M. Ogston fait remarquer que ces observations ne sont pas assez nombreuses pour que l'on en puisse déduire si la mort par le froid a lieu par syncope ou par coma ; nous dirions, en France, par syncope ou par asphyxie, ce qui n'aurait pas une signification beaucoup plus précise, l'acception du mot *asphyxie*, en médecine légale surtout, étant une des plus vagues que l'on puisse imaginer. C'est donc à titre de simples renseignements que nous reproduisons le résumé de ces observations, dont les caractères généraux sont assez tranchés pour que les faits de ce genre que l'on voudra bien recueillir puissent en être rapprochés avec fruit. (*The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, oct. 1855.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient, par M. Scoutetten.

La position de médecin chef des hôpitaux de Constantinople donnait à M. Scoutetten une occasion trop naturelle de recueillir un faisceau d'observations sur les grandes questions qui forment le domaine de la chirurgie militaire, pour qu'il y eût à craindre de voir notre savant et zélé confrère décliner les honorables charges d'une pareille mission. Les résultats qu'il a obtenus, comme les documents qu'il a colligés, témoignent à la fois du soin philanthropique et de l'ardeur scientifique qu'il a apportés dans l'accomplissement de ce double devoir. Le ton de sincérité de son récit, garant précieux de véracité, est un attrait de plus pour ceux qui, appelés à profiter de ces confidences, savent ainsi d'avance qu'elles ne sont dictées ni par un parti pris ni par un système.

Une première donnée permet de juger le grand problème de la préférence à accorder à l'amputation primitive ou à l'amputation consécutive. — Les opérations primitives, pratiquées en Crimée, donnent, sur 94 cas, 60 guérisons et 31 morts. Les opérations con-

sécutives, faites à Péra, donnent, sur 61 cas, 30 guérisons et 31 morts. Ce qui équivaut, pour les premières, à une mortalité d'un tiers, tandis que, pour les secondes, elle est d'un peu plus de la moitié.

Ainsi que le dit M. Scoutetten, « ces chiffres peuvent se passer de commentaires. » Nous ajouterons cependant deux remarques. C'est d'abord que, sans aucun doute, on a pris pour les opérations à exécuter sur le champ ceux où l'indication était la plus pressante, les cas, par conséquent, les plus graves. En second lieu, sans vouloir donner à la conduite des chirurgiens d'ambulance autre chose que ce qu'ils méritent, c'est-à-dire un juste tribut d'éloges, il est bien permis de penser que les soins ultérieurs ont été plus assidus, plus réguliers dans un hôpital que sous la tente. Double condition qui, en apparence, eût dû élever le chiffre de la mortalité pour les opérations de cette classe ; et cependant elles ont été sensiblement moins meurtrières, par cela seul qu'on les a exécutées immédiatement.

Là-bas, comme au sein de nos hôpitaux, l'accident le plus terrible et le plus fréquent a été l'infection purulente. On la voyait survenir, dit M. Scoutetten, quelques heures seulement après l'application de l'appareil. En raison de cette précocité d'apparition, en raison aussi des altérations constantes trouvées à l'autopsie dans le canal médullaire, l'auteur pense que ces accidents ne tenaient point à la résorption purulente proprement dite, puisqu'il n'y avait point de suppuration des parties molles, et que le point de départ de la maladie dépendait de l'inflammation presque spontanée de la moelle osseuse. — Nous manquons, il est vrai, de quelques-uns des éléments qui nous seraient nécessaires pour entrer avec fruit dans cette discussion. Cependant, nous ferons observer que, avant l'amputation, il y avait bien dans ces cas une blessure datant déjà d'un certain temps ; que, par conséquent, il n'est pas entièrement exact de dire (ainsi que M. Scoutetten l'a fait avec justesse en se plaçant à un point de vue différent) qu'il n'y avait point de suppuration des parties molles avant le développement de l'infection purulente.

Le régime spécial de nos troupes (privation de légumes frais et usage de viandes salées) rendait le sang plus fluide, d'où résultait une hémorrhagie, paraissant ordinairement de dix à quinze jours après l'amputation, sans cause connue, en nappe ; huit ou dix jours après, elle récidivait, puis une troisième, une quatrième de plus en plus rapprochées, de moins en moins coercibles, jusqu'à la mort par épuisement. Pour en prévenir le retour, M. Scoutetten a infructueusement lié, la fémorale chez un amputé de la jambe, et la sous-clavière après une résection de la tête de l'humérus.

Vers le milieu de novembre, la pourriture d'hôpital s'est manifestée épidémiquement dans les salles des officiers ; elle fut causée vraisemblablement par le froid humide. On chercha en vain à en arrêter les progrès avec la solution de perchlorure de fer étendue de près de moitié d'eau (1). Ce qui a le mieux réussi, c'est le camphre en poudre ou le suc de citron dans les cas peu graves, et l'acide azotique sur les ulcères étendus et profonds.

Après quelques réflexions sur la gravité et les caractères spéciaux des blessures faites avec le sabre-baïonnette (dont l'extrémité est tranchante sur ses deux bords) et avec les balles cylindro-coniques, l'auteur raconte plusieurs exemples d'accidents singuliers. Voici l'un des plus curieux : Un capitaine, voyant venir à lui un obus qui roulait, voulut reculer, mais son pied, retenu par un obstacle, le fit tomber à la renverse. L'obus passa sur sa jambe gauche, qu'il enfonça dans la terre ramollie par les pluies, et il en fut quitte pour une contusion énorme déterminant une ecchymose qui s'étendit sur tout le membre inférieur et jusqu'à l'abdomen.

M. Scoutetten termine par l'analyse comparative des divers procédés opératoires qui ont été mis en usage. Quoique son expérience ait, à nos yeux, une haute valeur pour juger ces points litigieux, nous avouons cependant que nous eussions préféré le voir appuyer ses conclusions sur des chiffres que sur une impression personnelle ou des considérations de pathologie, ou même d'économie (ainsi qu'il le fait ; d'accord, du reste, en cela avec d'autres auteurs de plus estimables), pour proscrire l'amputation sus-malléolaire de la chirurgie des champs de bataille. C'est pour cette raison que nous nous bornerons à mentionner son opinion défavorable à la méthode à lambeaux, à la désarticulation du genou et à l'amputation de Chopart. Il recommande, au contraire, chaudement la résection de la tête de l'humérus, mais en avertissant très judicieusement de ne point généraliser cette sentence au point d'appliquer le même genre d'opération à l'articulation coxo-fémorale.

P. DIDAY.

(1) Vu les douleurs vives et prolongées résultant de l'application de ce topique, les malades refusaient énergiquement de se soumettre à de nouvelles épreuves.

VI.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 28 décembre 1855, sur la proposition du ministre de la guerre, l'Empereur a promu et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Guerre, médecin principal de 1re classe aux hôpitaux d'Oran.

Au grade de chevalier : M. Bertrand, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient ; Berthe, médecin-major de 2e classe du 8e régiment de hussards ; Malachowski de Pietrowski, médecin-major de 2e classe du 3e régiment de spahis ; Fropo, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine ; Lacroix, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Boulogne ; Camus, médecin-major de 2e classe du 10e régiment de cuirassiers ; Songy, médecin-major de 2e classe du 5e régiment de dragons ; Dieu, pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Metz ; Robillard, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— Par décret du 29 décembre 1855, l'empereur a, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, promu et nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : M. Villette, chirurgien de la marine de 1re classe à bord du *Gomer*.

Au grade de chevalier : MM. Bellebon, chirurgien de la marine de 1re classe ; Battarel, chirurgien de la marine de 1re classe ; Cougit, chirurgien de la marine de 2e classe ; Marec, chirurgien de la marine de 3e classe, chirurgien-major de l'*Épervier* ; Perrin, chirurgien de 1re classe à la Guyane ; Bourayne, chirurgien de 2e classe à la Guyane ; Virgile, médecin civil à la Guyane.

— Ont été nommés au grade de chevalier dans le même Ordre, sur la proposition du ministre de l'intérieur : M. Maladière-Montécot, médecin des hospices de Langres (Haute-Marne), ancien chirurgien militaire.

Et sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes : MM. Depaul, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire annuel de l'Académie de médecine ; Raige de Lorme, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris ; Grozat, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours ; Canuet, docteur en médecine, attaché à divers établissements de bienfaisance ; Constantin James, docteur en médecine ; Beaumont et Mayer, inventeurs d'un appareil pour l'application de la chaleur développée par le frottement.

— Par décret en date du 30 décembre dernier, ont été nommés médecins consultants dans le service de santé de la Maison de l'Empereur, M. le docteur Mélier, inspecteur général du service sanitaire, et M. le docteur Alquier, inspecteur du service de santé militaire.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Lélut est nommé président et M. Trébuchet, secrétaire du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine pour 1856.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 11 JANVIER 1856. | N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 janvier 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VALEUR DE LA RÉVULSION ET DE LA DÉRIVATION.

Nous l'avions bien dit dans notre dernier numéro, que l'argumentation de MM. Bousquet et Parchappe frapperait à côté. M. Malgaigne s'est empressé d'ouvrir la porte qu'on voulait enfoncer; il s'est déclaré vitaliste, plus vitaliste que ses adversaires; il a rappelé à la littérature antique M. Bousquet, qui n'y avait pas vu tout ce qu'en a tiré M. Bouvier; il s'est même proclamé l'introducteur du dogme hippocratique à Paris; il a défendu la nature médicatrice; il s'est fait le champion de la crise; il a exhumé enfin — et c'est tout dire — la *crudité* et la *coction* dont l'Académie n'avait pas entendu parler depuis les temps lointains de M. Castel. Ainsi échouait plus particulièrement la tactique de M. Parchappe, qui croyait faire tomber M. Malgaigne dans la révulsion et la dérivation en l'attirant dans les filets du vitalisme. M. Malgaigne, qui s'y était pris lui-même depuis longtemps, a pu aisément montrer que le dogme en question ne s'y trouvait pas. On sait que nous sommes de cet avis. Nous ne disons pas, encore un coup, que les mouvements naturels de l'organisme ne doivent pas être imités dans l'application des moyens révulsifs; que, par exemple, si une fluxion arthritique saute d'une articulation sur un viscère essentiel, il ne vaille pas mieux révulser vers cette articulation que vers tout autre point du corps; mais assurément le vitalisme et la révulsion ne s'enchaînent pas de telle sorte qu'on soit autorisé, comme a cru l'être M. Parchappe, à exiger de tout vitaliste conséquent la pratique de la médication révulsive et à interdire la même pratique aux organiciens. L'histoire dépose contre une telle interprétation. Dans l'antiquité, aucune donnée vitaliste ne servit de fondement au principe capital de Galien, suivant lequel le révulsif doit être appliqué à l'opposite du mal, aux

FEUILLETON.

Congrès de Statistique.

NOTE EXPLICATIVE SUR LE RÔLE DU MÉDECIN VÉRIFICATEUR ET SUR LES DÉTAILS DU BULLETIN DE DÉCÈS.

Il nous a été adressé quelques demandes explicatives sur le bulletin de décès dont nous avons donné le modèle, page 714, n° 40, et une vive réclamation sur les inconvénients pouvant résulter de la création d'un médecin vérificateur des décès, dont il est aussi question dans ce numéro. Nous nous occuperons d'abord du dernier point, comme étant le plus important et le plus délicat.

On doute donc de l'utilité du docteur vérificateur du bulletin de décès, au point de vue statistique; mais surtout on voit un grave danger pour la profession dans les questions qu'il devra adresser « à une famille en deuil qui s'en prend à tous de la perte qu'elle vient d'essuyer, et souvent plus ou moins au médecin traitant. Les questions posées ne le seront-elles pas au désavantage de celui-ci, soit par la manière dont on les interprétera, soit par la façon dont le vérificateur accueillera les réponses? Ce dernier, en effet, sera-t-il toujours assez charitable, assez sûr de lui-même pour ne montrer aucun signe de doute, pour ne pas se permettre la moindre contraction des traits de la face, le moindre haussement d'épaule? Tous les signes seront observés et commentés; ils donneront lieu à des dissensions entre confrères, et tourneront, en fin de compte, contre l'honneur de la profession. »

Voilà, en un éloquent tableau, les allégations qui nous sont adressées. Nous ne chercherons pas encore à en affaiblir le vif coloris; mais nous ferons observer d'abord que le médecin vérificateur *officiel* des décès n'est pas une création de la statistique, mais le résultat d'un impérieux besoin que la sécurité individuelle réclame partout, afin d'assurer à la société une constatation officielle du décès de chacun de ses membres. En France, cette institution n'existe pas seulement dans des villes, mais déjà dans des campagnes. Or, ce médecin fonctionnaire n'est-il pas créé pour constater que le décès est réel et qu'il est dû à une cause naturelle?

pieds si le mal est à la tête, à gauche si le mal est à droite, en avant s'il est en arrière, en arrière s'il est en avant. De nos jours, le vitalisme n'a inspiré qu'une partie des principes de Barthez. Inutile peut-être d'ajouter qu'il n'est entré pour rien dans les principes de l'école de Paris.

Des principes modernes, voilà précisément ce que M. Malgaigne ne veut pas accepter. Il nous semblait que, dans son premier discours, l'orateur avait concédé à l'école du midi une doctrine et des principes en matière de révulsion et de dérivation, et nous avait fait honte, à nous autres du nord, de n'en pas avoir autant. Cette fois, il a enveloppé, en termes formels, toute la médecine moderne dans le même reproche. Du temps de Galien, a-t-il dit, une pitoyable doctrine, mais pas de principes; dans ce temps-ci, ni doctrines, ni principes. Il y aurait beaucoup à dire sur la caractéristique d'une doctrine et d'un principe, et il serait aisé de faire voir qu'une doctrine peut être tout entière et très clairement dans un exposé de principes, sans qu'il soit besoin d'une de ces formules que l'orateur réclame avec une singulière insistance. Pour nous en tenir à ce qui nous touche le plus, c'est-à-dire au temps présent, qu'est-ce à dire? Barthez n'a pas de doctrine? Barthez n'a pas de principes? Mais alors, qu'est-ce donc que vous lui reprochez? qu'est-ce donc que vous signalez comme un pathos et un non-sens? combattez vous enfin contre quelque chose? Ce quelque chose ne vous plaît pas, soit! Mais il plaît à d'autres, à beaucoup d'autres, et pour ceux-là il y a une doctrine. Or, c'est là toute la question. Vous ne pouvez avoir la prétention de soumettre l'histoire au joug de vos opinions personnelles et de déclarer nulle et non avenue toute idée qui ne sera pas vôtre.

Comme les cinq principes de Barthez ont joué un grand rôle dans le débat, nous les rappelons ici, en priant le lecteur de faire abstraction de certaines formes de langage auxquelles tout le monde n'est pas habitué.

« 1° Lorsque dans une maladie la fluxion sur un organe est imminente, qu'elle s'y forme et s'y continue avec activité, comme aussi lorsqu'elle s'y renouvelle par reprises périodiques ou autres, on doit lui opposer des évacuations et des attractions révulsives par rapport à cet organe.

» 2° Lorsque la fluxion est parvenue à l'état fixe dans lequel elle se continue avec une activité beaucoup moindre qu'auparavant (dans les maladies aiguës), ou lorsqu'elle est devenue faible et habituelle (dans les maladies chroniques), on doit en général préférer les attractions et les évacuations dérivatives qui se font dans les parties voisines de l'organe qui est le terme de la fluxion.

» 3° Après avoir fait précéder les révulsions et les dérivations qui sont indiquées, il faut souvent recourir à des attractions ou à des évacuations qu'on appelle *locales*, parce qu'elles se font dans les parties les plus voisines qu'il est possible de celle où se termine la fluxion et où elle est comme concentrée, l'affection forte de cette partie l'isolant en quelque manière de tout le reste du corps.

» 4° Dans les maladies où l'organe dont vient la fluxion peut être assigné ou bien connu, l'affection de cet organe présente un autre ordre d'indications essentielles. Dans ce cas, il faut établir une dérivation constante, non auprès de l'organe où la fluxion se termine, quoiqu'il soit principalement affecté, mais auprès de l'organe d'où cette fluxion prend son origine.

» 5° L'utilité de la dérivation, dans les cas où elle est indiquée, tient à cette sympathie particulière et puissante que les parties du corps vivant exercent entre elles à raison de leur voisinage (qui leur donne des vaisseaux et nerfs communs, etc.) (1). »

Nous le demandons, la dogmatisation de ce fait général, qu'une fluxion en déplace une autre, n'est-elle pas suffisante pour constituer une doctrine, et les diverses applications de ce dogme à la médecine pratique, suivant de certaines règles, ne sont-elles pas autant de principes parfaitement déterminés? Et, en réalité, n'est-ce pas à des principes semblables ou fort analogues que l'immense majorité des médecins conforment leur thérapeutique révulsive, au nord comme au midi, à l'étranger aussi bien qu'en France? Quelque opinion qu'on professe sur la nature du *fluxus*, qu'on admette ou non la nécessité préalable du *stimulus*, qu'on place ce stimulus dans une exagération de l'état vital ou dans quelque modification organique, il s'agit toujours d'un état morbide local qu'on prétend détourner ou attirer en dehors par des moyens, qui peuvent être appliqués sur une grande étendue, sur toute la surface de la peau, par exemple, mais qui n'en sont pas moins, en un certain sens, locaux, puisqu'ils ne comprennent pas la partie malade et qu'ils impliquent une certaine opposition entre le lieu de leur application et le siége de la maladie. Or, veut-on savoir comment s'exprime Guersant, résumant sur la question de la révulsion les idées de son temps et de l'école à laquelle il appartenait? Laissant de côté la révulsion morbide, c'est-à-dire l'action suspensive exercée sur une maladie par une autre qui vient en traverser le cours, « La révulsion, dit-il, ne peut s'opérer qu'à l'aide d'agents thérapeutiques qui ont eux-mêmes une *action locale* bien déterminée et bien circonscrite. Par conséquent, tous les moyens généraux antiphlogistiques..... ne peuvent être con-

(1) Barthez. *Du traitement méthodique des fluxions.*

Peut-il convenablement remplir la fonction qui lui est confiée, s'il ne s'informe, par quelques questions, du nom dont le médecin traitant a qualifié la maladie cause de la mort, de la durée de cette affection et de quelques-uns de ses symptômes les plus saillants, afin de contrôler ces données par l'inspection cadavérique. Voilà ce qui se fait partout où il y a des médecins spéciaux chargés de vérifier les décès ; c'est ainsi qu'on procède, depuis 1809, dans la ville de Paris ; voilà ce qui se fait dans le canton de Genève ; voilà ce que nous faisons nous-même dans quelques communes de Seine-et-Oise, et ce que quelques-uns de nos confrères sont chargés de faire autour de nous, et sans doute ce qui s'exécute de même dans bon nombre de grandes villes et dans quelques campagnes.

Il est clair, en effet, que cette institution se développe partout avec la population, avec la civilisation, avec la sollicitude croissante de l'administration, qui juge avec raison qu'un médecin fonctionnaire sera plus libre dans son examen et sa déclaration, qui croit aussi que sa visite obligée contribue à imposer une crainte salutaire aux tentatives criminelles, tandis qu'elle ne peut attendre les mêmes avantages du médecin *choisi* et *appelé* par la famille, et, en conséquence, tenu au secret.

Ce n'est donc pas contre une création de la statistique que s'élève mon honorable contradicteur, mais contre un besoin de la civilisation, de la société tout entière, qui veut, *aussitôt qu'elle le peut*, assurer à chacun de ses membres qu'il ne pourra être rayé du cadre des vivants que par des causes indépendantes de la volonté humaine ; et certes, cette précaution, surtout pour les âges extrêmes de la vie, n'est pas un luxe inutile.

Appartient-il aux médecins de se plaindre, au nom de leurs petits intérêts particuliers, d'une institution que réclame l'humanité, d'une institution qui fonctionne déjà dans les localités les plus avancées de la nation, et qu'un prochain avenir généralisera de plus en plus? Non. Cette mesure nous serait-elle préjudiciable, il faudrait nous résigner ; il faudrait, comme citoyens, en hâter l'accomplissement, puisqu'elle est un désidérata du progrès. Tel est le sens des vœux du congrès, et ses vœux, nous espérons le démontrer, si l'on en exécute la lettre et l'esprit, deviendront un puissant moyen de rele-

sidérés comme des révulsifs. *Il n'y a de véritable révulsion que par l'action de moyens locaux opposés à des affections locales.* » (*Dictionnaire* en 30 vol., article Révulsion.) Voilà la doctrine. Et quant aux principes, tout l'article est consacré à en établir. Nous ne demandons pas s'ils conviennent à M. Malgaigne; nous n'examinons pas même s'ils sont tous également acceptables. Doctrine et principes expriment d'une manière générale ce qui est dans la pensée et dans la pratique du plus grand nombre. Cela suffit.

La discussion est close. Nous l'avons suivie pas à pas, dégageant les questions principales et donnant en toute conscience notre solution. Sur plusieurs points, nous n'avons pas partagé les vues de quelques orateurs enrôlés comme nous sous le drapeau de la révulsion. M. Malgaigne a essayé de tirer parti de cette dissidence, et nous a engagé nominativement, dans son discours de mardi, à former avec MM. Sales-Girons et Bouvier un petit concile de *trois théologiens* pour nous entendre sur les principes. La chose ne serait peut-être pas aussi malaisée qu'il le suppose ; car le dernier discours de M. Bouvier nous rapproche encore de lui davantage. Mais comme il est fort douteux que M. Malgaigne attende le résultat de la conférence pour se convertir, nous nous dispenserons de cette peine, en regrettant de ne pouvoir nous rendre nous-même aux efforts d'un talent aussi remarquable.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATION DE PÉRINÉPHRITE TRAUMATIQUE SUPPURÉE. — PONCTION SUIVIE DE DÉBRIDEMENT ET D'INJECTIONS CHLORURÉES. — ÉRYSIPÈLE GRAVE. — GUÉRISON ; par le docteur J. Bienfait (de Reims).

Au nombre des inflammations qui peuvent occuper la cavité abdominale, celle des enveloppes du rein se distingue par des caractères bien tranchés. Aussi a-t-elle été décrite à part par M. Rayer, qui en admet deux espèces : l'une *primitive*, pouvant être traumatique, spontanée ou rhumatismale ; l'autre, *consécutive*, tirant son origine d'un état morbide antérieur du rein, notamment d'une fistule borgne interne.

Conformément au plan général de son ouvrage, l'auteur du *Traité des maladies des reins* fait suivre l'histoire de la *périnéphrite* d'une série de faits donnant la confirmation clinique de chacune des variétés de la maladie (1839, 3e volume) ; mais, parmi ces observations, la quatrième seule se rapporte à la périnéphrite traumatique, et elle est assez incomplète pour que la pénurie de documents se fasse sentir sur ce point. Cette lacune n'est pas comblée par la brève mention de trois autres cas analogues dus à M. R.-H. Bell et au docteur Pepin ; et pourtant, au lit du malade, cette affection peut offrir assez de difficultés pour qu'en sa présence le praticien regrette de ne pas trouver un exemple à imiter. Comme, d'ailleurs, elle n'est pas tellement commune qu'il soit inutile de la remettre de temps en temps en évidence, j'ose espérer qu'il ne sera pas tout à fait hors de propos de faire connaître l'observation suivante. La maladie y a été suivie depuis l'action de la cause productrice jusqu'à l'entière terminaison. Le diagnostic y a atteint une précision en quelque sorte anatomique, et le fait à d'ailleurs l'intérêt qui, vanité à part, se rattache toujours à une guérison obtenue dans des circonstances véritablement graves.

Obs. — Le 7 octobre 1852, Courleux, femme de trente-neuf ans, nourrice, depuis neuf mois, de son dixième enfant, tombe, du haut de huit marches d'escalier, sur le bord d'un seau, et s'en va rebondir à trois pas de là. Sans tenir compte de fréquentes envies d'uriner, et de douleurs, passagères d'ailleurs, qui suivent de près ce double choc, lequel a porté sur le flanc droit, cette femme continue son genre de vie habituel, et ce n'est que le 9 au soir qu'elle est forcée de se mettre au lit. Elle est prise alors de frissons, de vomissements, d'une prostration extrême, de ténesme vésical avec impossibilité de garder les urines, et un lavement laudanisé n'empêche pas ces symptômes d'aller croissant toute la nuit. Je suis donc appelé le lendemain matin 10 octobre.

La malade est dans le décubitus dorsal, la face pâle, anxieuse, grippée; le pouls fréquent et petit. L'hypochondre et le flanc droit, sans offrir d'autres traces de contusion, sont tuméfiés, tendus, douloureux, et la sensibilité y est assez vive pour en interdire l'exploration même superficielle. Mais les urines rendues depuis la veille ont couvert le fond du vase de mucosités sanguinolentes indiquant assez, en l'absence de toute lésion appréciable dans le petit bassin, que l'action de la cause traumatique a dû particulièrement intéresser le rein.

A dater de là, malgré une thérapeutique active, les accidents inflammatoires suivent leur cours au milieu d'une fièvre continue avec redoublement de délire nocturne. Le 14, vient s'y joindre une diarrhée abondante qui se prolonge jusqu'au 29. Les vomissements persistent jusqu'au 17, et c'est seulement après trois semaines que la diminution de la douleur permet enfin d'examiner la région malade.

1er *novembre*. La moitié droite de l'abdomen offre alors un développement considérable. Outre que sa partie antérieure proémine beaucoup sur le côté opposé, la concavité normale des lombes et de la région latérale du flanc se trouve remplacée par une voussure, rendue plus apparente encore par un peu d'œdème sous-cutané. Naturellement, pour obéir à cette expansion du ventre, les côtes inférieures se sont déjetées en dehors, et, au-dessous d'elles, le foie débordant leur niveau de plus d'un centimètre, double la paroi abdominale dans un trajet de deux à trois travers de doigt. Puis vient, après une dépression triangulaire, une tumeur arrondie, volumineuse, qu'on ne peut mieux se figurer qu'en imaginant l'utérus

---

ver la profession en dignité et en juste considération. C'est donc vers ce but qu'il faut diriger tous nos efforts.

Rappelons d'abord les vœux du congrès touchant l'importante statistique des épidémies; relisons le questionnaire adopté (t. II, n° 43), et nous nous persuaderons en même temps de son importance et de l'utilité des mesures qui permettraient d'y satisfaire ; mais aussi, nous comprendrons que l'organisation actuelle est insuffisante ; que la création, déjà ancienne, d'un médecin des épidémies par canton, n'est que la pierre d'attente d'une organisation plus forte, plus sérieuse, qui, mettant *nécessairement*, obligatoirement ce médecin en rapport administratif avec tous ses confrères du canton, lui donne les moyens de répondre *incessamment* (car la menace d'une épidémie est incessante) au questionnaire, et particulièrement aux §§ 13, 14, 15, 16 et 17.

Ceci étant rappelé et posé, revenons au médecin vérificateur des décès, et avouons que si ce poste est peu rétribué, et si, à cause de cette insuffisance d'honoraires, il devient un lot de rebut accepté par le nouveau venu, qui s'en sert comme d'un marchepied pour arriver à mieux, nous sommes disposés à croire que des abus se glisseront à l'ombre d'une vérification mal faite ; le but de celui qui l'accomplit étant moins de remplir une fonction que de se créer une clientèle, et, par suite, de pouvoir se débarrasser d'un service fatigant et onéreux. Mais si cette institution est créée sérieusement et suffisamment rétribuée (1) et honorée; si elle vient se confondre avec la fonction devenue plus considérable de médecin des épidémies, et contribuer ainsi à augmenter encore l'importance de ce poste; si la position qu'elle fait au docteur est assez élevée pour que, dans les villes comme dans les campagnes, l'administration puisse choisir, comme le fait l'administration des hospices dans les villes, parmi les plus instruits et les plus honorables ; si son choix se fait par voie de concours et sur production de titres ; si, enfin,

(1) N'est-il pas naturel, comme le propose M. Marc d'Espine (*Compte rendu du congrès de Bruxelles*), que le défunt si intéressé à ce que son décès soit bien constaté, bien certain, et la cause naturelle bien appréciée, paie *convenablement*, des deniers qu'il laisse, la visite du vérificateur auquel il serait alloué par chaque commune une somme pour la vérification des indigents?

en gestation de six mois, logé dans le flanc et envahissant l'hypochondre. Accolée, suivant toute apparence, à la face inférieure du foie, qu'elle repousse en haut et en avant, cette tumeur s'étend à gauche jusqu'au delà de l'ombilic, en bas jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque, et transmet à une main placée à plat sur les lombes l'impulsion communiquée à sa partie antérieure. Enfin, on y perçoit une fluctuation très obscure.

Persuadé dès lors qu'il y a là une collection purulente à laquelle il faudra tôt ou tard une issue — qui se fera longtemps attendre, à en juger par l'état d'intégrité parfaite de la peau, — je fais deux applications de potasse caustique au niveau de la lacune aponévrotique par où se fait la hernie lombaire ; mais, avant de passer outre, d'après l'avis d'un confrère distingué, je laisse écouler vingt jours, pendant lesquels, l'état général s'aggravant sans cesse, l'état local reste invariablement le même, à part une paralysie du membre inférieur droit, qui, du reste, se dissipe spontanément après quatre jours de durée.

Le 27 *novembre*. Bien que la fluctuation soit toujours très obscure, de nombreux examens ne me laissent plus le moindre doute sur sa réalité. Aussi, en l'absence de tout indice d'une prochaine évacuation spontanée, l'affaiblissement progressif de la malade me détermine à une intervention décisive, et je n'hésite pas à plonger un trocart à la partie la plus déclive de la tumeur, entre le centre et le bord vertébral du cautère.

A 3 centimètres de profondeur, l'instrument pénètre dans une cavité, et livre passage à 7 ou 8 cuillerées de pus. Cette évacuation, évidemment insuffisante, n'amène aucune diminution sensible dans le volume de la tumeur ; mais toutes mes tentatives pour la compléter restant infructueuses, après avoir exploré le trajet veineux où la canule est engagée, je remplace celle-ci par une mèche, comptant bien voir, avant peu, sortir une quantité considérable de pus.

Le 29 *novembre*. Après quarante-huit heures d'attente, mes prévisions sont justifiées par l'événement. Dans l'espoir de décider la sortie du pus par le mouvement, j'accède à l'instante prière de la malade de passer quelque temps sur un fauteuil. Et en effet, à peine elle est assise, qu'elle se sent mouillée et regagne son lit, où, peu d'instants après, je la trouve littéralement inondée d'un pus qui bave encore par la plaie.

Le jour même de la ponction, un véritable appétit s'était manifesté pour la première fois. La nuit suivante, l'accès habituel avait été remplacé par un peu de sommeil paisible ; les urines, jusque-là très rares et foncées en couleur, étaient immédiatement devenues beaucoup plus abondantes et plus claires, et le lendemain, nonobstant un peu d'épanchement pleurétique droit antérieurement inaperçu, il y avait eu un mieux déjà appréciable. Mais, pendant les quelques jours qui suivent cette copieuse évacuation, l'amélioration devient tout d'abord beaucoup plus prononcée ; la malade mange et digère bien, passe chaque jour sept ou huit heures sur son fauteuil, et l'épanchement pleurétique se résorbe sans traitement. Néanmoins, cet état satisfaisant n'est pas de longue durée ; car l'excès de la suppuration ne tarde pas à amener de nouveau l'épuisement des forces, et il devient urgent bientôt d'aviser au moyen d'y mettre un terme le plus promptement possible.

Dans ce but, le 6 décembre, je fais un débridement qui, de la plaie du trocart, s'en va obliquement, en bas et en avant, rejoindre à 3 centimètres le bord du cautère. L'ouverture nouvelle qui en résulte me permet dorénavant de porter chaque jour au fond du foyer une mèche et une injection chlorurée ; et, bien qu'un érysipèle ambulant du bassin, accompagné de symptômes ataxo-adynamiques intenses, vienne, du 13 au 23, mettre encore une fois le comble à la faiblesse de la malade, la cavité morbide arrive, par une diminution graduelle, à se fermer définitivement le 8 janvier 1853.

Ainsi, en résumé, contusion du flanc, dysurie, hématurie, signes apparents d'une péritonite circonscrite au voisinage du rein, et, au bout de trois semaines, tumeur fluctuante dans laquelle le rein se trouve évidemment englobé : telles sont les circonstances qui m'amènent, après vingt jours encore d'une expectation infructueuse, à faire une ponction bientôt suivie de débridement. Cette opération donne issue, pendant six semaines, à une abondante suppuration dans le cours de laquelle surviennent des complications dont chacun connaît le danger ; mais, nonobstant ces complications, la malade est guérie juste trois mois après l'accident.

Si nous ajoutons aux détails de l'observation, que l'urine, examinée à plusieurs reprises pendant et après les vingt jours d'expectation qui précédèrent la ponction, ne contenaient trace ni de pus, ni d'albumine ; si nous ajoutons aussi que, le lendemain du débridement, une sonde de femme introduite dans l'angle antérieur de la plaie, allait d'arrière en avant, à $0^m,04$ de profondeur, rencontrer un corps mousse à surface lisse qu'elle contournait facilement pour s'enfoncer encore de $0^m,035$, mais cette fois dans une direction oblique en dedans et en haut, il nous deviendra facile de nous fixer sur le siége immédiat du mal. En effet, sans nous arrêter un instant à l'hypothèse tout à fait insoutenable d'un abcès du bassinet ou de la substance du rein, nous voyons de suite que la localisation dans la portion du péritoine adjacente au rein ne soutient pas un examen sérieux. Ce corps mousse, placé à peu près au milieu d'une diagonale courbe qui, d'un point situé à $0^m,09$ à droite de la quatrième épine lombaire, et à $0^m,025$ au-dessus de la crête iliaque, traverserait le flanc pour aller rejoindre les premières vertèbres lombaires, ce corps mousse ne pouvait être que le rein. Or, la surface lisse et dénudée qu'il offrait à l'instrument explorateur exclut formellement l'interposition, entre la sonde et lui, d'un feuillet péritonéal enflammé et suppurant, c'est-à-dire recouvert de fausses membranes épaisses et irrégulières, qui existent toujours en pareil cas, et dans lesquelles le bec de la sonde se serait infailliblement embarrassé. Il est donc évident que les enveloppes immédiates du rein avaient seules fourni les matériaux de cet énorme abcès, et que, le pus une fois évacué, cet organe se retrouvait libre et sain au centre même du foyer purulent.

Ici se termine ma tâche, puisque j'ai surtout pour but de donner un spécimen de périnéphrite traumatique suppurée, terminée par la guérison. Toutefois, je veux signaler brièvement, comme méritant une mention spéciale, au point de vue pratique, parmi les particularités de cette observation :

1° La résistance du rein à l'inflammation suppurative déterminée autour de lui par une action dont il avait souffert cependant, ainsi qu'en témoignent la dysurie et l'hématurie des premiers jours. Cette immunité de la glande rénale dans de pareilles conditions doit avoir un grand poids sur le diagnostic et le pronostic à porter

---

l'institution de médecin des épidémies et médecin vérificateur, réunie sous un même titre, par exemple, *chef de la statistique humaine du canton* (1), devient ainsi le sujet d'une honorable émulation et le but d'une juste et utile ambition, il suffira que, dans les instructions officielles que recevront ces médecins fonctionnaires, il leur soit particulièrement recommandé de ne donner jamais aux familles aucuns signes d'approbation ou de désapprobation, cette recommandation ayant pour sanction la perte de leur importante position.

Nous avons la ferme conviction qu'un tel ministère sera, dans l'immense majorité des cas, honorablement exercé, et que, loin de porter préjudice à la profession, *il l'élèverait en déplaçant le champ de la concurrence*, qui, en province, s'exerce davantage par les petits moyens que par la lutte scientifique.

En effet, le travail intellectuel du bureau est une double nécessité pour notre profession. Il est nécessaire, d'abord, parce que sans lui, la seule pratique est insuffisante, non-seulement pour nous tenir au courant de la science, mais aussi pour conserver notre instruction classique. Qui n'a éprouvé le chagrin de rencontrer de ces confrères d'un certain âge, chez lesquels les préjugés du public ont remplacé peu à peu l'esprit philosophique et même les notions les plus certaines de la science, et qui, à force de se contenter de la médecine symptomatique, ne savent plus faire un diagnostic? Mais, osons le dire, il y a un motif plus puissant pour le médecin lui-même et pour la société, en faveur d'une préoccupation scientifique associée chaque jour au labeur de la pratique : nous affirmons que c'est là ce qui élève l'homme, ce qui l'empêche de se laisser aller au terre-à-terre de la vie et aux mesquines passions qui s'y traînent ; car telle est la noblesse de la science, que ses amants ne peuvent être des hommes vulgaires, non qu'elle dédaigne aucun hommage, mais parce qu'elle réchauffe et élève ceux qui la recherchent. C'est pourquoi nous ne craignons pas qu'une certaine hiérarchie s'établisse dans le monde médical, *pourvu qu'on ne puisse s'y élever que par le travail et le* concours. Nous croyons

(1) Auquel il faudrait joindre un *assesseur*.

dans les cas analogues, et trouve sa preuve anatomique, d'ailleurs presque superflue, dans plusieurs des observations réunies par M. Rayer, notamment dans la première, qui ne me semble différer de la mienne que par l'absence totale de renseignements cliniques et par la terminaison.

2° Le changement survenu dans la quantité et la qualité des urines, le lendemain même de la ponction. Plus d'une fois je me suis demandé si la rareté et la concentration des urines avant l'expulsion du pus ne s'expliquait pas naturellement par la compression de l'une des glandes urinipares, et si, par suite, leur retour à la quantité et à l'état normal n'était pas dû à la cessation de cette compression. Dans cette hypothèse, les phénomènes cérébraux et adynamiques antérieurs à l'opération devenaient peut être imputables en partie à une intoxication urémique. Mais, outre le fait bien connu de l'action supplémentaire dont un rein est susceptible en cas d'inertie de son congénère, la rareté des urines est chose commune dans beaucoup d'autres cas de suppuration interne ou de phlegmasies graves qui n'admettent pas cette interprétation.

De plus, j'ai vu, chez cette même malade, les urines redevenir aussi rares et aussi concentrées pendant toute la période d'augment de l'érysipèle qui se manifesta par la suite. J'ai donc dû abandonner cette manière de voir. Néanmoins, eu égard au siége du mal, j'ai cru devoir inscrire ici même une curation négative.

3° Enfin, l'emploi, pour la première fois usité que je sache, d'injections irritantes dans un foyer purulent de cette espèce.

Bien qu'on ne puisse, d'après un seul cas, établir le degré positif d'utilité de ce moyen, les services qu'il rend journellement dans d'autres circonstances me permettent au moins, son innocuité étant prouvée, d'engager mes confrères à y recourir sans crainte, si des cas pareils se présentent à eux.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je reçois, aujourd'hui seulement, communication de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, du 10 août dernier, dans laquelle vous avez publié un travail de M. Mercier, où ce médecin me dénie la priorité des injections caustiques dans l'urèthre, pour la reporter à Carmichaël. J'espère que vous vous empresserez de mettre sous les yeux de vos lecteurs les lignes suivantes, qui doivent les tirer de l'erreur dans laquelle les a induits M. Mercier. Il n'est jamais trop tard pour rétablir la vérité.

Voici ce que je publiais en 1847, alors que Carmichaël vivait encore :
« Cette assertion (celle que reproduit M. Mercier) est une grosse erreur.
» Non-seulement M. Carmichaël n'a jamais employé le nitrate d'argent à
» haute dose dans l'urèthre ; mais aujourd'hui encore, où cette méthode
» est entrée dans la pratique presque générale en France, le chirurgien
» irlandais s'élève énergiquement contre elle. Ouvrez les Leçons de M. Car-
» michaël, et vous verrez (page 88) que ce chirurgien emploie le nitrate
» d'argent dans la proportion d'un quart de grain à un grain pour une
» once d'eau, c'est-à-dire suivant l'ancienne méthode des injections à
» faible dose. Il y a plus, M. Carmichaël, voulant donner à son opinion
» une publicité plus haute, a cru devoir, dans une lettre adressée à la
» *Presse médicale* de Dublin, et qu'il reproduit dans son livre, protester
» contre l'abus qu'on a fait de son nom, en plaçant sous son patronage une
» méthode qu'il qualifie ainsi en terminant : *Je n'hésite pas à dire que*
» *c'est une pratique qui ne saurait être trop énergiquement réprouvée.*
» Voici le texte : *I have no hesitation in sayng that it is a practice that*
» *cannot be too strongly improvated.* » (Voir *Clinical Lectures on Venereal Diseases*, by R. Carmichaël, p. 90.)

Après une semblable protestation, notifiée authentiquement à Paris, dans l'*Union médicale* du 20 novembre 1847, ne vous semble-t-il pas étrange qu'on vienne encore aujourd'hui, sans respect pour les morts, charger Carmichaël d'une initiative contre laquelle il pouvait bien croire avoir suffisamment garanti sa mémoire ?

Agréez, etc. D. DEBENEY.

RÉPONSE. — J'avoue humblement que je n'ai pas l'ouvrage de Carmichaël, et que je ne l'ai pu consulter ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que je ne suis pas le premier qui lui ait attribué la pratique que M. Debeney affirme ne pas se trouver dans son livre. Je pourrais répondre que l'auteur a survécu longtemps à sa publication, et qu'il se pourrait qu'il fût plus tard devenu moins timide ; mais j'admets qu'on se soit trompé, et que j'aie été induit en erreur ; resterait encore Ch. Bell, qui employait le nitrate d'argent *solide* pour *modifier la sensibilité et l'irritabilité* de l'urèthre ; resterait Dibon, qui, au dire d'Astruc, préconisait, contre les *écoulements virulents*, des injections contenant 1 *gros de deuto-chlorure de mercure pour 4 onces d'eau*. Or, chacun connaissant la grande analogie qui existe entre les effets locaux du nitrate d'argent et ceux du sublimé, il s'ensuit que, tant que M. Debeney ne prouvera pas que ce que j'ai dit de ces deux auteurs est erroné, sa réclamation à propos de Carmichaël sera sans portée.

Agréez, etc. AUG. MERCIER.

Nous avons reçu de M. H. Carnot une lettre relative à une erreur de chiffre commise par M. Bertillon dans un article qui n'appartient pas à la *Gazette hebdomadaire*, mais à l'*Union médicale*, où cette erreur a d'ailleurs été reconnue et rectifiée. Si M. Carnot juge à propos de répondre à quelque article dont nous soyons réellement responsable, nous nous ferons un devoir d'accueillir sa réclamation (1).

(1) Nous profitons de l'occasion pour reconnaître que le mémoire de M. Bertillon, dont nous avons donné l'analyse dans le numéro 51, était également tiré de l'*Union médicale* et non de la *Revue médico-chirurgicale*, comme il a été dit par erreur.

---

qu'elle serait du plus puissant effet pour soutenir la dignité de la profession, ouvrir un utile champ de concurrence qui pût nous sortir des rivalités de salon ou de carrefour, et surtout éloigner de notre carrière les médecins trop nombreux qui croient que l'étude finit le jour où l'on a son diplôme.

Pour nous résumer, nous concluons :

1° Que la vérification officielle des décès est un besoin social devant lequel il faut s'incliner.

2° Que si cette vérification des décès est confiée à des hommes suffisamment distingués et honorés, la dignité de la fonction appellera celle de l'exécution.

3° Que, ce poste désiré étant donné au mérite, il fournira *partout* aux médecins un noble sujet d'émulation et de travail, aussi profitable pour la société que pour eux-mêmes.

Que demande maintenant la statistique ?

Elle veut recueillir le nom des maladies causes de mort. Elle sait qu'assez de motifs d'erreur se glisseront dans ces relevés ; elle doit donc mettre tous ses soins à écarter le plus grand nombre possible d'inexactitudes. Or, pour arriver à ce résultat, à qui confiera-t-elle la mission de remplir son bulletin de décès ?

Sera-ce au vérificateur officiel déjà existant ou créé à cet effet ? Mais ce médecin, que l'inspection cadavérique instruit à peine si l'individu a succombé à un meurtre ou à une maladie, pourra-t-il établir ainsi l'*espèce* nosologique cause de mort ? N'est-il pas naturel que la première base de son diagnostic soit celui porté par le médecin traitant ? Voudrait-on, comme cela se fait à Paris, lui faire établir le nom de la maladie sur la seule vue du cadavre et sur les dires de la famille ? Non, ce mode, à peine convenable au point de vue administratif, est tout à fait insuffisant au point de vue statistique.

Sera-ce donc par le médecin de la famille que l'on fera remplir le bulletin de décès ? Oui, sans doute, j'en demeure d'accord, ce médecin est plus apte que le vérificateur à former un diagnostic exact, et, partout où il existe seul, il faudra se contenter de son témoignage ; mais partout où une vérification officielle est ou sera créée pour les besoins de l'administration, aurons-nous donc deux

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 31 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Anatomie comparée. — *Note sur l'absence, dans le* Nemoptera lusitanica, *d'un système nerveux appréciable*, par M. *Léon Dufour*. Le némoptère voit, respire, marche, vole, mange, digère, sécrète, engendre comme tous les insectes ; mais le scalpel le plus scrupuleux, les yeux les plus exercés aux recherches microtomiques n'ont pu constater chez lui ni cerveau, ni ganglions, ni nerfs.

Physiologie comparée. — *Note sur la solubilité des gaz dans les dissolutions salines, pour servir à la théorie de la respiration*, par M. *Fernet*. L'auteur expose dans ce travail la méthode qu'il a suivie pour apprécier la propriété absorbante du sang relativement à certains gaz (l'acide carbonique, l'oxygène, l'azote, etc.), et l'influence qu'exercent sur le pouvoir dissolvant du sang les globules et les principes solubles contenus dans ce liquide. M. Fernet fera connaître ultérieurement le résultat de ses recherches. (*Comm. :* MM. Dumas, Milne Edwards, Balard.)

Tératologie. — *Sur les monstres doubles des mollusques* (de la Bullea aperta), par M. *Lacaze-Duthiers*. En étudiant l'embryogénie des mollusques, l'auteur a eu l'occasion de constater que les monstres doubles de la *Bullea aperta* ne sont pas le résultat du dédoublement d'un œuf simple ou de l'évolution d'un œuf double ; que l'union des deux embryons se fait par les parties homologues, ce qui est conforme aux lois formulées par M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Physiologie. — *Des fonctions du foie chez les arachnides*, par M. *Blanchard*. L'auteur s'est assuré par de nombreuses expériences que le foie chez les scorpions produit de la matière sucrée pendant la digestion, et que cette production cesse lorsque les animaux sont à jeun. En colorant de diverses manières les aliments administrés à ces insectes, M. Blanchard a vu le tissu hépatique prendre la teinte de la substance colorante ingérée par l'animal, d'où il a conclu que le foie servait à l'épuration du sang, comme un organe d'élimination.

Toxicologie. — MM. *Chevallier* fils et *Poirier*, présentent des observations sur les *effets nuisibles produits par l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone*. Ils décrivent les symptômes qu'ils ont observés sur eux-mêmes et qui ont été éprouvés aussi par un ouvrier employé dans la même fabrique et que l'habitude paraissait dans la suite avoir rendu insensible à ces accidents.

Académie de Médecine.

Séance du 8 janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Le rapport final de M. le docteur *Caussard* sur une épidémie dysentérique qui a régné dans onze communes de l'arrondissement de Châtillon. — *b*. Six rapports de M. le docteur *Dehée* sur diverses épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Arras en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans le département de la Seine en 1854. (*Commission de vaccine*)

2° Communication de : — *a*. M. le docteur *Bérigny*, de Versailles (Observation d'un cas de rupture de l'utérus au sixième mois de la grossesse). (*Comm.:* M. Guérard.)

Lectures.

Eaux minérales. — M. *Boullay*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport tendant à faire adopter l'exploitation de deux fabriques d'eaux gazeuses artificielles. (*Adopté.*)

Discussion sur le séton.

M. *Malgaigne:* Depuis le dernier discours de M. Bouvier, qui semblait devoir clore la discussion, l'Académie a entendu successivement de nombreux et de brillants orateurs : MM. Bouillaud, Piorry, Leblanc, Bouley, Parchappe et Bousquet sont venus tour à tour jeter de nouvelles lumières sur la question si ténébreuse de la révulsion. Les uns ont pris le parti des exutoires et se sont rangés sous les drapeaux de M. Bouvier, les autres se sont prononcés contre les révulsifs et m'ont prêté l'appui de leur autorité. La presse médicale s'est aussi divisée en deux camps; mais, il faut l'avouer, M. Bouvier a trouvé de ce côté-là bien plus de partisans que M. Malgaigne.

Je viens une dernière fois faire la guerre aux exutoires à demeure et au séton en particulier. Je viens soutenir encore, comme au début, qu'il n'existe ni doctrine ni principes de la révulsion, ni chez les anciens, ni chez les modernes.

Quelle est la valeur des faits cités en faveur du séton ? Ouvrez le *Bulletin*, et vous trouverez que M. Bouvier, dans une note ajoutée à ses observations, signale deux rechutes et une blépharite incurable ! Lui qui demande à être cru sur parole, pourquoi se montre-t-il si sévère envers les chirurgiens ?

MM. Bouley et Leblanc vous ont rapporté des merveilles opérées par le séton. Je répondrai avec M. Bousquet que la médecine humaine est loin d'en retirer les mêmes avantages.

M. Bouillaud et M. Piorry ont appliqué tout juste assez de sétons et de cautères pour se convaincre que les exutoires permanents ne produisaient pas plus d'effet que *sur une jambe de bois*. M. Parchappe parle des effets curatifs que nous obtenons *tous*, chaque jour, au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques. Je proteste ; nous n'obtenons rien de semblable. M. Bous-

---

bulletins, deux diagnostics, celui du médecin traitant, celui du vérificateur, l'un pour la statistique, l'autre pour l'administration ? Tel est à peu près le mode employé dans le canton de Genève, si ce n'est que M. Marc d'Espine, faisant servir les deux bulletins pour la statistique, et ne voulant enregistrer que les causes bien certaines de décès, annule les déclarations contradictoires.

Mais, en France, on a pensé que ce double bulletin était, pour un grand pays, lors du dépouillement, une grave complication. M. Marc d'Espine objecte que, par sa méthode, le contrôle est plus certain, puisque le vérificateur, ne voyant pas le bulletin de son confrère, est obligé d'établir lui-même son diagnostic. Mais n'est-ce pas trop exiger, dans beaucoup de cas, que de vouloir le faire établir sur les seules données dont peut disposer le vérificateur. Par l'inspection cadavérique, et par les quelques questions que peut faire le vérificateur à une famille souvent peu disposée à répondre, on peut toujours constater si le diagnostic porté par le médecin traitant est vraisemblable ; mais on serait souvent impuissant à en établir un *à priori*. C'est pourquoi nous persistons à croire que l'on doit se contenter du contrôle adopté par le congrès, qui a encore le grand avantage de faciliter le dépouillement. A Genève, M. Marc d'Espine le fait lui-même. Avec un tel contrôleur, tous les modes mènent à un bon résultat. Si le médecin traitant a écrit une *tumeur ovarique*, et que le vérificateur ait déclaré une *ascite*, M. d'Espine ne regardera pas ces deux déclarations comme contradictoires ; elles seront telles, au contraire pour les employés. Or, cette variété dans le diagnostic n'aura pas lieu dans notre méthode, ou, quand elle existera, elle aura vraiment le caractère d'une opposition du contrôleur, qui, ayant connaissance du diagnostic établi, croit avoir des raisons pour le modifier.

D'une autre part, confier au seul médecin de la famille la rédaction du bulletin, sans se servir du contrôle du médecin vérificateur, c'est négliger le soin constant qui doit présider à toutes collections statistiques, et qui consiste à employer tous les moyens possibles pour diminuer les chances d'erreurs. Qui ne sait, d'ailleurs, combien la négligence occupe une large part dans l'accomplissement d'un devoir qui n'a aucune sanction ?

quet nie l'efficacité des exutoires à demeure dans les maladies internes chroniques, et il admet qu'ils sont précieux dans quelques maladies des os, et notamment dans le mal de Pott. C'est une erreur. Les cautères ne font pas plus merveille en chirurgie qu'en médecine. Enfin, M. Bousquet n'a-t-il pas jeté sur les exutoires la plus cruelle réprobation quand il a dit que c'est la ressource de l'ignorance qui ne sait que faire et de la science à bout de moyens! Veut-on une dernière preuve du doute où l'on est sur l'efficacité de ces moyens? Je la trouve dans cette question de prix récemment proposée par l'Académie : « Du degré d'utilité des exutoires. »

Voyons maintenant s'il est vrai qu'il existe chez les anciens des principes et une doctrine sur la révulsion? M. Bouvier dit oui. Et comment définit-il une doctrine? « Un ensemble de faits systématisés. » Or, M. Bouvier a-t-il montré dans les livres anciens une doctrine formulée, un ensemble de faits rapprochés par un point commun, par un fait général? Il a cité Hippocrate, Galien, Caton, Pline, Celse; il a pris çà et là des aphorismes, il a amassé des textes épars; il a rapproché tout cela à son gré; il a systématisé à sa manière; il est parvenu à édifier ainsi une petite doctrine, bonne sans doute, mais qui est la sienne et non point celle des anciens. M. Bouvier veut à tout prix trouver une doctrine de la révulsion dans Galien. C'est ce galimatias de théories humorales que j'ai lues devant vous, Messieurs, et dont vous avez ri de si bon cœur. M. Bouvier vous a même dit que, la doctrine créée, les anciens avaient exposé les règles, les principes qui fixent son application dans la pratique. Je défie que l'on cite des faits qui appuient les théories de Galien, des préceptes qui en règlent l'application et des principes qui soutiennent le contrôle de l'expérience. C'est que M. Bouvier a tout confondu, faits, principes, doctrines, révulsion, dérivation, dépuration!

M. Bouillaud l'a bien senti et il a exprimé sa pensée avec une remarquable concision en disant : « La pratique partout, les principes nulle part. » Il parlait des anciens aussi bien que des modernes. M. Piorry fait fi de la prétendue doctrine des anciens sur la révulsion.

M. Parchappe trouve tout dans Hippocrate : il recueille un certain nombre d'aphorismes; il les rapproche, il les interprète à sa manière, et il en fait sortir aussi une petite doctrine de la révulsion. Mais voyez comme Hippocrate est commode! M. Bouvier y trouve une doctrine sur la révulsion, M. Parchappe en trouve une autre qui ne ressemble pas à la première, et tous deux sont également contents d'Hippocrate, et le proclament leur père en médecine! Je nie que le mot *révulsion* se trouve une seule fois dans Hippocrate! Quant au célèbre aphorisme *Duobus doloribus* dont M. Parchappe fait la clé de voûte de l'édifice hippocratique et le sommet du vitalisme dynamique, c'est un simple fait pathologique, un fait d'observation qui n'a aucun rapport avec la révulsion, si bien que Galien, dans ses *Commentaires*, n'a formulé non plus aucune idée de ce genre et a laissé cet aphorisme en dehors de ses théories sur la dérivation.

M. Parchappe a fait une exposition très claire de ces théories. Mais comment s'y est-il pris pour nous présenter, comme il le dit lui-même, un résumé *fidèle* de la doctrine de Galien? Il a « élagué les données complétement fausses et modifié le dogme humoral! » Est-ce vraiment donner une idée exacte de la doctrine d'un auteur que d'élaguer ce qui gêne et de modifier le reste?

D'ailleurs voici M. Bousquet, vitaliste comme M. Parchappe, qui vient déclarer faux cet aphorisme *Duobus doloribus* dont M. Parchappe a fait la pierre angulaire du vitalisme dynamique. Je suis vitaliste, et, bien que M. Parchappe proclame que la révulsion appartient essentiellement au vitalisme, je répète que je ne la comprends pas. Je suis vitaliste à la manière de Hunter; je crois aux forces vitales, mais je me garde bien de les étudier théoriquement, je les étudie avec l'expérience! Que M. Parchappe m'apporte des preuves expérimentales en faveur de la révulsion, et j'y croirai.

Quoi qu'en ait dit M. Bouvier, quoi qu'en ait dit M. Parchappe, non, les anciens n'avaient ni doctrine ni principes sur la révulsion!

Les modernes n'en ont pas plus que les anciens? Je n'en trouve ni à Paris ni à Montpellier. M. Bouvier a nommé d'un air victorieux Hunter, Pinel, Broussais, Guersant, MM. Roche, Cazenave et Marrotte. Il vous a invités à les lire. Je le défie de nous citer une page de ces auteurs qui renferme une doctrine sur la révulsion. Pourquoi n'a-t-il pas parlé aussi de M. Martin-Solon, qui a soutenu en 1839, sur cette matière, une thèse remarquable où il n'y a pas non plus l'ombre d'une doctrine?

M. Bouillaud vous a renvoyés à trois ou quatre dictionnaires, et entre autres à un de ces ouvrages où il n'y a rien sur la révulsion. Mais lui-même, qui est une des lumières de l'école de Paris, a-t-il une doctrine sur la révulsion? Non! A-t-il des principes? Non! Il saigne, il applique des vésicatoires, mais il déclare qu'il ne sait pas ce que c'est qu'une doctrine de la révulsion!

M. Piorry va plus loin : révulsion et dérivation sont pour lui des mots vides de sens qui consacrent des erreurs scientifiques; il veut qu'on les efface du dictionnaire et qu'on les proscrive du langage médical!

Mais si M. Bouvier ne triomphait pas dans l'enceinte académique, il triomphait hors de ces murs. La presse médicale s'est émue pour les vieilles idoles que je voulais briser d'une main sacrilége. M. Dechambre s'est fait le champion de la révulsion et de la dérivation; M. Sales-Girons, en maintenant aussi ces deux théories, y a ajouté celle de la dépuration. J'engage ces trois théologiens des exutoires, M. Bouvier qui ne veut que de la révulsion pure, M. Dechambre qui admet la révulsion et la dérivation, et M. Sales-Girons qui distingue la révulsion, la dérivation et la dépuration, à se réunir en concile et à mieux accorder leurs croyances.

Et Montpellier, où sont ses principes et sa doctrine? Vous avez entendu les cinq règles posées par Barthez. Pas une voix ne s'élève pour les défendre, et M. Bousquet, qui arrive du Midi, se déclare peu satisfait des principes de Barthez. Il approuve le jugement que

---

Puisqu'un besoin supérieur a créé le médecin vérificateur, puisqu'il faut que celui-ci établisse son diagnostic, que par ses questions il recherche celui du médecin traitant, et qu'il le vérifie, ne vaut-il pas mieux, dans l'intérêt de tous, qu'il soit instruit par la remise du bulletin? *Le contrôle social et la collection statistique se prêtent ainsi un mutuel appui.* Le médecin de la famille, écrivant, pour ainsi dire, sous l'œil d'un confrère, est rendu plus attentif à son diagnostic; il bannira les expressions insignifiantes de fièvre, de vieillesse, qui, sans cet utile contrôle, pourraient se glisser trop souvent sous sa plume inattentive. — De ces considérations nous concluons donc que nos intérêts n'ont nul ombrage à prendre des besoins de la statistique humaine. Tous les médecins, qui en sont les collecteurs naturels, y trouveront un champ d'occupations nouvelles. Que chacun d'eux prenne note des maladies traitées, avec leurs terminaisons; qu'il y joigne l'âge, le sexe, la profession, la condition des malades; que le *chef de la statistique humaine* du canton réunisse ces documents et les envoie à l'administration centrale, qui les dépouillera et les publiera, et les vœux de la statistique seront accomplis. Que la société, qui profitera de ces travaux des médecins, les protége plus efficacement, se protégeant également, du même coup, contre les médicastres de tout ordre qui, sans autre brevet que leur effronterie ou leur sottise, exploitent la santé publique, et le corps médical, qui, en multipliant ses services, acquerra plus de droit encore à ce qu'on donne à tous cette satisfaction, sera suffisamment dédommagé. On nous demande ensuite ce que deviendront les rares bulletins dont les diagnostics seront contradictoires? Le mode le plus simple est celui de M. Marc d'Espine, qui les considère comme non avenus. Peut-être trouvera-t-on un jour intéressant de les dépouiller à part; mais il est clair que, dans tous les cas, ils doivent être distraits des résultats généraux, qui gagneront ainsi en valeur.

Quelques personnes désirent savoir pourquoi, dans le *bulletin*, la légende des professions indique les trois catégories de *patron*, d'*ouvrier*, d'*employé*.

C'est parce que les travaux de statistique antérieurs ayant déjà prouvé que le degré d'aisance a une importance considérable sur la

j'en ai porté; mais il ajoute que j'aurais mieux fait de prouver que d'affirmer simplement. Mon honorable collègue me reproche avec amertume l'irrévérence de mon langage à l'égard de l'illustre médecin de Montpellier. Est-ce bien à M. Bousquet qu'il appartient de me donner des leçons de bienséance? Il a donc oublié les paroles malsonnantes qu'il adressait à M. Piorry dans la discussion sur la variole? Respect aux morts, mais surtout respect aux vivants! Mais si nous nous inclinons devant l'homme de génie, devant la vérité sortie de sa bouche ou de sa plume, n'épargnons pas l'erreur; partout où nous la trouvons, attaquons, déchirons, brûlons sans merci. Plus elle vient de haut, plus il faut la poursuivre et la frapper. Quand j'attaque un système, je vise à la tête, je cherche et je provoque le porte-drapeau.

M. Bousquet me reproche encore l'infidélité des citations et l'altération des textes. J'aurais craint d'ennuyer l'Académie en lisant les deux longues pages où Barthez formule les cinq articles de son code; ce que j'ai cité était suffisant pour permettre de juger, et je puis affirmer que je n'ai ni retranché ni ajouté une virgule aux paroles que j'ai lues ici. Pourquoi M. Bousquet, à son tour, n'a-t-il rapporté devant vous que deux de ces principes? Pourquoi ne les a-t-il pas cités littéralement, et s'est-il exposé ainsi à les altérer lui-même? M. Bousquet est tellement idolâtre de Barthez, qu'il prétend que la raison accepte les règles posées par ce médecin avant toute expérience. Est-ce là la manière de philosopher à Montpellier? Mais notre honorable collègue, après avoir encensé Barthez, nous abandonne ses principes, sa doctrine, et en développe une autre qui lui appartient.

Quelque ingénieuse que soit la théorie de M. Bousquet, je ne saurais l'accepter ni la discuter, car c'est celle d'un homme et non point celle d'une école. Or c'est aux doctrines des écoles que je m'attaque aujourd'hui, parce que ce sont elles qui sont chargées de représenter, de reproduire la science. Et comment finit M. Bousquet? En condamnant la révulsion et en proscrivant une partie des révulsifs!

M. Parchappe ne se soucie ni de Paris ni de Montpellier. Il a imaginé une petite doctrine fondée sur la conception vitaliste de la révulsion, il l'expose avec complaisance, en ajoutant que les antivitalistes conséquents doivent nier et nient la révulsion. Ce sont encore des opinions toutes personnelles, et que je ne veux point discuter.

Ainsi, chez les modernes comme chez les anciens, pas de doctrine, pas de principes: tout est contradiction, tout est chaos, tout est anarchie, tout reste à faire.

Mais M. Bouvier fait bon marché de tout cela. Après m'avoir indiqué les véritables sources de la doctrine, il ajoute: « Mes principes, ceux du moins dont je me suis fait le défenseur, sont les lois éternelles de la révulsion que nous tenons des anciens. L'interprétation de ces faits, je vous l'abandonne. » Ainsi je nie les faits, M. Bouvier me rappelle aux principes; je nie les principes, M. Bouvier me les abandonne et s'en tient aux faits. Ces faits des anciens, ces faits mal établis, mal compris, qu'il fausse encore dans leur interprétation, M. Bouvier appelle cela des lois éternelles! Mais où sommes-nous, grands dieux? Est-ce ici une assemblée de savants? Et la médecine est-elle bien une science?

Sans doute le Créateur a établi des lois éternelles; mais pour les affirmer il faut les connaître. Si M. Bouvier les connaît, qu'il les dise! si elles sont formulées en quelque endroit, qu'il nous les fasse lire.

Quand je nie à M. Bouvier qu'il existe en médecine des théories qui rendent compte de l'action des révulsifs, il m'objecte qu'on ne peut pas remonter aux causes premières. Mais est-il donc nécessaire de remonter à ces causes pour avoir des principes et des lois? Newton découvre les lois éternelles de la pesanteur; il les formule, il institue une doctrine, il remonte à une force. Il s'arrête là; pourquoi M. Bouvier voudrait-il monter plus haut que Newton?

M. Bouley indigné sans doute de m'entendre dire qu'on faisait de la révulsion sans règles, sans doctrine, se met à l'œuvre et en huit jours tire du néant les trois grands principes que vous l'avez entendu formuler à cette tribune! Vous connaissez maintenant la doctrine de M. Bouvier, la théorie de M. Parchappe, les principes de M. Bousquet et les lois de M. Bouley. Tous expliquent la révulsion à leur manière, et chacun croit avoir raison. En vérité, n'ai-je pas le droit de me réjouir d'être chirurgien? Médecins qui érigez la révulsion en doctrine, vous ne vous doutez même pas de ce que c'est qu'une doctrine, qu'un principe scientifique.

M. Bouvier et M. Bouillaud s'alarment pour la thérapeutique si les révulsifs sont proscrits, abandonnés. Qu'ils se rassurent! Voilà plus de mille ans que la médecine cherche à se dépouiller des pratiques barbares de l'antiquité. La réforme n'est pas complète, et il reste encore beaucoup à supprimer. Tout ce qui est inutile, douloureux, nuisible surtout doit disparaître. Tout ce qui est efficace, tout ce qui soulage, tout ce qui guérit doit être conservé!

On me reproche mon irrévérence envers le génie, mon dénigrement pour les anciens. On a donc oublié tout ce que j'ai fait pour sauver l'antiquité de l'indifférence où elle était tombée? Et qui plus que moi a fouillé les trésors des anciens? qui a fait plus d'efforts pour réhabiliter le génie d'Hippocrate, pour restituer à ce grand homme son véritable caractère? qui s'est appliqué davantage à marquer à Galien la place élevée qui lui convenait dans la science?

Jeunes gens qui m'écoutez, lisez Hippocrate, méditez ses sublimes enseignements, et venez me dire ensuite si vous y trouvez ces ingénieuses doctrines que vous avez entendu développer en son nom à cette tribune. Acceptez les faits; défiez-vous des théories que l'expérience n'a pas contrôlées, et quelque noble, quelque illustre et recommandable que soit leur origine, combattez-les à outrance. Si brillant que soit l'édifice de l'erreur, armez-vous de la torche et du marteau, venez avec moi détruire et brûler, afin que sur les ruines du passé s'élève enfin le monument éternel de la véritable science. (*Applaudissements.*)

---

durée de la vie, il devient nécessaire, quand on veut étudier l'*influence professionnelle* dans deux états, dont l'un renferme presque autant de patrons que d'ouvriers (tel que celui de boucher), et dont l'autre se compose presque exclusivement d'ouvriers (mécanicien, par exemple), de pouvoir séparer de part et d'autre les ouvriers et les maîtres, afin de séparer, autant que possible, les influences étrangères de l'hygiène de la profession

Ce sont des motifs du même ordre qui ont fait demander la *profession actuelle* et *ancienne*, ainsi que la profession du chef de maison, comme indication approximative du degré d'aisance de la famille, et, par suite, du décédé, élément qui, sans cette précaution, eût échappé pour les décès de femme ou d'enfant sans profession. On comprendra généralement sans difficulté l'importance de la division des causes de décès en MALADIES PRIMITIVES et SECONDAIRES. Ainsi, le médecin écrira :

MALADIE PRIMITIVE : *rougeole.*

MALADIE SECONDAIRE : *pneumonie.*

Sans cette précaution, les uns eussent mis, comme cause de décès, *rougeole;* les autres, *pneumonie.* De sorte qu'on rangerait dans des catégories différentes des décès dus aux mêmes causes.

La colonne des observations particulières nous paraît aussi devoir être, plus tard, féconde en résultats. Si, par exemple, à la suite de controverses scientifiques, il devient utile de savoir si les variolés sont plus ou moins préservés de la fièvre typhoïde, on recommande aux médecins, *par une question précise* faite à la colonne des observations, d'*indiquer si le décédé porte des traces de variole*, et la question agitée ne tardera pas à être résolue; de sorte que, en général, toutes les fois qu'une enquête deviendra utile, elle trouvera sa place dans cette colonne de notre bulletin.

Enfin, nous avons à dire pourquoi l'on recommande de ne pas mettre de nom propre sur ce bulletin; pourquoi il doit être scellé; pourquoi la signature du vérificateur doit être au dos, de sorte que l'employé de la mairie n'ait pas à l'ouvrir, cette signature étant pour lui la preuve que les formalités voulues sont remplies.

Ces précautions sont uniquement destinées à tranquilliser les familles, qui, assurent quelques confrères, prendront ombrage de

M. *Bouvier:* Honneur à M. Malgaigne qui vient de faire une si belle apologie des anciens! Je ne répondrai pas en détail au discours qu'il vient de prononcer. Il nie encore ce que j'ai affirmé : nos convictions demeurent inébranlables. Vous avez entendu le pour et le contre ; les pièces de procès sont entre les mains de tous, nos auditeurs seront nos juges.

Je vais résumer en peu de mots le débat engagé entre M. Malgaigne et moi, et ma tâche sera accomplie, je l'espère.

Une petite lecture sur de petits sétons appliqués à de petits malades a fait éclater l'orage. M. Malgaigne s'est élevé avec vigueur d'abord contre le séton, puis contre tous les exutoires ; il voulait rayer de la thérapeutique toute médication fondée sur la suppuration du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. M. Malgaigne est-il parvenu à ébranler les convictions à cet égard?

De quelles armes s'est-il servi? quelles ont été ses preuves? des railleries, des hypothèses et des dénégations.

Les railleries de M. Malgaigne ont eu du succès, mais elles n'ont pas, que je sache, entraîné la persuasion. Nous rions aux scènes bouffonnes du *Malade imaginaire;* mais cela nous empêche-t-il le lendemain de *saignare, purgare* et même *clysterium donare?*

Quant aux trois arguments allégués par notre honorable contradicteur, ce ne sont que de pures hypothèses et des raisonnements *à priori*.

« Il n'y a de révulsion utile, dit M. Malgaigne, que celle qui agit contre la douleur. » Ainsi les pédiluves, les sinapismes, la ventouse Junod, qui dissiperont la céphalée dans la congestion encéphalique, n'auront aucune efficacité contre l'afflux sanguin, et seront incapables d'empêcher le sang de se porter avec trop de violence vers les centres nerveux? N'est-ce pas là une théorie boiteuse, tronquée, qui mutile les faits les plus vulgaires?

M. Malgaigne prétend aussi que les exutoires à demeure ne sont d'aucune utilité parce que l'économie s'y accoutume à la longue. Que M. Malgaigne nous fournisse donc les preuves de cette assertion! et si elle est fondée, que M. Malgaigne nous dise combien de temps il faut à l'économie pour s'accoutumer à une suppuration artificielle. D'ailleurs pendant ce délai, quelque bref qu'il soit, le remède n'est-il pas susceptible de produire un résultat avantageux?

Enfin, M. Malgaigne avance qu'un remède pour être jugé efficace doit avoir produit son effet dans l'espace d'un mois ; passé ce terme, le remède est sans vigueur ; il n'est plus permis de lui attribuer le bénéfice d'une guérison : c'est la nature, c'est l'expectation qui guérissent. Ainsi, Messieurs, quand vous avez administré pendant plusieurs mois des préparations sulfureuses contre les dartres, de l'iode contre la scrofule, du mercure ou de l'iodure de potassium contre la vérole, vous avez la prétention d'avoir avec vos remèdes modifié l'économie, amené la guérison. Illusion! erreur! votre traitement a duré plus d'un mois, il n'a point guéri!!! c'est M. Malgaigne qui vous le dit.

Nous avons apporté à M. Malgaigne des faits en faveur des exutoires permanents. Comment les a-t-il reçus? Il les a formellement niés. Il a même repoussé le témoignage de ceux qui avaient éprouvé sur eux-mêmes les bons effets du séton. Il a ri de moi qui ai déclaré que j'avais été guéri d'un commencement d'amaurose par l'application d'un séton à la nuque!

Tous les faits de guérison sur l'homme, pour M. Malgaigne, sont de simples coïncidences.

Quant aux observations de MM. Leblanc et Bouley, M. Malgaigne les récuse, parce qu'il lui répugne de conclure du cheval à l'homme. Moi je les accepte, parce que l'homme est un animal.

Vraiment c'est une singulière façon de philosopher que celle de M. Malgaigne! Mais il serait aisé de réduire, comme lui, tous les faits de la médecine à de simples coïncidences. Et alors c'en serait fait de notre art. L'édifice médical tomberait ainsi pierre à pierre.

Gardons-nous de ce pyrrhonisme outré qui n'aboutirait qu'à éteindre en nous les dernières lueurs de la foi médicale, sans laquelle le médecin tombe dans le plus dégradant et le plus coupable charlatanisme.

Si cette longue discussion n'a pu gagner M. Malgaigne à la cause des exutoires, elle aura servi du moins à mieux déterminer, à fixer plus rationnellement l'emploi de ces moyens. Depuis longtemps, j'en conviens, on abuse de la suppuration artificielle : espérons que cet abus ne survivra pas aux vigoureuses attaques de M. Malgaigne.

La question de prix proposée par l'Académie couronnera sans doute l'œuvre commencée par cette discussion. Praticiens jeunes ou vieux qui parviendrez à fixer le degré d'utilité des exutoires dans les maladies chroniques, vous aurez bien mérité de la science et de l'humanité.

M. *Bouley :* M. Malgaigne n'a pas pris la peine de réfuter les faits que j'ai avancés. Il s'est un peu moqué de moi ; je ne répondrai cette fois à ses railleries qu'en annonçant à l'Académie que j'ai institué, dans les hôpitaux d'Alfort, une série d'expériences sur les exutoires. Déjà je puis faire connaître deux résultats favorables à l'opinion que j'ai soutenue.

Un cheval qui a porté pendant quinze jours cinq grands sétons a perdu quarante livres de son poids. Les sétons ont été supprimés, et l'animal, sans changer de régime, a repris son poids primitif.

Un cheval porte à une jambe un œdème volumineux : on applique un séton à la fesse correspondante, et l'œdème diminue à mesure que la suppuration devient plus abondante, puis se dissipe entièrement.

C'est sur un grand nombre de faits de cette nature et sur vingt ans de pratique, et non point sur des méditations de huit jours que reposent mes convictions.

M. *Larrey* propose la clôture de la discussion.

M. *Desportes* proteste et demande la parole.

Après avoir consulté l'Académie, M. le *président* déclare que la *discussion sur le séton* est close.

---

voir insérer le nom de la maladie à laquelle a succombé leur parent. Aux personnes croyant à cette susceptibilité, qui pourra *peut-être* se produire dans les premières années, mais qui, devant l'usage, aura bientôt disparu, on peut répondre que les médecins seront autori és, dans ces *cas exceptionnels*, à écrire *inconnu* au diagnostic, ce qui ne changera rien aux résultats généraux Néanmoins, nous croyons qu'il ne faut pas inscrire les noms du décédé, cette donnée pouvant inquiéter les familles sans la moindre utilité. Par des raisons de même ordre, nous croyons que le bulletin doit être scellé, pour n'être ouvert que dans les bureaux de dépouillement.

Tels sont quelques-uns des motifs qui ont présidé à la rédaction du bulletin de décès.

Il n'exige pas, comme on pourrait le croire, deux visites pour constater un décès. Le malade ayant succombé, la famille en fait la déclaration à la mairie, comme de coutume, et le fait savoir à son médecin, qui peut délivrer, sans déplacement (mais seulement dans le cas où il y a un vérificateur constatant scientifiquement le décès), un bulletin rempli et signé, et le docteur vérificateur, averti par la famille ou la municipalité, suivant les usages locaux, constate seul le décès et achève le bulletin.

Nous émettons donc la ferme conviction, basée, nous l'espérons, sur des considérations suffisantes, que le bulletin de décès signalé par le congrès ne présente aucune difficulté sérieuse, qu'il n'occasionnera qu'une dépense insignifiante (bulletin, dépouillement, *publication*) ; mais que bientôt, une fois l'apprentissage des médecins achevé, il donnera une riche moisson aux sciences médicales, hygiéniques, économiques ; et nous ne doutons pas que l'administration, dont nous connaissons le bon vouloir, qui a favorisé le congrès de son aide et de ses lumières, ne mette immédiatement en pratique le travail et le vœu le plus fécond qu'il ait émis.

BERTILLON, D.-M. P.,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

PRÉSENTATION. — M. le docteur *Bonnafont* présente à l'Académie un militaire auquel il a pratiqué avec succès l'opération de la rhinoplastie en empruntant un large lambeau à la joue droite.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS.

M. Adolphe Richard lit le rapport suivant :

Messieurs,

Il y a deux ou trois mois, il fut question très incidemment, au sein de la Société, des opérations propres à guérir la grenouillette. Deux d'entre nous signalèrent plusieurs succès dus à la méthode des injections, et M. le président, semblant obéir au vœu de quelques-uns de nos collègues, voulut bien me charger de rendre compte ici de l'état actuel de nos connaissances sur ce point très limité de pratique chirurgicale. La tâche que vous m'avez confiée, beaucoup trop simple pour que j'aie le moindre mérite à l'avoir accomplie, vous offrira néanmoins un résultat utile ; j'ai pu réunir des faits qui, faute d'être groupés, manqueraient de conclusion, et surtout j'en ai eu à ma disposition quelques autres connus de moi seul et de leurs auteurs.

J'essaierai de rendre cette exposition aussi courte que possible, de peur d'abuser du temps de la Société en l'occupant d'un sujet que quelques-uns pourraient trouver trop chirurgical. Heureusement il s'agit ici de constater et d'affermir une nouvelle conquête faite sur la chirurgie sanglante, et, dans un bon nombre de cas, les plus glorieux efforts de la thérapeutique et ses résultats les plus brillants se voient dans les empiétements, je veux dire les concessions, réciproques de la médecine et de la chirurgie. Si le médecin cède maintenant une portion de ses droits à l'opérateur pour le traitement du croup, des hydropisies ovariennes, des kystes hydatiques du foie, des épanchements dans les grandes cavités splanchniques, etc., la chirurgie abandonne souvent aussi les moyens violents et redoutables dont elle dispose, dont elle abuse quelquefois peut-être pour d'autres plus doux qui sont du ressort de la médecine véritable.

Je suivrai dans cette note l'ordre suivant.

En premier lieu, je résumerai devant vous ce qui est pour ainsi dire du domaine public en fait d'injections dans les grenouillettes, à savoir, ce qu'on peut lire à ce sujet dans les livres ou les recueils.

Puis je vous ferai rapidement connaître les faits non publiés.

Enfin, j'essaierai de conclure, de juger la valeur de ce mode de thérapeutique, de signaler enfin ce que l'histoire pathologique de cette singulière et litigieuse maladie a le droit de puiser dans les résultats nouveaux.

I. M. Bouchacourt, puis M. Boinet, ont emprunté à M. Velpeau un historique du traitement de la grenouillette par injection, qui me semble mal interprété.

M. Velpeau rapporte bien qu'un chirurgien de Saltzbourg, cité par Sprengel, guérit son malade à la suite d'injections d'eau-de-vie camphrée et d'essence de térébenthine ; que Leclère obtint un succès pareil avec le nitrate acide de mercure ; qu'il en fut de même de M. Haime, de Tours. Mais il ne s'agit nullement ici de la grande méthode de l'injection ; la poche ayant été largement ouverte, les agents précédents étaient employés un certain nombre de fois pour modifier sa face interne, régulariser son travail de suppuration, puis de réparation ; en un mot, l'usage de ces injections était un simple adjuvant de l'incision. Voyez, du reste, ce qu'ajoute plus loin M. Velpeau : « Je suis étonné, dit-il, qu'on soit resté jusqu'ici » sans appliquer aux tumeurs salivaires la ponction et les injections » irritantes de l'hydrocèle. Tout porte à croire qu'elles réussi» raient. »

En nous en rapportant, Messieurs, à ce qui est imprimé, le mérite d'avoir appliqué à un kyste sublingual la méthode ordinaire de l'hydrocèle appartient à M. Bouchacourt, de Lyon. Vous lirez son observation dans le *Bulletin de thérapeutique*, année 1843. La malade était une jeune fille de quatorze ans, portant sous la langue, à droite, une tumeur fluctuante grosse comme une amande. A l'aide d'un petit trocart à hydrocèle, M. Bouchacourt fit la ponction, retira une cuillerée d'un liquide jaunâtre très visqueux avec quelques gouttes de sang, car la tumeur avait été pressée fortement. Immédiatement 25 grammes du liquide iodé ordinaire, c'est-à-dire teinture d'iode au tiers, furent injectés. Dix jours après, la malade partit en voie de guérison ; je ne sache pas qu'elle ait été revue.

Vous voyez, Messieurs, que cette observation était peu complète. Heureusement, deux ans plus tard, M. Bouchacourt en rapporta trois autres suivies avec soin et jusqu'au bout, et qui certes mériteraient de fixer davantage l'attention des chirurgiens (*Bulletin de thérapeutique*, 1846). En effet, quand, le 2 août 1848, M. Maisonneuve vint citer à la Société de chirurgie un nouveau fait d'injection dans une grenouillette, on lit bien quelques objections théoriques, mais aucun des membres présents n'eut à citer d'observation semblable.

M. Maisonneuve s'était exprimé en ces termes : « Il y a six » semaines, j'ai fait dans une grenouillette une injection iodée ; la » tumeur s'est gonflée d'abord, puis a diminué peu à peu ; les » choses se sont passées, en un mot, comme à la suite de l'opéra» tion de l'hydrocèle. Cette circonstance me fait espérer que le ma» lade est guéri radicalement et qu'il n'aura pas de récidive. »

L'année suivante, en 1849, on put lire dans la *Chirurgie plastique* (de M. Jobert de Lamballe) deux observations constatant chacune un insuccès. Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant qui, traité inutilement par M. Guersant à l'aide du séton, fut opéré deux fois par M. Jobert par injection d'iode pure, et qui finit par conserver sa tumeur. Dans le second, l'injection détermina la gangrène d'une portion de la poche, sans doute par l'épanchement du liquide injecté, et dès lors nous sortons des conditions de la méthode.

Vous trouverez, Messieurs, les faits les plus nombreux et les plus concluants d'injections iodées pour les grenouillettes dans deux travaux dus à M. Borelli, de Turin, et publiés en 1852 et 1854 dans la *Gazette médicale des États sardes*. Sur six cas, M. Borelli compte cinq succès bien constatés. Sa manière d'opérer est toute spéciale. Il fait une petite incision à quelque distance de la poche, vide celle-ci en enfonçant obliquement un bistouri aigu, et par ce trajet indirect injecte une certaine quantité de teinture d'iode pure dont il abandonne la plus grande partie. Puis la petite plaie est bouchée avec du collodion. M. Borelli emploie, du reste, le même procédé pour toutes les autres injections iodées.

II. J'arrive maintenant, Messieurs, aux faits qui n'ont point été publiés.

Pendant que les recueils de médecine n'appelaient que de loin en loin l'attention sur le traitement de la grenouillette par injection, cette méthode était assez largement expérimentée dans un des hôpitaux de Paris, à Saint-Antoine, par les mains d'Auguste Bérard. Je tiens de M. Nélaton qu'A. Bérard traita ainsi un assez bon nombre de grenouillettes, mais qu'il échoua le plus souvent. Aussi, dans les commencements de la pratique, M. Nélaton employait tout excepté l'injection ; il avait fini par s'arrêter au séton, malgré ses inconvénients, dont le principal est l'odeur infecte qu'il provoque. Et cependant, l'insuccès était encore la règle, et, de guerre lasse, M. Nélaton revint à la pratique d'A. Bérard. Devant de nouveaux insuccès, il allait définitivement renoncer à cette méthode, quand, essayant de se rendre compte de son infidélité, il crut en trouver la cause dans l'extrême viscosité du liquide de la ranule qui, après l'évacuation, continue à tapisser la face interne du kyste, et s'oppose ainsi à l'action modificatrice du liquide irritant. Comment lever cette difficulté ? Par un lavage exact de la poche. La suite a montré toute la justesse de ces prévisions. Dix opérations faites par l'injection iodée, précédée d'un lavage très exact de la poche, donnèrent à M. Nélaton neuf guérisons radicales et une récidive. Ces observations se trouvent dans un mémoire inédit de M. Potrel, ancien interne de M. Nélaton.

Ce mémoire avait été mis de côté pour moi par mon excellent maître pour que j'en pusse offrir la substance à la Société de médecine. Malheureusement, il a été impossible de le retrouver. Je vous demande néanmoins, Messieurs, de vous arrêter à ce remarquable résultat, de le considérer même comme la base la plus certaine de la question que j'esquisse en ce moment sous vos yeux.

M. Denonvilliers, autre témoin des essais d'A. Bérard, pensa également à la ressource du lavage pour assurer le succès de l'injection, et ce perfectionnement est né des idées échangées entre les deux professeurs. Il m'est heureusement possible de vous citer les faits qui lui appartiennent ; ils sont au nombre de trois.

Obs. I. — Le premier opéré fut un petit jeune homme de quinze ans, amené de province par ses parents ; la tumeur avait un volume ordinaire. Après la ponction et l'évacuation bien complète, on lava à plusieurs reprises l'intérieur de la poche avec de l'eau tiède, et l'injection ne fut poussée qu'à la suite de ces précautions. Les choses se passèrent très simplement, comme dans l'hydrocèle. Au bout de quatre ou cinq mois, l'enfant quitta Paris, guéri déjà depuis longtemps.

Obs. II. — La deuxième observation est aussi complète que possible. Elle a, en effet, pour sujet une jeune fille âgée de seize ans, nommée Élisa Romain, fille de la concierge de la rue des Moulins, n° 21, maison qu'habite précisément M. le professeur Denonvilliers. L'opération date de quatre ans. L'enfant n'a pas été perdue de vue un seul instant depuis cette époque. Quand elle entra à l'hôpital Saint-Louis, elle portait depuis six mois une grenouillette de la grosseur d'un œuf de poule, soulevant le plancher buccal sur le milieu et un peu à droite. La ponction fut faite avec un trocart ordinaire à hydrocèle. Le liquide sortit avec peine, comme il arrive toujours en pareil cas, non-seulement à cause de sa viscosité, du peu d'ampleur de la poche, mais aussi parce que l'écoulement se produit également entre la canule et la plaie du trocart. L'issue complète du liquide fut aidée par un lavage répété. L'injection médicatrice consista dans le liquide iodé aux deux tiers, et la poche remplie fut malaxée avec soin. On ne laissa écouler du liquide iodé que ce qui ressortit sans pression par la canule. Le gonflement qui succéda à l'opération fut assez notable, bien que la douleur demeurât presque nulle. La résolution ne commença qu'au bout de trois semaines, et elle était à peu près achevée quand l'enfant quitta l'hôpital. Néanmoins, un certain degré d'empâtement persista assez longtemps ; et plusieurs fois, à la gêne éprouvée, à un peu de tuméfaction, à quelques symptômes fébriles légers, on put craindre une récidive. Quoi qu'il en soit, la guérison fut maintenue, et elle est aujourd'hui parfaite. — J'ai vu tout dernièrement cette jeune fille ; le plancher sous-lingual est décoloré, comme lavé ; à part cela, aucune trace de tumeur.

Obs. III. — Dans cette troisième observation de M. Denonvilliers, il s'agit d'un petit collégien de douze ans, nommé P..., demeurant chez son père, passage Saulnier, qui fut opéré cinq mois après la petite fille dont il vient d'être parlé. C'était un enfant lymphatique, portant quelques engorgements ganglionnaires sous la mâchoire, et chez lequel la grenouillette, surtout saillante à gauche, avait paru très lentement. L'opération fut pratiquée au pavillon Gabrielle de l'hôpital Saint-Louis. Les choses se passèrent comme dans les cas précédents, et l'on put croire à une guérison.

Au bout de dix mois, le père ramena l'enfant avec sa tumeur récidivée. Cette fois, M. Denonvilliers, qui préfère dans l'hydrocèle le vin à l'iode, répéta l'opération pratiquée, mais en substituant le vin à la teinture iodée. La guérison fut parfaite, et les promesses du père furent telles que si l'enfant n'a pas été ramené, c'est que le succès ne s'est point démenti.

Avant de vous faire connaître, Messieurs, les observations qui me sont propres, je dois placer ici deux faits qui m'ont été communiqués par notre collègue M. Boinet, et qui, non encore publiés, se trouvent mentionnés dans son excellent *Traité d'iodothérapie*.

Obs. IV. — *Grenouillette de la grosseur d'un œuf de perdrix. — Le 7 février 1853, injection de 4 ou 5 grammes, peut-être 6 grammes de teinture pure d'iode, avec addition d'iodure de potassium. — Reçu une lettre le 1er mars ; guérison.* — Un jeune homme de dix-neuf ans, de la province, se présenta à ma consultation pour avoir mon avis sur une tumeur qu'il a dans la bouche depuis longtemps, tumeur de la grosseur d'un œuf de perdrix, placée sur le côté gauche de la langue. Je diagnostique une grenouillette, à son siége, sa coloration, son élasticité, sa fluctuation.— Le malade ne peut rester à Paris. Je propose de l'opérer sur-le-champ, lui affirmant qu'il n'y a aucun danger. Ma proposition est acceptée. Avec un gros trocart explorateur, je ponctionne la tumeur ; un liquide épais, visqueux, s'écoule aussitôt ; ce liquide, mis dans une cuiller d'argent sur le feu, se coagule. Un stylet creux, celui dont je me sers pour la fistule, est introduit par la canule qu'il remplace. Environ 5 ou 6 grammes de teinture d'iode sont injectés et laissés en grande partie. Opération médiocrement douloureuse. Le malade promet de me donner de ses nouvelles.

Obs. V. — Une jeune femme de chambre, de dix à vingt ans, souffre en mâchant ses aliments, est gênée en parlant. A l'inspection de sa bouche je reconnais, sous la langue du côté droit, une tumeur de la grosseur du pouce, qui n'est autre chose qu'une grenouillette. Ponctions avec un gros trocart explorateur. Le 11 juin 1848, injections de quatre ou cinq grammes de teinture d'iode pure ; opération peu douloureuse.

Revue le 20 juin, elle a éprouvé après l'opération, du gonflement du côté droit de la langue, une douleur supportable, ne pouvait manger que du potage, point de fièvre, n'a pas cessé ses occupations. Au bout de quatre ou cinq jours, diminution du gonflement, amélioration sensible, espoir de guérison. Le 20, noyau dur à la place de la tumeur, qui est comme un haricot, peu de douleur, toutes les fonctions buccales se font bien. Il est convenu que si la malade éprouve quelque chose de nouveau elle reviendra ; elle n'est pas revenue.

Vous voyez, Messieurs, que les opérés de notre collègue M. Boinet n'ont pas été suivis très longtemps. La même lacune se retrouve chez l'un de mes quatre opérés, dont voici brièvement l'histoire.

Obs. VI. — Il y a trois ans, un jeune homme d'une vingtaine d'années, commis, entra au n° 15 de la salle Saint-Augustin (hôpital Saint-Louis), dans le service où je suppléais alors M. le professeur Malgaigne. La grenouillette située à gauche avait un volume assez considérable ; le malade la portait depuis longtemps, et s'en trouvait sérieusement incommodé surtout pour la prononciation. M. Denonvillers eut la bonté de m'assister pour cette opération. Elle consista dans l'évacuation au moyen d'un gros trocart, le lavage minutieux de la poche par un courant d'eau tiède, et l'injection d'un mélange iodé assez mal dosé, mais où prédominait la teinture d'iode. L'injection fut même répétée deux fois. Ce qui me frappa dans les suites de cette opération, ce fut l'absence absolue de douleur et même de sensibilité dans la tumeur, qui se reproduisit; ce fut aussi la promptitude de sa résolution que nous vîmes survenir le sixième ou le septième jour. Naturellement, le malade ne voulut pas rester dans le service. Il revint deux fois à la consultation, et la dernière, il ne restait plus trace de sa grenouillette. Occupé aux abords de l'hôpital, il avait bien promis de revenir si le succès se démentait.

Obs. VII. — J'aurais moins de confiance dans ma deuxième observation ; car le petit malade ne fut revu qu'une seule fois. C'était un apprenti peintre en bâtiments, de quatorze à quinze ans, offrant sous le milieu de la langue une très petite grenouillette. Il se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Une ponction par un trocart explorateur n'amena point de liquide ; j'ouvris alors avec la pointe d'une lancette et vidai exactement la petite poche au moyen d'une pression assez forte ; puis, par l'ouverture, j'injectai un peu de teinture d'iode pure, maintenant l'injection avec le bec de la seringue. Un verre d'eau froide était préparé pour le moment où celle-ci serait retirée, mais il ressortit très peu d'iode. L'enfant se représenta trois jours après avec la tumeur reproduite mais non douloureuse ; il m'avait bien promis de revenir. Je ne l'ai plus revu.

Obs. VIII. — Dans le milieu de l'année 1854, à l'hôpital Saint-Antoine, une petite fille de six à huit ans me fut amenée pour une grenouillette. Je l'ouvris à la lancette, la pressai fortement pour la vider et l'injectai à la teinture d'iode pure. L'enfant, qui m'était amenée de Charonne, me fut représentée quinze jours après ; il ne restait plus qu'un très petit noyau. Deux mois environ après l'opération, au moment où je sortais de l'hôpital, je revis la petite fille qui revenait pour une adénite sous-maxillaire. Je constatai l'entière guérison de la grenouillette et ne l'ai pas revue depuis.

Obs. IX. — Une femme d'une quarantaine d'années vint au mois de juillet 1854, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. Elle portait à droite une grenouillette volumineuse et remarquable par son allongement transversal; cette tumeur avait mis trois mois à se développer. Malgré ce peu de temps le liquide qu'elle renfermait avait une telle consistance, qu'une ouverture par la lancette n'en chassa qu'une quantité insignifiante. J'ouvris largement, dans une étendue de 3 centimètres, et le contenu presque gélatineux s'échappa d'une seule masse. C'était l'époque où je traitais un grand nombre d'hydrocèles par l'injection alcoolique. Après avoir lavé la poche à grande eau et abstergé sa face interne avec un pinceau, j'introduisis par l'incision le bec d'une petite seringue pleine d'alcool, ramassant autour de l'ajutage de l'instrument les lèvres de l'incision à l'aide d'une pince à coulant tenue par un de mes internes, M. Letellier. La cavité étant ainsi refermée, je poussai le liquide

et le maintins assez longtemps, puis recommençai de même une deuxième injection. Alors je passai deux fils pour fermer la plaie et les coupai à ras ; l'opérée retourna chez elle et nous revint très exactement. Le troisième jour, la poche était enflée et douloureuse, les fils furent retirés, les lèvres de l'incision n'étaient pas entièrement réunies ; le cinquième ou sixième jour, la plaie était entr'ouverte, il y avait un peu de suppuration, mais celle-ci était loin d'avoir envahi la poche entière (1). A partir de ce moment, la tumeur cessa d'être douloureuse ; elle diminua graduellement, et au bout d'un mois la guérison était parfaite. Pendant les vacances, cette malade me vint retrouver à l'hôpital ; à la place de la tumeur opérée à droite, on sentait un petit noyau du volume d'un pois attaché à la muqueuse par une petite saillie végétante, trace de l'incision. Mais à gauche, une nouvelle grenouillette commençait de la grosseur du bout du pouce. Je proposai l'opération à cette femme, qui l'ajourna, et bientôt après je quittai l'hôpital.

III. Je crois, messieurs, que vous n'hésiterez pas plus que moi sur la conclusion pratique des faits que je vous ai rapidement soumis. On serait déjà porté à opérer les kystes sublinguaux par l'injection, dût celle-ci faire courir le risque de la récidive, en considérant le peu de douleur, le peu d'effroi, le peu de danger qu'elle provoque, en lui comparant aussi les autres moyens proposés qui, plus radicaux en apparence, reposent sur des manœuvres douloureuses et délicates, et laissent place à la même incertitude dans le résultat.

C'est, en effet, à cette nécessité logique qu'ont obéi MM. Nélaton et Denonvilliers, en revenant à l'injection, malgré les insuccès qu'ils avaient constatés dans le service d'A. Bérard.

Heureusement, ces deux éminents chirurgiens ont doté la méthode d'un perfectionnement auquel les succès les plus solides paraissent dus, et qui me semble consacrer définitivement ce point de thérapeutique.

Rappelez-vous, messieurs, les 9 succès sur 10 opérations de M. Nélaton, les 3 de M. Denonvilliers, enfin les 2 qui me sont propres, et peut-être partagerez-vous l'espoir que j'émets ici.

En résumé, laissons parler l'expérience sans discuter longuement, et disons que l'injection dans les grenouillettes, précédée d'un lavage bien exact de la poche, doit être le moyen de traitement par excellence de cette affection. Ceci dit, que chaque opérateur choisisse son liquide, eau iodée, teinture d'iode pure, vin, alcool, car ce dernier point est le très petit côté de la question. Je viens de formuler devant vous, messieurs, le véritable objet de ce rapport. Permettez-moi, en terminant, de toucher un point accessoire, et malheureusement en avouant notre impuissance pour le résoudre.

Vous réuniriez, messieurs, environ 25 faits de ceux que je vous ai rapidement cités. Sans doute il y a eu, et surtout il a dû y avoir un assez bon nombre de récidives, car vous savez que plusieurs n'ont point été suivis, et les faits d'A. Bérard, les premiers de M. Nélaton, ceux de M. Jobert, d'autres de M. Velpeau, nous enseignent que l'injection pure et simple est souvent suivie d'insuccès.

Mais je fixe votre attention sur ce point, que chez tous nos 25 malades la poche a disparu, ou d'une façon définitive, ou au moins pendant quelque temps.

Voilà, messieurs, une expérimentation, presque une vivisection bien précieuse dans l'histoire de la grenouillette. Pouvez-vous croire qu'il s'agisse de la dilatation du canal de Wharton dans des cas pareils ? Cela est impossible ; car nous ne verrions pas un canal excréteur s'oblitérer ainsi, surtout sans qu'il arrive rien du côté de la glande sous-maxillaire. Dieu me garde de vouloir reprendre devant vous l'éternelle discussion sur le siége de la grenouillette ; mais je ne sache pas de meilleure preuve que la substance même de ce rapport pour démontrer la proposition suivante :

Dans l'immense majorité des cas, la grenouillette est étrangère au canal de Wharton.

(1) Résultat bien remarquable analogue à ce que l'on observe sur un bon nombre de kystes largement ouverts et touchés à leur face interne avec le crayon. La poche se gonfle, un peu de suppuration survient ; mais la plus grande partie de la réparation se fait sans production de pus.

Quel est son siége habituel ? Pour ma part, je l'ignore entièrement ; mais, tout en regrettant cette lacune, qui certes un jour sera comblée, je termine en disant, pour nous consoler, qu'il vaut mieux être fixé sur son traitement que sur son anatomie.

Société anatomique.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

La séance a été entièrement consacrée aux élections.

Ont été nommés membres adjoints :

MM. Moysant, Charnal, Richard-Maisonneuve, Lefort, Fleurot, internes.

Ont été exclus de la Société anatomique, *à l'unanimité :*

1° Comme auteurs de publications homœpathiques, les membres correspondants dont les noms suivent :

MM. J.-P. Tessier, Garalda, Frédault, Jousset ;

2° Pour un acte flétrissant, déjà puni par la justice :

M. Grapin, membre correspondant.

Le secrétaire, Dr Axenfeld.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'innocuité de l'administration du sulfate de cuivre à hautes doses dans le traitement du croup, par le docteur Hoenerkopf.

Le sulfate de cuivre n'est pas un poison ! Tel est le titre de ce travail, auquel nous avons cru devoir en substituer un autre, qui donne une idée plus exacte du sujet dont il s'occupe. En effet, l'auteur a eu principalement en vue de prouver que ce sel de cuivre ne pouvait vraiment pas, à doses modérées, être considéré comme un toxique. Déjà, auparavant, Rademacher avait voulu, par des expériences faites sur lui même, faire rayer l'oxyde de cuivre de la liste des poisons.

M. Hoenerkopf a administré du sulfate de cuivre à quatre-vingt-onze malades : les doses étaient de 0gr,05 à 0gr,30. Elles étaient d'abord répétées toutes les dix minutes, puis toutes les quinze, trente, soixante minutes ; de telle sorte qu'au bout d'une heure le malade avait en général employé de 0gr,90 à 1gr,20 du médicament. La quantité totale la plus élevée qui fut donnée à un enfant fut de 10gr,80 ; en moyenne, 1gr,35 par jour. Un petit malade put même prendre 2 grammes en un jour.

Cette innocuité manifeste de doses assez considérables, fréquemment répétées, de sulfate de cuivre, autoriserait donc le praticien, quand l'administration d'une ou de plusieurs doses n'a pu amener l'expulsion des fausses membranes, à continuer néanmoins sans crainte l'emploi de ce moyen. Ce procédé n'aurait, suivant notre confrère allemand, aucun inconvénient sérieux ; ainsi, on n'aurait jamais observé de cuisson ou de sécheresse dans la bouche, de coliques, de signes de phlegmasie stomacale ou intestinale. (*Casper's Vierteljahrs. f. ger. u. öffent. Med.*, v. VIII, p. 212.)

Influence des alcalis caustiques sur les mouvements des spermatozoïdes, par M. Koelliker.

Les recherches antérieures de M. Virchow concernant l'influence des alcalis caustiques sur les cils vibratiles ont engagé M. Kölliker à étudier l'action de ces réactifs sur les spermatozoïdes. Ces recherches peuvent être résumées ainsi : Quand, après avoir laissé reposer les animalcules dans une solution concentrée de sucre, on ajoute sur le porte-objet du microscope une petite quantité d'alcali caustique, on voit immédiatement les spermatozoïdes exécuter des mouvements rapides, qui cessent au bout de une à deux minutes, pour

faire place à une immobilité complète. Ces mouvements s'observent surtout quand la solution alcaline est de 1 à 5 pour 100 de potasse ou de soude dans l'eau. De très faibles solutions de potasse, de 1/1000 ou de 1/5000, mises au contact des animalcules spermatiques, entretiennent leurs mouvements pendant un temps beaucoup plus long qu'une simple solution de sucre.

Ces recherches du professeur de Würzburg démontrent donc que les solutions alcalines entretiennent la motilité des spermatozoïdes. (*Zeits. f. Wissenschaft. Zoologie*, vol. VII, 1855.)

Étude sur les moyens propres à exciter les mouvements des spermatozoïdes immobiles, par MM. S. Moleschott et Richetti.

Ces recherches, entreprises dans la même direction que celles de M. Koëlliker, ont fourni des résultats qui s'en rapprochent beaucoup. MM. Moleschott et Richetti ont donné eux-mêmes les conclusions suivantes, que nous transcrivons ici :

1° Des dissolutions à 50 pour 100 de phosphate ou de carbonate de soude sont les réactifs les plus convenables pour exciter des mouvements chez les animalcules spermatiques, pris même deux à quatre jours après la mort de l'animal, dans l'épididyme du bœuf.

2° Les solutions de chlorure de sodium et de sel de Glauber agissent moins énergiquement.

3° Les sels de soude provoquent des mouvements plus actifs que les sels de potasse.

4° Les solutions salines, qui impriment des mouvements aux spermatozoïdes immobiles du bœuf, arrêtent au contraire les mouvements des spermatozoïdes de la grenouille.

Ce travail prouve, comme le précédent, que les solutions alcalines entretiennent ou réveillent les mouvements des spermatozoïdes immobiles ; il nous montre, en outre, un autre fait curieux : c'est que le résultat n'est pas le même quand on agit sur les spermatozoïdes d'animaux de classes différentes. (*Wien. Med. Wochens.*, 1855, n° 18.)

Obstacle au cours des matières fécales, guéri par l'injection dans le rectum d'une grande quantité d'eau froide, par le docteur Neubauer.

Les lavements de toute nature, les injections d'eau dans le rectum, les douches ascendantes, de même que beaucoup de moyens administrés par la bouche, purgatifs, narcotiques, antispasmodiques, comme la belladone (*Gaz. hebd.*, v. II, p. 844), ont été vantés successivement dans les cas d'obstacle au cours des matières. Le moyen que mentionne M. Neubauer mérite, par sa simplicité, d'être rappelé aux praticiens. Chez un malade, qui présentait depuis plusieurs jours les signes de cette affection, après avoir eu recours en vain aux purgatifs, notre confrère administra, coup sur coup, douze lavements d'eau froide. Cette introduction brusque d'un grand volume de liquide à une basse température, détermina une contraction intestinale énergique, et, par suite, l'expulsion des matières accumulées sur un point du tube digestif.

Ce moyen, comme, du reste, la plupart des médicaments internes, est surtout convenable dans les arrêts idiopathiques des matières fécales endurcies ; mais il aura peu de chances de réussir, aussi bien que les antispasmodiques, contre les invaginations ou étranglements par brides ou par volvulus. (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 14.)

Des inconvénients de la saignée dans quelques espèces d'apoplexie cérébrale, par le Dr Domenico Rigoni Stern.

Nous avons déjà maintes fois, dans la *Gazette hebdomadaire*, appelé l'attention du lecteur sur les inconvénients que peut offrir la saignée à la suite de l'apoplexie. Les occasions ne nous ont pas manqué, car il y a aujourd'hui une sorte de *tolle* contre ce qui constituait naguère une médication universelle et indispensable. Il va sans dire que la réaction dépassera les limites de la vérité : il en est toujours ainsi en pareille circonstance. Cependant la question s'en était généralement tenue, jusqu'à présent, aux périodes consécutives à l'attaque d'apoplexie. M. Rigoni Stern accuse surtout la saignée pratiquée dans l'imminence de l'apoplexie. Il ne la blâme pas dans tous les cas, sans doute ; mais il cherche avec un zèle fort louable les circonstances qui pourraient la contre-indiquer, faisant remarquer que l'on voit souvent l'apoplexie survenir à la suite de saignées pratiquées soit dans le but de la prévenir, soit pour quelque autre objet.

Les contre-indications posées, ou, pour parler plus exactement, supposées par l'auteur, sont les suivantes : l'existence d'altérations crétacées ou athéromateuses dans les parois des artères encéphaliques, l'état d'atrophie du cerveau, l'hypertrophie du cœur gauche.

Il s'agirait d'abord de pouvoir reconnaître, pendant la vie, l'existence de ces diverses conditions, avant d'en faire la base de contre-indications. Or, à part l'hypertrophie du cœur, la chose nous paraît assez difficile. M. Rigoni Stern a cependant noté la coïncidence ordinaire des altérations artérielles de l'encéphale avec l'ossification plus ou moins avancée des valvules du cœur, et de la facilité de diagnostiquer ces dernières, il déduit naturellement la possibilité de reconnaître pendant la vie l'état crétacé des vaisseaux encéphaliques. Mais il y a plus d'une objection à faire à cette prétention ; d'abord les ossifications des orifices du cœur ne sont nullement chez les vieillards, sujets ordinaires de ces sortes d'observations, faciles à reconnaître. Le contraire arrive dans le plus grand nombre des cas. Une des raisons en est dans la dilatation habituelle des orifices du cœur chez les vieillards (Bizot), dilatation qui s'oppose à ce que le passage du sang y détermine les phénomènes d'acoustique qui sont seuls propres à nous révéler ce genre d'altérations. Ensuite, malgré l'exactitude de cette coïncidence qui, sans être constante, doit être assez commune puisqu'il s'agit de conditions communes à un même système, il faut, avant d'en tirer des conclusions pratiques, savoir que ce sont fort souvent de simples plaques rares, minces et superficielles des artères cérébrales qui coïncident avec les altérations des orifices du cœur. Or, pour que l'état de ces artères contre-indique la saignée, il faut qu'il entraîne un embarras notable dans la circulation cérébrale : c'est là le sens dans lequel il faut comprendre le rôle que lui attribue l'auteur. Quelques plaques minces et superficielles ne suffisent nullement pour entraver la circulation encéphalique ; et tel est assurément le cas le plus ordinaire.

M. Rigoni Stern parle encore de l'atrophie du cerveau. L'atrophie du cerveau, bien qu'elle ne se rencontre pas chez tous les vieillards, paraît être, lorsqu'elle existe, plutôt un phénomène physiologique de la vieillesse qu'un accident pathologique. L'auteur pense qu'elle peut se reconnaître à un amoindrissement général de la sensibilité et de la motilité. Ceci est loin d'être exact : nous ne croyons pas que ce degré d'atrophie se traduise nécessairement au dehors par de tels caractères. Cependant, nous trouvons ici une indication fort juste et que nous saisissons volontiers : c'est que les vieillards qui offrent un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, sensitives et motrices, que cela tienne ou non à l'atrophie du cerveau, supportent en général très mal les émissions sanguines. La remarque de l'auteur est donc fort juste dans ce sens.

Reste l'hypertrophie du cœur. Ici le diagnostic peut s'établir avec plus de certitude, et nous admettrons volontiers que l'opportunité des émissions sanguines soit dominée par l'état de l'organe central de la circulation. Reste à savoir si, par elle-même et toujours, l'hypertrophie du cœur gauche contre-indique la saignée. Nous en doutons.

Le mémoire de M. Rigoni Stern est écrit avec beaucoup de soin et un esprit de recherches auquel les travaux de ses compatriotes ne nous ont pas habitués : cependant, nous avons dû faire toutes ces réserves, au sujet des règles qu'il tend à établir. (*Gazzetta medica Italiana, Lombardia*, octobre 1855.)

Utilité de la belladone à l'intérieur, dans le traitement de l'angine, par le docteur Popper.

S'appuyant sur une expérience de plus de cinq cents observations,

le docteur Popper préconise la belladone, sous forme de teinture, administrée en potion dans le traitement de l'angine tonsillaire au début. Cette médication aurait, au dire de M. Popper, le mérite d'amener en vingt-quatre heures la guérison de la maladie ; elle échoue, au contraire, dans le traitement de l'angine syphilitique ou diphthéritique.

Nous avons rapporté les résultats obtenus par le médecin hongrois ; nous regrettons qu'ils soient énoncés d'une manière aussi brève, d'autant mieux que rien ne nous paraît plus difficile que l'appréciation d'un agent thérapeutique dans le traitement d'une maladie spontanément curable par l'observation des règles les plus simples de l'hygiène. (*Ungar. Zeits. — Prager Vierteljahrs. f. d. prakt. Heilk.*, 12e année, vol. XLV, p. 43, 1855.)

Laryngite ulcéreuse consécutive à la fièvre typhoïde nécessitant la trachéotomie, par le professeur FRERICHS.

M. Louis (*Recherches sur la fièvre typhoïde*, t. I, p. 312, 2e éd.), MM. Hardy et Bourgougnon (*Bull. de la Soc. anat.*, 1838, p. 299-301), avaient déjà insisté sur les lésions que présente le larynx dans les fièvres typhoïdes; souvent ces altérations ne s'accompagnent que d'un peu de raucité de la voix ; d'autres fois même elles ne se manifestent pendant la vie par aucun symptôme.

Dans d'autres cas plus rares, les accidents laryngés deviennent plus graves, revêtent la forme d'un rétrécissement des voies aériennes par des végétations et des indurations ou celle d'un œdème de la glotte, et nécessitent l'intervention de la chirurgie. C'est dans ces cas que l'on pratique quelquefois la trachéotomie.

M. Frerichs a eu l'occasion d'observer à la clinique de la Faculté de Breslau un cas de ce genre ; en voici le résumé, tel qu'il nous est donné par son adjoint, M. le docteur Rühle.

OBS. — Un homme de trente ans, qui avait joui jusqu'alors d'une bonne santé, fut atteint vers le milieu du mois de septembre d'une fièvre typhoïde suivie d'une pneumonie hypostatique ; vers le milieu d'octobre, dans le cours d'une convalescence incomplète, on observa un enrouement indolore; l'épiglotte devint très sensible au toucher, la déglutition douloureuse provoquant chaque fois une douleur violente ; enfin, l'inspiration devint sifflante et prolongée. La surface du col et l'arrière-gorge ne présentaient rien d'anormal. Après avoir employé contre ces affections du larynx tous les moyens locaux et généraux, comme la difficulté de la respiration augmentait, que la voix était tout à fait éteinte et le pouls à l'artère radiale insensible, que la température devenait de plus en plus basse, M. le professeur Middeldorf pratiqua le 29 octobre la trachéotomie. A la suite de l'opération, on vit la respiration se rétablir et le pouls se relever; mais, malgré tous les soins, on ne put parvenir à rétablir la perméabilité de la partie supérieure des voies aériennes, la nécrose des cartilages alla chaque fois en progressant, des débris d'aliments sortirent par la plaie de la trachée, enfin le malade succomba par épuisement le 17 novembre.

A l'autopsie, on trouva l'épiglotte et les cordes vocales supérieures infiltrés de sérosité et œdémateuses ; l'entrée de la glotte était complètement obstruée ; à partir de ce point, jusqu'au commencement de la trachée, toute la muqueuse était détruite, les cartilages détachés et nécrosés, la cavité du larynx remplie par une sorte de bouillie, enfin le cartilage cricoïde faisait saillie dans l'œsophage à travers une ouverture qui, pendant la vie, livrait passage aux aliments. Le poumon était sain et sans tubercules ; l'intestin grêle présentait des cicatrices de plaques de Peyer ulcérées (*Wiener Med. Wochens.*, 1855, n° 37).

— La trachéotomie, faite dans ces conditions, n'a pas toujours un résultat aussi funeste ; en 1854, M. Rayer montrait dans son service, à l'hôpital de la Charité, un malade chez lequel il avait dû faire pratiquer la trachéotomie à la suite d'une fièvre typhoïde. Ce malade était alors convalescent.

Trichina spiralis existant simultanément dans beaucoup d'organes, observation par le professeur S. HENLE.

On sait que ces vers singuliers que l'on désigne sous le nom de *Trichina spiralis* se rencontrent fréquemment aux membres. Sans être toujours solitaires, ils ne se rencontrent cependant pas, en général, dans un grand nombre d'organes ; aussi avons-nous cru devoir relater ici le fait suivant du professeur Henle, qui prouve que l'économie humaine peut être infectée par des trichina spiralis, comme elle l'est quelquefois par les cysticerques. Malheureusement, ce fait se réduit à l'examen microscopique, sans aucun renseignement séméiologique.

En étudiant, pour les dissections, les organes d'un sujet du sexe masculin abandonné à Gœttingue aux études anatomiques, on rencontra beaucoup de trichina spiralis dans la plupart des organes. Les kystes qui contenaient le ver siégeaient dans la plupart des muscles striés, à l'exception du cœur ; dans la partie de l'œsophage qui est pourvue de muscles de la vie de relation ; dans les muscles du larynx, de la langue, de l'oreille; dans le diaphragme, les muscles des organes génitaux, des yeux, etc. Ils manquaient, au contraire, dans les vaisseaux, les poumons, l'intestin. Beaucoup de ces kystes renfermaient une matière crétacée. (*Henle's u. Pfeufer's Zeits. f. ration. Medic.*, vol. VI, livr. 2. — *Allg. Medic. Centr. Zeit.*, n° 70, 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Du suicide et de la folie suicide, considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. BRIERRE DE BOISMONT. — Paris, chez GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Disons-le avant toute analyse : cette œuvre semble appelée à un vrai succès. On n'eût pu choisir un sujet et plus émouvant et plus capable d'éveiller de légitimes sollicitudes. Quand un sentiment si vif nous rattache à l'existence que, même dans les conditions les plus misérables, aucun sacrifice ne nous coûte pour la conserver, comment arrive-t-il que des infortunés, violant cet instinct suprême, renoncent volontairement à un bien qui les contient tous, et dont ils sont, pour ainsi dire, moins encore les possesseurs que les dépositaires.

Il y a dans un tel acte une si complète méconnaissance des lumières du sentiment, des lois divines et naturelles, qu'en face de sa perpétration on est en droit de se demander s'il est accompli sous l'empire d'une entière liberté morale, ou bien plutôt sous l'incitation d'une perversion maladive.

Que cette perversion soit le mobile fréquent du suicide, personne ne le conteste. Les preuves s'en multiplient dans les maisons d'aliénés. Mais, dans les circonstances non moins nombreuses où cette résolution désespérée paraît notoirement exempte de trouble intellectuel, où la faculté du raisonnement est intacte, où surtout de puissants motifs provoquent la détermination, est-il permis, en dépit de ces apparences, de l'attribuer, quand même, à l'insanité?

Cette thèse a été présentée et soutenue avec esprit, notamment par M. Bourdin ; mais nous la croyons exagérée, et déjà, dans une double lettre, nous avons opposé, à des arguments ingénieux, des objections et des faits suivant nous irréfutables.

Le titre, à lui seul, de M. Brierre de Boismont, le classe parmi les adeptes de l'opinion la plus générale. En distinguant, dès l'abord, la folie suicide du suicide, il établit entre l'une et l'autre une ligne séparative, il caractérise deux espèces différentes.

Tel est, en effet, le cachet de sa doctrine, que, tout en accordant une part prépondérante à l'élément pathologique, il maintient celle de l'élément moral, et tient compte des exemples, où, placé entre deux perspectives également désolées, l'homme préfère à une vie de honte ou d'affliction l'oubli du tombeau. Désavouer la possibilité intelligente de ce choix, comme antinaturelle, serait exiler le désespoir des passions, chose inadmissible, ou nier le libre arbitre ; car il n'est point de passions fortement agissantes que, par suite de raisonnements non moins plausibles, le cadre de l'aliénation ne puisse absorber.

Dans cette œuvre nouvelle, M. Brierre de Boismont n'a point failli à son passé. On y retrouve l'empreinte d'une longue et profonde investigation. Onze années ont été consacrées par lui à en rassembler les matériaux empruntés aux sources les plus diverses : traités spéciaux, ouvrages d'histoire, livres religieux, recueils judi-

ciaires, collections médicales et journaux. Une multitude de faits sont ainsi passés sous nos yeux. Mais il ne s'est pas borné à les enregistrer : soumettant leurs moindres circonstances à une rigoureuse analyse, il en a déduit un exposé embrassant, dans un ample horizon d'environ 650 pages, le triple aspect du sujet, statistique médical et philosophique.

On le sait, M. Brierre de Boismont répugne à l'absolu. Butinant, comme le poëte, à la façon des abeilles, dès le début d'une préface ingénieuse, il se confesse éclectique, essayant de concilier les moralistes et les médecins, les uns trop enclins à étendre, les autres à rétrécir le cercle de la mort purement volontaire. « Réunies, dit-il, les deux faces de la question se complètent mutuellement. »

Viennent ensuite une série de chapitres où le suicide est successivement envisagé dans l'antiquité, au moyen âge et dans les temps modernes, où sont indiquées les causes de cet attentat, l'influence stimulatrice de la civilisation, la distribution du suicide par régions, modes et époques, les derniers sentiments exprimés par ses victimes, sa physiologie et sa symptomatologie, sa nature, sa médecine légale et son traitement.

Également intéressants, presque tous ces points, dont le seul énoncé évoque tant de pensées et offre à la curiosité tant d'aliments, mériteraient une attention particulière. Dans l'embarras d'établir une préférence, nous signalerons quelques-uns de ceux que l'auteur a distingués lui-même.

On s'est défié souvent de la statistique appliquée aux faits matériels. Cette suspicion doit, à plus forte raison, atteindre les cas de l'ordre auquel appartient le suicide, et dont il faudrait, pour former des groupes unitaires, aller saisir au fond mystérieux de la conscience les traits analogiques ou différentiels.

Il est, toutefois, des questions qu'éclaire nécessairement le procédé numérique. Paris a compté, durant la période décennale de 1834 à 1843, 4,595 suicides, dont 3,215 accomplis par des hommes et 1,380 seulement par des femmes. Une telle proportion, une répartition si inégale, révélées par la statistique, ne sauraient assurément être indifférentes pour le médecin, le moraliste et le législateur.

Aussi, sans se méprendre sur les imperfections de ce moyen, M. Brierre de Boismont en a-t-il fait largement usage, spécialement dans la partie étiologique, mais en ayant la précaution de n'inscrire que des résultats ou de ne tirer que des inductions portant, pour ainsi dire, en eux-mêmes leur attestation et leur contrôle.

L'appréciation des causes a reçu des développements justifiés par son importance. Fixer et analyser les mobiles instigateurs du suicide, c'est en effet, par le discernement de ses caractères, en favoriser le classement méthodique, et permettre même, lorsqu'elles sont venues à se trahir, d'aller au-devant des tendances dominatrices, soit pour les modifier par des soins spéciaux, soit pour leur opposer des mesures de garanties.

Malheureusement, cette double tâche est pleine de difficultés et d'incertitudes. Quand la pensée du suicide, conséquence immédiate ou complication, jaillit du sein de la folie, l'observation est souvent guidée par un ensemble révélateur de modifications physiques et morales. Mais, dans la condition opposée, où ces signes ne s'offrent pas, le sinistre secret reste parfois d'autant plus impénétrable, que, chez beaucoup d'individus, les angoisses intimes sont voilées par une prospérité apparente : le bonheur n'a pas d'enseigne.

Un prix incontesté s'attache dès lors aux révélations des suicides, soit qu'elles se trouvent contenues dans leurs derniers écrits, soit qu'elles aient été faites après d'inutiles tentatives. Tous les observateurs ont profitablement compulsé ces documents réflecteurs des agitations de l'âme. Nul ne les a mieux utilisés que M. Brierre de Boismont, grâce, nous l'avons vu, aux immenses ressources qu'il possédait. Le chapitre sorti de cette élaboration est l'un des plus instructifs de l'ouvrage, bien qu'il eût dû, peut-être, précéder au lieu de suivre celui de l'étiologie, auquel il a fourni ses données les plus précieuses, en montrant dans les déceptions et la misère les instigateurs habituels du dégoût de la vie.

Dans les causes, il en est une très controversée, dont l'étude est familière à M. Brierre de Boismont, et que, pour cette raison, sans doute, il a envisagée séparément. Serait-il exact que le mouvement civilisateur, par une sorte de compensation fatidique, eût pour corollaire obligé l'accroissement numérique des folies et des suicides? La statistique semble se prononcer pour l'affirmative Cette corrélation serait attribuée à la susceptibilité du cerveau, augmentée par une exubérante activité de ses fonctions. La civilisation aurait ainsi ses écueils cachés, et, en la désirant, il resterait une raison de la craindre, et peut-être même de la maudire.

Sans nier à cet égard la réalité des chiffres, il est permis de croire qu'on peut leur donner une autre interprétation. Pour nous, ce n'est point à l'intensité de la vie cérébrale, c'est-à-dire au progrès lui-même qu'appartiendrait ici la plus large part d'influence, mais aux luttes tenaces et souvent terribles que, dans son évolution, l'élément progressant est contraint de soutenir avec les éléments de plus en plus nombreux qu'il vient remplacer. Qu'un jour (heure certaine où la civilisation entrera dans sa sphère de maturité), qu'un jour l'antagonisme cesse ou diminue, on verra alors, par suite d'une plus juste équilibration de l'exercice mental, s'effacer les tristes aberrations qui le pervertissent.

M. Brierre de Boismont a modifié, du reste, ce que ses doctrines antérieures pouvaient avoir d'exclusif, et, tout en maintenant ses conclusions pour le présent, il a su réserver les droits de l'avenir. « Comme la civilisation, dit-il, est essentiellement progressive, la proportion des suicides ira en décroissant, quand la religion et l'humanité auront conclu leur alliance définitive. »

Divers côtés importants, inaperçus au premier abord, rattachent le suicide à la médecine légale. Ainsi la séquestration peut devenir nécessaire pour prévenir une perpétration imminente ou conjurer une récidive probable. Quelle en sera la mesure? Jusqu'où doit-elle s'étendre? Quand devra-t-elle finir? En outre, beaucoup de fous homicides sont en même temps suicides. Dans ce cas, la tentative accomplie sur soi-même après l'assassinat se convertit en motif d'excuse. Mais n'aurait-elle pas été simulée ou seulement motivée par la crainte ou le désespoir? Une filiation mystérieuse ne la relierait-elle pas, dans le passé, à d'autres tentatives semblables?

A peine entrevus par les auteurs, tous ces points d'une si grande valeur d'application ont été savamment discutés par M. Brierre de Boismont, qui, du rapprochement circonstancié des faits, a, dans un chapitre riche d'aperçus, déduit des règles d'appréciation légale pour ces solutions difficiles.

Sans accuser la même originalité, le chapitre du traitement, qui termine l'ouvrage, se distingue par la sévère exactitude qui préside aux indications générales ou particulières, par la justesse et la fécondité des vues pratiques. Il forme naturellement deux divisions : suicide morbide ou volontaire.

Pour le premier, d'accord avec les errements suivis, et selon l'opportunité, l'auteur s'en réfère à l'isolement, à la répression, aux bains, aux purgatifs, aux travaux agricoles, etc.

Le second appelle une double influence : l'action immédiate de l'art sur les dispositions des malheureux qu'obsède une idée sinistre, celle toute préventive de l'État sur les conditions générales. En ce qui concerne les cures individuelles, on doit s'efforcer, notamment par de sages exhortations religieuses, par de saines considérations morales, de raffermir l'énergie défaillante, en opposant au sentiment perverti la résistance des autres virtualités sentimentales.

Quant à l'État, sa mission consiste à améliorer et à garantir autant que possible le sort commun, à fortifier les mœurs publiques, à favoriser l'harmonie des classes et des familles par d'équitables lois et des institutions bienfaisantes, au premier rang desquelles l'auteur a judicieusement placé l'instruction populaire et les sociétés d'assistance mutuelle.

Dans cette partie, M. Brierre de Boismont manifeste une connaissance profonde du cœur humain, une vive aperception des besoins et des droits sociaux. Nous eussions souhaité, pourtant, qu'il conduisît plus loin ses recherches. L'enseignement primaire est utile, mais à quel degré? sous quelle forme? Puis, la misère est-elle l'unique foyer où se fomente le suicide? Il existe dans les imperfections législatives d'autres sources que devait indiquer un traité complet et spécial.

Sauf cette réserve, à laquelle plus d'un esprit pourra d'ailleurs

marchander son adhésion, la critique, dans le cadre si bien rempli par l'auteur, ne pourrait plus guère noter que quelques insuffisances. En voici une, à notre avis. L'Église prive les suicidés de la sépulture chrétienne, et l'application de cette règle suscite parfois entre les prêtres et les paroissiens de fâcheux conflits. Un article de médecine légale judicieusement conçu contribuerait à les éloigner. M. Brierre de Boismont, il est vrai, engage le clergé à se pénétrer, pour éclairer la convenance de ses décisions, de la fréquence de la folie suicide. Mais ce sage conseil, comme égaré dans une simple déduction thérapeutique, ne saurait tenir lieu d'une démonstration appuyée d'arguments précis, de faits concluants.

Il nous reste encore à signaler une plus regrettable omission, dans les développements relatifs à la nature du suicide. Préoccupé surtout de mettre en évidence la réalité des cas volontaires, ce qu'il a fait victorieusement, en invoquant, toutefois, la preuve des faits psychologiques moins que la lumière des observations, notre savant confrère n'a point, selon nous, assez insisté sur la distinction intime et séparative des espèces pathologiques. Il a oublié, notamment, de mentionner les manifestations suicides qui se produisent dans les délires par confusion intellectuelle (stupidité ou mélancolie avec stupeur, de M. Baillarger), et dont le caractère, néanmoins, vague et fortuit comme la condition cérébrale qui le produit, contraste du tout au tout avec la ténacité de celles provenant d'une impulsion ou d'une idée fixe. Sous le rapport pronostique, thérapeutique et légal, cette différence a une signification dont la portée ne doit pas échapper à l'examen.

On ne saurait tout faire ressortir. Nous avons essayé de mettre en relief l'intérêt scientifique de l'œuvre, négligeant le côté pittoresque et littéraire, qu'il est juste pourtant d'énoncer, si l'espace défend de le reproduire. Dans ces générations de suicides marqués fatalement du sceau héréditaire et accomplissant souvent, par le même procédé et à la même heure, l'acte homicide ; dans ces fanatiques immolations inspirées par de fausses croyances et de vains préjugés ; dans ces étonnantes épidémies qu'une émotion fait naître, que l'imitation propage, qu'un mot comminatoire a pu suspendre ; dans ces obstinées fureurs d'anéantissement, qui se sont multipliées jusqu'à cent fois sans lasser la volonté ; dans ces inexplicables coïncidences où je ne sais quel souffle aérien semble avoir dicté la pensée du suicide et son mode d'exécution, de telle sorte que, à deux époques distinctes, nous avons pu simultanément constater, dans les salles de Dupuytren, en une circonstance, quatre individus qui s'étaient coupé le cou avec un rasoir ; dans une autre, cinq infortunés qui s'étaient tiré un coup de pistolet dans la bouche, dans ces rapprochements fatidiques, dans ces simultanéités sanglantes, que d'épisodes saisissants, de scènes navrantes, d'attrait douloureux, de lugubre poésie !

La plume aussi élégante qu'exercée de M. Brierre de Boismont a tiré brillamment parti de ces ressources littéraires et psychologiques : elle a répandu sur ses teintes sombres la couleur et l'animation. Sous ce rapport, du reste, son livre ne souffrira pas de notre abstention forcée ; car, s'adressant, par la variété des notions qu'il embrasse, à diverses catégories de lecteurs, il rencontrera nécessairement, dans une autre sphère, d'éloquents appréciateurs, habiles à saisir des aspects artistiques qui, sans être étrangers à la critique médicale, ne sont placés par elle qu'au second rang. A chaque penseur sa spécialité ; à chacun sa tâche.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

— Samedi dernier a eu lieu aux Frères-Provençaux un banquet offert par M. le doyen de la Faculté à ceux des élèves qui se sont le plus distingués dans leurs examens. M. P. Dubois, dans une allocution familière, a exprimé le plaisir qu'il éprouvait à encourager la jeunesse intelligente et studieuse. M. N. Guillot a remercié M. le recteur d'avoir bien voulu assister à cette petite fête, et M. J. Cloquet a félicité M. le doyen de son initiative.

— Les épreuves du concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires seront ouvertes à Strasbourg le 4 février 1856, à Montpellier le 18 du même mois, et à Paris le 3 mars suivant.

— Nous avons dit dans le numéro précédent que M. l'archiviste de la *Société anatomique de Paris* s'occupait de dresser la table des travaux de la Société pendant les vingt-cinq premières années. Nous nous empressons de rectifier cette erreur. C'est M. Bouteiller (de Rouen) qui a bien voulu se charger de ce soin. On verra, en parcourant cette table, que la Société n'est pas exclusivement vouée à ses études d'anatomie, mais qu'elle s'occupe beaucoup aussi de médecine clinique.

— La *Revue médico-chirurgicale de Paris* se fond avec le *Moniteur des hôpitaux*.

— M. le docteur Audouard, ancien médecin en chef des armées, membre de la Société de médecine de Paris, vient de succomber à un âge avancé. M. Audouard était principalement connu par ses travaux sur les pyrexies des pays chauds.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 152. Anévrysme de la carotide gauche dans le crâne diagnostiqué pendant la vie ; ligature du tronc commun ; guérison, par *R.-W. Coe*. Abcès du cou ouvert dans la trachée, par *G. Pound*. — Observation de coma avec pneumonie chez un enfant, par *H. Payne*. — Observations de convulsions puerpérales, par *J. Waterland*. — Cas de grossesse extra-utérine, par *Chavasse*. — Empoisonnement par l'acide oxalique, par *Barker*. — 153. Traitement non mercuriel de certaines formes de syphilis, par *H. Lee*. — Maladie singulière des organes génitaux de la femme, par *J. Hakes*. — Quand doit-on pratiquer la thoracentèse, par *H. Tuke*. — Cas de cataracte noire, par *Haynes Walton*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 883. — Comptes rendus de sociétés et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 283. Redressement spontané de l'utérus en rétroversion, par *F. Ramsbotham*. — Influence préventive de la circoncision à l'égard de certaines maladies, par *J. Hutchinson*. — 284. Méthode simple pour opérer le phimosis congénital, par *H. Dick*. — Acide nitrique contre les hémorrhoïdes, et le *prolapsus ani*, par *H. Smith*. — Sur les plaies de tête, par *H. Monckton*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — N° 11. Deux cas de fistule recto-vaginale guéris par une nouvelle opération, par *J.-E. Taylor*. — Empyème du côté droit ; pleurésie aiguë du côté gauche, simulant la péricardite, par *T. Matcalfe*.

THE LANCET. N° 22. Médication topique du larynx, par *Erichsen*. — Étranglement présumé du petit intestin, ou spasme local simulant l'étranglement ; guérison, par *Edward Smith*. — 23. Traitement moderne des maladies des voies urinaires, par *W. Acton*. — Bons effets de la créosote dans les excroissances verruqueuses, par *G. Bainy*. — Contribution à la matière médicale, par *Is. Pidduck*. — Plaie par arme à feu, par *W. Loney*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 45. Choléra dans le canton de Tregolo, par *Luigi Rapa*. — 46. Sur le choléra et sur son traitement, par *Ag. Ferrandi*. — Sur le choléra (observations critiques sur les leçons de Buffalini), par *G. Ferrini*. — 47. Choléra de Tregolo (suite). — Expériences sur la vision, par *Ang. Vittadini*. — Sur le choléra (suite), par *Ferrini*. — 48. Choléra de Tregolo (suite). — Expériences sur la vision (suite). — Sur le choléra (suite). — 49. Sur quelques hôpitaux de France, par *S. Biffi*. — Remarques au sujet de l'asile des aliénés de Milan, par *G.-L. Gianelli*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 48. Sur le choléra, par *Cozzi*. — 49. Choléra à Castel S. Nicolo, par *G. Bargi*. — Choléra de Poggibonsi, par *P. Barresi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 48 Quelques problèmes sur l'hématose, par *Maschi*. — 49. Quatre cas d'obstétrique, par *Salvolini*. — De l'usage du quinquina, par *Capello*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 47. Transmission du charbon de l'homme à l'homme, par *Stecchini Pietro*. — 48. Belladone dans la hernie étranglée, par *Rizzo*. — Laudanum contre la pleurésie et la pneumonie, par *le même*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 15 novembre. Topographie médicale de Port-Maurice, par *Amadeo*. — Opération sous-périostale, etc. (suite), par *Larghi*. — 30 novembre. Introduction à un cours d'hygiène publique et privée, par *Freschi*. — Le choléra à Bonorva et à Bunannaro, par *Leone* et *Salvarezza*. — Accouchement prématuré artificiel ; salut de la mère et de deux jumeaux, par *Majoni*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 99. Note sur les conditions de l'ulcère vénérien primitif qui favorisent l'infection. — Sur le choléra (suite), par *Carlos*. — 100. — Le choléra se reproduira-t-il ? par *R. V.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 18 JANVIER 1856. | N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Réorganisation de l'École de médecine de Dijon.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu le décret impérial en date du 22 décembre 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. PARIS.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. BRULLET.
Clinique externe. — M. VALLET.
Clinique interne. — M. SALGUES.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. LÉPINE.
Matière médicale et thérapeutique. — M. LAVALLE.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. VIALLANES.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. CHANUT.
Clinique interne. — M. MERLOT.
Pathologie interne. — M. DUCAST.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. FORTOUL.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. CROUIGNEAU.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. BOUCHER.
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. DELARUE.

Art. 4. Est nommé chef des travaux anatomiques, M. GRUÈRE fils.

Art. 5. Est nommé directeur de l'École, M. LAVALLE, professeur de matière médicale et de thérapeutique.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Dijon est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 10 janvier 1856. H. FORTOUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 3 au 16 janvier 1856.

1. FRÉMINEAU, Henri-Fortuné, né à Paris (Seine). [*Propositions médicales.*]

2. ROBIN, Jules, né à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or). [*De la chlorose.*]

3. FAYEL-DESLONCRAIS, Charles, né à Caen (Calvados). [*N'a pas la syphilis qui veut ! Comment et pourquoi ?*]

4. TURNER, Thomas-Édouard, né à Saint-Amand-de-Nouère (Charente). [*De l'atrophie partielle ou unilatérale du cervelet, de la moelle allongée et de la moelle épinière, consécutive aux destructions avec atrophie des hémisphères du cerveau.*]

5. JUDÉE, Charles-Martin-Marie, né à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*Du délire aigu.*]

6. TERTRAIS, Ernest-Charles, né à Château-Gontier (Mayenne). [*De l'anémie.*]

7. MARCÉ, Louis-Victor, né à Paris (Seine). [*Des kystes spermatiques.*]

8. MELLO DE SOUZA, Luiz, né à Minas (Brésil). [*Considérations sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du nitrate d'argent*]

9. OXAMENDI, Jean-Calixte, né à Matanzas (île de Cuba). [*De l'emploi des purgatifs en médecine.*]

10. SALADIN, Louis-Prosper, né à Saint-Didier (Ardèche). [*Choix d'une nourrice.*]

11. MONTOZON, Alexandre-Pierre-Louis-Henri, né à Valence (Drôme). [*De l'heureux emploi de la teinture d'iode dans le traitement de la dysentérie chronique.*]

12. PETIT, Alfred-Théodose, né à Lille (Nord). [*L'œil est divisé en trois parties.*]

13. LAFFONT, Jean-Bertrand-Émile, né à Toulouse (Haute-Garonne). [*De l'abus de l'hérédité ou pathogénie.*]

14. LECLAIRE aîné, Philippe-Marie, né à Vannes (Morbihan). [*Des marais ; des miasmes paludéens.*]

15. DUTEMS, Louis-François, né à Flavy-le-Martel (Aisne). [*Sur l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire et l'hygiène des personnes prédisposées à cette affection.*]

16. LÉPINE, Antoine-Hippolyte-François, né à Dijon (Côte-d'Or). [*Essai sur la régénération osseuse.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 17 janvier 1856.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.— ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : DANGER DE LA SAIGNÉE DANS L'APOPLEXIE. — CATHÉTÉRISME DU LARYNX ET DES BRONCHES : INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES POUMONS.

L'Académie de médecine a entendu dans sa dernière séance: 1° Une notice de M. H. Larrey sur M. Ernest Cloquet, dont nous avons annoncé la fin si malheureuse, notice simple et touchante qui a été écoutée avec beaucoup d'intérêt. 2° Un rapport très favorable de M. Ségalas sur des observations de lithotritie adressées par M. Cazenave (de Bordeaux), et qui ont été renvoyées au comité de publication; 3° Une importante lecture de M. le docteur Delpech sur une maladie propre aux ouvriers qui travaillent le caoutchouc vulcanisé. On trouvera au compte rendu de la séance un résumé détaillé de ce travail, qui ouvre la voie à des recherches très intéressantes d'hygiène publique.

— L'an dernier (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 154), nous avons eu l'occasion de nous occuper d'un rapport de M. le docteur Craninx à l'Académie de médecine de Belgique sur un travail de M. Putégnat relatif aux dangers de la saignée dans l'apoplexie. La discussion attendue sur le rapport et sur la question de pratique qui s'y rattache devait donc avoir pour nous un intérêt particulier. Aujourd'hui qu'elle a eu lieu, nous avons un regret à exprimer: c'est qu'elle ait pris les choses de trop haut. C'est un des mérites de l'Académie belge d'envisager souvent les questions par leur côté général; mais, dans cette circonstance, on a moins agrandi une petite question que placé plusieurs grandes questions à côté d'une petite. La valeur de l'anatomie pathologique dans les maladies, la distinction des diverses espèces d'apoplexies, l'absence de lésions appréciables du cerveau dans les fièvres pernicieuses apoplectiformes, voilà sans doute autant de sujets de haute importance et qui étaient dignes de plaire à MM. Lebeau, François, Raikem, Craninx; mais ce qu'il s'agit de décider peut être détaché de ce vaste cadre et étudié séparément; car ceux qui se méfient quelque peu de la saignée dans l'apoplexie ont toujours entendu parler ou de l'hémorrhagie confirmée du cerveau, ou de l'état congestif qui la rend imminente. Il y a plus, on a soutenu qu'une saignée pratiquée pour toute autre affection, une saignée de précaution, par exemple, était capable d'occasionner instantanément une hémorrhagie cérébrale. Dès lors, deux questions se présentent, qui peuvent être jugées sur les faits, sans le secours de la pathologie générale ou d'aucune considération théorique : 1° Étant donnés les symptômes d'une congestion ou d'une hémorrhagie du cerveau, la saignée peut-elle être nuisible? 2° Ces lésions peuvent-elles être déterminées directement par la saignée?

Ce n'est pas, disons-le, la faute du rapporteur si la discussion a dévié. Dès que les orateurs le lui ont permis, il l'a ramenée sur son vrai terrain. Mais peut-être alors ne l'a-t-il pas circonscrite en des termes assez rigoureux. « J'ai, dit-il, établi dans mon rapport différentes distinctions; j'ai commencé par dire que l'apoplexie, dans certaines circonstances, guérissait par les seuls efforts de la nature; j'ai établi que, dans une foule de cas, de petits épanchements se font dans le cerveau, et que ces petits épanchements s'absorbent et guérissent sans aucune espèce de remède. J'ai signalé ensuite d'autres apoplexies où la saignée, dans la grande majorité des cas, est utile, nécessaire; ce sont les apoplexies de moyenne intensité, où un caillot est formé, où le cerveau est déchiré, où il faut prévenir de nouveaux épanchements, favoriser l'absorption. J'ai établi une troisième catégorie, où les accidents sont très graves, très intenses, où la vie est quasi éteinte et où certes la saignée peut venir ajouter aux accidents qui existent déjà et hâter de quelque temps, de quelques heures, la mort du malade. » (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XV, n° 1.) Tout cela est sage, tout cela est vrai, mais ne va pas jusqu'au vif de la question. Le sens de ces préceptes est manifestement que la saignée est *indiquée*, conséquemment qu'elle sera le plus souvent utile, *et ne sera jamais nuisible*, quand les épanchements seront trop considérables pour être abandonnés à eux-mêmes, ou quand l'oppression de l'activité cérébrale ne sera pas trop forte. Or, ce qu'il s'agit de savoir, c'est si la saignée peut exercer sur la circulation encéphalique une influence telle qu'une hémorrhagie déjà formée en soit aggravée, indépendamment de toute considération de degré, de date, d'activité cérébrale, etc., ou, plus encore, qu'une hémorrhagie puisse se former de toutes pièces.

Eh bien, nous répétons ce que nous avons avancé plus d'une fois, oui, une saignée pratiquée pour un épanchement sanguin du cerveau peut en faire naître un second; oui, une saignée peut déterminer la production d'un épanchement. Nous avons déjà dit ce que nous pensions des causes directes de ce phénomène ; aujourd'hui nous nous contenterons de rappeler — et cette remarque concorde avec celle d'un des praticiens les plus expérimentés de la Belgique, de M. le docteur Fallot — qu'un pareil accident se produit surtout chez les individus âgés, débiles, cacochymes et atteints d'hydrohémie. Chez ces individus, donc, on ne devra saigner qu'avec modération, et nous recommandons particulièrement, d'après les vues exposées dans notre article de l'an passé, de tirer le sang par une petite ouverture et le plus lentement possible, contrairement à la pratique générale, *afin de ne pas désemplir trop brusquement le système circulatoire.*

Du reste, les praticiens qui ont vu la saignée favoriser l'apoplexie commencent à être assez nombreux, et nous profiterons de l'occasion pour ajouter aux noms de MM. Cruveilhier, Aussagnel, Voillot, Kirkland, Fothergill, Aberdeen, Barbette, Darwin et Demarquette ceux de MM. Filippo Lussana et Luigi Crosio, qui, dans un travail publié en commun dans la GAZETTE MÉDICALE DE LOMBARDIE (4 juin 1855), ont rapporté deux observations où une apoplexie imminente s'est confirmée après la saignée. Nous ajouterons que l'explication donnée de ce fait par les auteurs est, à peu près, celle que nous avons nous-même adoptée.

— Quand l'Académie de médecine de New-York s'occupa des tentatives faites en Amérique pour porter des liquides caustiques dans le larynx, dans la trachée et jusque dans les bronches, nous fîmes d'expresses réserves relativement à la possibilité d'introduire à cette profondeur, dans les voies aériennes d'un sujet vivant, des tubes de caoutchouc et des tiges de baleine (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 667). Ces réserves mêmes nous ont créé, pour ainsi dire, l'obligation de reproduire le travail dans lequel le plus actif promoteur du cathétérisme des conduits aériens, M. Horace Green, décrivait les procédés employés, racontait des expériences faites en public,

et répondait aux critiques dirigées contre l'opération (*ibid.*, t. II, p. 851). Il était bon, d'ailleurs, de mettre les médecins de ce pays-ci en état de juger sur pièces une innovation qui a suscité en Amérique des débats passionnés, et assez longuement défrayé la critique des écrivains anglais. Mais, ce devoir rempli, nous avons voulu recueillir aux sources les principales objections élevées contre la pratique américaine, afin de pouvoir, avec plus de connaissance de cause, dire nettement ce que nous en pensions.

Ces objections, précisément, viennent d'être résumées dans The Lancet par l'un des opposants dont se plaignent le plus les partisans du cathétérisme laryngé : M. Erichsen, l'auteur de *Science et art en chirurgie*. Elles diffèrent peu de celles que nous avions nous-mêmes présentées, et ne pénètrent pas d'ailleurs dans la partie thérapeutique du sujet. A notre sens, il y a deux questions à examiner : premièrement, s'il est facile, comme on l'a dit, ou même possible, de faire pénétrer des instruments dans le larynx et la trachée, et d'enfiler à volonté la bronche droite ou la bronche gauche ; secondement, à supposer l'opération praticable, quel parti l'on en peut tirer pour le traitement des affections de l'arbre respiratoire.

Or, sur le premier point, les expériences très spécieuses de M. Green ne nous paraissent pas entièrement démonstratives. Des individus chez lesquels on avait poussé un tube de caoutchouc dans la direction de la trachée éteignaient la lumière d'une bougie en exécutant une forte expiration, bien que le tube fût passé dans un écran. De plus, la flamme était, dit-on, agitée en sens contraires, suivant que l'air était attiré dans la poitrine ou qu'il en était expulsé. Mais nous ignorons jusqu'à quel point des phénomènes analogues ne pourraient pas avoir lieu, d'une manière plus ou moins distincte, sous l'influence des mêmes mouvements respiratoires, avec un tube introduit par l'œsophage et mettant les gaz de l'estomac en libre communication avec l'air extérieur. S'il est difficile de concevoir que l'inspiration puisse appeler l'air dans la poche gastrique, on peut au moins admettre qu'une expiration brusque, à laquelle concourt la contraction des muscles abdominaux, est susceptible de chasser au dehors, par le tube, une certaine quantité de gaz stomacaux. Les oscillations de la flamme étaient-elles assez régulières, dans les expériences de M. Green, pour rendre cette supposition inadmissible ? C'est ce que nous n'oserions affirmer. Mais il y avait un moyen, un moyen décisif, de lever toute incertitude : c'était de faire inspirer le sujet à l'air libre, puis de recueillir dans l'eau les gaz chassés par le tube pendant l'expiration, et de répéter ainsi l'épreuve cinq ou six fois. Il eût été aisé de s'assurer si ces gaz venaient des voies respiratoires ou des voies digestives. Tant que cette expérience n'aura pas été faite, nos doutes subsisteront.

Il ne s'agit encore que d'un tube élastique ; et comme l'introduction d'un pareil tube dans le larynx est possible et même assez facile sur le cadavre, ainsi que le reconnaissent les adversaires de M. Green, il ne serait pas sage de nier *à priori* que, sur le vivant, la sensibilité des cordes vocales ne pût, après des attouchements répétés, s'émousser à un degré suffisant pour permettre le passage d'un corps souple et bien huilé. Mais il n'en est plus de même en ce qui concerne une tige de baleine munie d'une éponge, surtout quand cette éponge est imprégnée d'une solution caustique. A cet égard, nous partageons entièrement le scepticisme de M. Erichsen et de la plupart des membres de la commission académique de New-York (*Gaz. heb.*, t. II, p. 667). En outre, ainsi que le fait remarquer M. Erichsen, la courbure que doit nécessairement présenter la tige de baleine près de l'extrémité à laquelle est fixée l'éponge, — disposition excellente pour aller toucher simplement les lèvres de la glotte — devient un obstacle considérable dès qu'il s'agit d'entrer plus avant, attendu que la courbure doit tendre à augmenter sous la pression exercée à l'autre bout par la main de l'opérateur.

Maintenant, supposons l'opération praticable avec l'un et l'autre instrument, quel bénéfice en pourra retirer la pratique? Pour notre part, nous n'en imaginons qu'un seul, celui de pouvoir porter sûrement une solution caustique dans les ventricules mêmes du larynx, où il n'est pas douteux qu'elle ne pût rendre les mêmes services que dans le pharynx ou sur les ligaments aryténo-épiglottiques. Mais alors la voie serait, pour ainsi dire, trop sûre et trop commode. L'éponge, bien qu'essuyée en partie sur les ligaments aryténo-épiglottiques, exprimerait sur la muqueuse ventriculaire une quantité de liquide caustique impossible à mesurer, et qui pourrait occasionner de graves accidents. L'injection par un tube aurait, sous ce rapport, encore plus d'inconvénients. En sorte que le mieux, jusqu'à plus ample informé, nous paraît être de s'en tenir à la pratique actuelle qui consiste à porter l'éponge faiblement chargée à l'entrée de la glotte, et, si l'on tient absolument à cautériser l'intérieur de la glotte, à maintenir l'instrument en place pendant qu'on engage le sujet à exécuter une forte inspiration. On arrive ainsi à faire tomber quelques gouttes du liquide dans les ventricules et jusque *sur* les cordes vocales inférieures, ce dont on est averti par un violent accès de toux et de suffocation.

Quant à la pratique des injections médicamenteuses dans les poumons, à supposer toujours qu'on en eût les moyens, nous la croyons tout à fait illusoire. On injectera, comme on croit l'avoir fait en Amérique, quelques grammes d'une solution dans une cavité qui contient plus de cent pouces cubes d'air ; il y aura bien de la chance si le médicament va toucher juste la partie malade. Ou bien, l'injection, de nature moins active, sera plus copieuse, et tout ce qui sera sain dans les poumons sera soumis à une médication au moins inutile. Les observations rapportées dans le mémoire de M. Green, et que nous avons reproduites intégralement, sont loin d'être concluantes, et quand on se rappelle que l'auteur espère aller attaquer et cicatriser, par des moyens de ce genre, de vraies cavernes tuberculeuses, bien plus, qu'il a la conviction d'y avoir déjà réussi, on ne peut se défendre de songer que les illusions ne sont pas faites seulement pour le commun des hommes, mais qu'elles sont souvent le partage des esprits les plus distingués. A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX (1).

Mémoire sur le tissu hétéradénique, par M. le docteur Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 25 juin 1855.

§ Ier. Description générale du tissu hétéradénique.

Le tissu dont ce travail renferme la description est de production accidentelle. Il a été rencontré habituellement dans des régions dépourvues de glandes, bien que, sous plusieurs rapports, il se

(1) Nous prévenons MM. les abonnés que les *Travaux originaux*, les articles d'*Histoire et critique* et les comptes rendus de *Sociétés savantes*, qui paraissent aujourd'hui ou pourront paraître dans l'ancien caractère, étaient composés avant la fin de l'année 1855.

rapproche de la structure de ces parenchymes. Lorsqu'il se trouvait contigu à quelqu'un de ces organes, il n'y avait pas continuité entre eux, ainsi que le prouvent les trois observations qu'on lira plus loin, choisies entre neuf recueillies jusqu'à ce jour. La marche des tumeurs qu'il forme est fréquemment analogue à celle des produits morbides que leur tendance à envahir les tissus voisins a fait quelquefois réunir en un même groupe, malgré les différences de structure les plus radicales.

Deux fois il a été trouvé dans les sinus maxillaire et ethmoïdal des fosses nasales (1) une fois dans la région parotidienne, une fois dans l'épaisseur du muscle masséter et dans la peau qui le recouvre; une fois dans la cavité de l'orbite, d'où il s'étendait dans la cavité du crâne et dans la fosse temporale. Deux fois il a été trouvé entre les lobes écartés du corps thyroïde, mais restés sains; et en même temps il existait deux autres tumeurs de même nature, adhérentes aux vertèbres cervicales et comprimant la moelle épinière. Dans un dernier cas, enfin, le même sujet portait trois tumeurs de ce genre: l'une dans la cavité abdominale au-devant de la colonne lombaire; une seconde au sommet du sternum, qu'elle avait en partie détruit, et une autre, derrière le cou, s'étendait de la sixième vertèbre cervicale à la troisième dorsale. La structure du tissu est essentiellement caractérisée par des filaments tubuleux, repliés ou non, tantôt ramifiés à leurs extrémités, tantôt offrant, d'espace en espace, des prolongements ou subdivisions toutes terminées en doigt de gant, comme dans les glandes en grappe. Une autre analogie avec les tissus glandulaires résulte de la présence dans ces tubes d'un épithélium qui quelquefois ne fait que tapisser leur face interne, et d'autres fois les remplit complétement.

Ce tissu s'est toujours présenté sous forme de masses arrondies ou un peu aplaties, dont la subdivision en lobes ou lobules, séparés par du tissu cellulaire parcouru par des vaisseaux capillaires, ne laisse pas que d'augmenter sa ressemblance avec les parenchymes glandulaires. La couleur et la consistance de ce tissu sont également très analogues à celles des organes sécréteurs; aussi l'on peut, sans craindre de blesser les règles de la logique, donner un nom à ces productions, le nom commun de *tissu* ou *tumeurs hétéradéniques* (Ἕτερος, autre, ἀδήν, glande), qui indique à la fois leur origine accidentelle et leur ressemblance avec les glandes.

Bien que, par sa structure intime et son aspect extérieur, ce tissu ne soit absolument identique à celui d'aucune des espèces de glandes normales, son analogie avec les glandes en grappe en général ne saurait être méconnue. Mais de ce qu'une description générale vient d'en être esquissée ici, on ne serait pas autorisé à en conclure non plus que tous les cas observés étaient identiques les uns avec les autres. En effet, les tumeurs hétéradéniques forment un groupe dans lequel on compte déjà trois espèces ou variétés dont le caractère commun est l'analogie de structure avec les glandes en grappe. Sur les neuf cas observés, deux appartiennent à la première espèce ou variété, qui de toutes est la plus ressemblante aux glandes acineuses; cinq à la deuxième espèce ou variété, qui s'en rapproche sous certains rapports, mais s'en distingue déjà par plusieurs particularités singulières; deux autres, enfin, appartiennent à la troisième espèce.

Plus le nombre des observations se multipliera, plus les différences de ces trois espèces hétéradéniques deviendront manifestes aux yeux des anatomistes et au point de vue de leur marche, de leurs symptômes tirés des phases de leur évolution. Cela est surtout manifeste pour la dernière espèce ou variété.

Ce qu'il importe surtout de mettre en évidence pour le moment, c'est :

1° L'existence de tumeurs qui ont la marche envahissante de ce qu'on nomme *tumeurs cancéreuses*;

2° La tendance à devenir multiples, et par conséquent à récidiver, ailleurs ou sur place, après ablation de la première qui s'est montrée;

(1) Depuis la rédaction de ce travail, j'ai eu l'occasion d'observer avec M. Ordonnez et de montrer à mon cours un nouveau cas de tumeur de ce genre. Je le dois à M. Broca, qui en a fait l'ablation à l'hôpital des Cliniques, en a dessiné les éléments et en a fait le sujet d'une de ses leçons. La structure intime de *cette tumeur* offrait les mêmes particularités que celles qui sont rapportées dans la *deuxième observation* de ce travail, sauf les différences secondaires rencontrées d'un sujet à l'autre et selon le siége de la tumeur.

3° Qui ont les caractères extérieurs de cet ensemble de produits morbides divers dont, sous le nom de *cancer*, on a réuni les caractères physiques pour en donner un tableau unique plus saisissant;

4° Qui ont été diagnostiquées et désignées à l'œil nu, du nom de *cancer*, dans trois des cas où on leur a donné un nom avant de les faire examiner, et *fibro-plastiques*, dans deux autres cas.

Or, ces tumeurs ont toutes offert une structure particulière très manifeste, et cette structure même a une analogie avec les glandes, qui ne peut être contestée et qui ne l'a jamais été.

Ce qu'il importe enfin de signaler, c'est la génération de produits morbides, sous forme de tumeurs, loin des glandes, se comportant comme la grande majorité des tumeurs, par leur envahissement, la destruction des os, des muscles et des autres tissus, et qui ont pourtant une structure nettement déterminée, susceptible d'être comparée à celle des parenchymes connus, au point de pouvoir établir les analogies et les différences qui existent entre eux.

Description sommaire des trois espèces ou variétés de tissu hétéradénique.

A. Dans la *première variété* de tumeurs hétéradéniques, les filaments offraient manifestement, à l'une de leurs extrémités, des subdivisions en cœcum, disposées comme celles dont l'ensemble constitue les *acini* des glandes en grappe, et entourés d'une mince couche de tissu cellulaire. Chacun des filaments, terminé par des subdivisions en cœcum, se compose : 1° d'une gaîne homogène finement granuleuse, transparente comme celle des culs-de-sac des glandes acineuses; 2° d'une couche épithéliale, formée, en général, par une ou deux rangées d'épithélium offrant en quelques points l'état de noyaux libres, et ailleurs celui de cellules pavimenteuses. En général, ces tubes, déprimés et aplatis, ne renfermaient qu'une petite quantité de liquide incolore, ou des globules granuleux foncés, dits *globules granuleux de l'inflammation* ou *d'exsudation*. (Voir l'observation Ire de ce travail.)

B. Dans la *seconde variété*, les filaments tubuleux, en général d'une longueur considérable, étaient repliés sur eux-mêmes d'une manière élégante, mais difficile à décrire. D'espace en espace, ils offraient : 1° soit des prolongements cylindriques de même volume ou plus étroits qu'eux-mêmes, brusquement terminés en cœcums arrondis; 2° soit des espèces de renflements ou grains, pédiculés, piriformes, adhérents par leur petite extrémité. Les filaments et leurs appendices offraient la même structure intime que dans la première variété, c'est-à-dire une mince paroi propre, ou gaîne, et un épithélium soit nucléaire, soit pavimenteux. Seulement, cet épithélium, au lieu de former simplement une couche à la face interne de la gaîne et de ses subdivisions, la remplissait complétement, et en formait alors des cylindres pleins. Enfin, dans ces filaments tubuleux ou leurs appendices piriformes et autres, se trouvaient des corps transparents élastiques, de nature azotée, sphériques ou ovoïdes, isolés ou soudés ensemble par un point de leur surface, tantôt complétement homogènes, tantôt pourvus d'un contenu granuleux, avec ou sans noyau central, ce qui les a fait appeler *corps oviformes*. (Voir, plus loin, l'observation II de ce travail.)

C. La *troisième variété* du tissu hétéradénique offre une structure plus simple que les précédentes et une plus grande friabilité. Celle-ci est due à l'absence complète ou presque complète de tissu cellulaire, avec des vaisseaux peu abondants, si ce n'est dans le tissu fibro-cellulaire de sa surface. Les filaments se composent simplement de cylindres pleins, composés d'épithélium nucléaire presque partout, prismatique ou pavimenteux par places, à noyaux sans nucléoles, plus gros et plus granuleux que dans les cas signalés précédemment. Ces éléments étaient réunis en filaments pleins, cylindriques, assez courts, larges, ramifiés d'espace en espace ou à leurs extrémités. Ce n'était plus une paroi propre ou gaîne qui les maintenait, mais une matière amorphe granuleuse, existant entre eux, et les dépassant dans une petite épaisseur à la surface des cylindres. Dans quelques-uns de ces cylindres se trouvaient

des globules ou concrétions particulières décrites dans la troisième observation publiée à la fin de ce travail.

Des trois espèces ou variétés, la dernière est, de toutes, celle qui s'éloigne le plus des glandes ou autres parenchymes, surtout par la conformation des filaments ramifiés et terminés en doigt de gant qui la composent, ainsi que par la forme, la structure et la nature des globules ou concrétions qu'ils renferment. Cette espèce formera certainement le sujet d'une description bien distincte de celle des précédentes. Mais le fait essentiel à mettre en relief, c'est qu'elle offre une structure particulière, aussi manifeste et aussi nettement caractérisée que celle des précédentes. Toutefois, l'absence de paroi propre, bien isolable autour des cylindres, l'adhérence des cellules et des noyaux par simple contact et par interposition d'un peu de matière amorphe granuleuse, sont autant de particularités qui font que les éléments se dissocient plus facilement que dans les autres, surtout au bout de un ou deux jours après la mort ou après l'ablation, et que, par suite, la préparation exige un peu plus de soins pour être pleinement démonstrative.

Les observations qui se trouvent dans ce travail viennent, avec les observations analogues déjà publiées isolément, prouver que la propriété qu'ont les éléments anatomiques de naître de toutes pièces, à l'aide de matériaux, d'un blastème, en un mot, arrivant molécule à molécule en un point déterminé de l'économie, n'est pas borné à l'âge embryonnaire, ni même à l'âge fœtal On la retrouve chez l'adulte, soit d'une manière régulière, comme dans le cas de la reproduction des tissus lésés, où elle prend le nom de régénération ou de cicatrisation, soit d'une manière irrégulière. Mais le fait le plus important est celui de la *génération accidentelle dans des régions dépourvues de glandes de tissus ayant la structure des glandes, la texture des glandes en grappe, sans pouvoir se rapporter exactement à aucune des espèces de glandes connues*. On comprend que ce fait, constaté dans les observations suivantes pour la neuvième fois, et dans plusieurs points de l'économie simultanément, soit susceptible de nous éclairer sur l'énergie de la propriété de naissance de tissus nouveaux chez l'adulte, et sur la nature des éléments anatomiques qui peuvent se produire pathologiquement.

Outre la production de tissus accidentels par hypergénèse ou pullulation exagérée des éléments normaux, rien de plus certain, d'après ces observations, que le fait de la naissance de masses organisées, lobées et lobulées comme des organes glandulaires, offrant des grains ou acini composés de culs-de-sac multilobés, dont chacun offre une paroi ou gaîne tapissée d'un épithélium nucléaire ou formé de cellules régulièrement juxtaposées. Seulement, bien que ce soient là les caractères de structure des glandes pourvues de conduits excréteurs, ces canaux ont toujours manqué dans les cas observés jusqu'à présent. Ce fait n'a rien pourtant qui doive surprendre : le tissu sécréteur des glandes en grappe, ou leurs acini, a en effet, dans toutes les glandes, une structure complétement distincte des tissus des canaux excréteurs, tant sous le rapport des tuniques propres que sous celui de l'épithélium. Le mode de la naissance normale de l'un et de l'autre est différent chez l'embryon ; les maladies de l'un et de l'autre sont différentes aussi. Il n'est, par conséquent, pas surprenant de voir, dans le cas de naissance accidentelle d'un tissu analogue à l'un des deux, l'autre ne pas se produire.

Il est encore un autre fait à signaler. Beaucoup d'auteurs, faute de connaître exactement ce que sont, dans les tissus et les éléments anatomiques, les propriétés de nutrition, de développement et de naissance, toutes bien distinctes les unes des autres, ont été conduits à admettre que ce sont les noyaux normaux du tissu cellulaire (noyaux fibro-plastiques normaux) qui sont le point de départ des produits morbides connus sous les noms de tumeurs fibro-plastiques, de cancer, et autres encore. C'est, au fond, ne vouloir reconnaître la propriété de naître, chez l'adulte, qu'aux éléments qui conservent à cet âge les caractères qu'ils avaient chez l'embryon ; car ces noyaux-là abondent en effet dans les tissus de l'embryon, et les composent, pour la plus grande masse, pendant un certain nombre de jours. Cette hypothèse, qui donne au fond une origine unique à des tissus morbides si différents, n'a jamais été appuyée par l'observation. En effet, soit que l'on ait examiné la surface ou la profondeur de ces masses hétéradéniques, soit que l'on ait observé la structure des plus petits lobes isolés çà et là autour de la masse principale et ne communiquant pas avec elle, jamais ces noyaux n'ont été rencontrés ou n'ont été vus en quantité notable, telle que celle qu'on trouve dans les tumeurs qui en sont formées, et qu'on enlève souvent lorsqu'elles sont en voie d'agrandissement rapide. Ce serait également se mettre en opposition directe avec ce qu'on observe lors de la production normale des glandes chez l'embryon, que d'admettre que ce sont les mêmes noyaux qui donnent naissance, dans les cas dont il est ici question : 1° à la gaîne homogène, hyaline des culs-de-sac hétéradéniques ; 2° aux épithéliums qui les tapissent ; 3° aux corps dits *oviformes* qu'ils renferment quelquefois, etc...

Il faut bien reconnaître que, dans les cas morbides, de même que dans les cas accidentels, les tissus glandulaires et hétéradéniques ont un mode de naissance qui est analogue, mais qui, pour eux ensemble, est différent du mode de naissance des éléments musculaire, nerveux, cartilagineux, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur une nouvelle méthode de pansement des grandes plaies (méthode anaéroplastique).

Monsieur le rédacteur,

J'ai cherché, comme tous les chirurgiens, le moyen d'éviter le terrible accident qui enlève la plupart des malades qui succombent à la suite des grandes opérations : je veux parler de la résorption purulente. Mes recherches m'ont conduit à imaginer une méthode de pansement qui a la plus grande analogie avec celle que vous faites connaître dans le n° du 7 décembre de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Le résultat de mes premières expérimentations a été consigné dans une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 12 février de cette année, par M. le docteur Pupier, un de mes anciens internes.

Permettez-moi d'appeler un instant l'attention du lecteur sur une méthode de traitement destinée peut-être à opérer une véritable révolution en chirurgie. Je le pensais et le disais tout bas aux témoins de mes premiers essais. Aujourd'hui que le moyen, au lieu d'être timidement proposé par un obscur chirurgien de province, se présente sous le patronage d'un nom célèbre, il m'est permis de le dire tout haut.

La thèse de M. Pupier, à laquelle je vous renvoie, vous dira par quelle suite d'idées j'ai été conduit à appliquer au traitement de mes amputés la méthode des pansements sous l'eau. Sans entrer dans une discussion qui m'entraînerait beaucoup trop loin, au sujet des points qui, dans l'histoire de la pyoémie, sont encore en litige, je vous demande la permission de formuler mon opinion. Ce sera pour moi l'occasion de vous fournir une explication, à mon sens bien plus satisfaisante et plus vraie, des phénomènes observés à la clinique de M. Langenbeck, que celle qui a été donnée par l'honorable confrère signataire de l'article que j'ai sous les yeux.

Il y a longtemps que les termes du problème à résoudre ont été posés. L'innocuité des plaies sous-cutanées démontre suffisamment que la présence de l'air sur les plaies est la cause première des accidents Comment l'air agit-il? Question délicate ; mais enfin voici l'explication qui me paraît la plus juste : Aussitôt que l'opération est terminée, le sang et les liquides qui s'écoulent à la surface de la plaie se décomposent sous l'influence du contact de l'air ; il y a formation de gaz sulfhydrique, de gaz putrides, si vous voulez bien me passer cette expression, qui sont résorbés en partie et exercent sur l'économie une influence fâcheuse. Il y a, en un mot, une véritable intoxication, dont l'économie triomphe souvent, mais qu'elle ne domine pas toujours, surtout lorsque le malade se

trouve placé dans des conditions hygiéniques peu favorables, comme cela arrive dans nos salles d'hôpitaux. Alors, les phénomènes de cicatrisation ne se déroulent pas d'une manière convenable, des phlébites suppuratives se manifestent, le pus passe dans le torrent circulatoire, la résorption purulente est un fait accompli, et la mort en est la conséquence, on peut le dire, à peu près inévitable.

Préoccupé depuis longtemps de ce phénomène initial, décomposition des liquides et formation de *gaz toxiques*, j'ai cherché, dès le début de ma pratique, à le prévenir, ou tout au moins à neutraliser ses effets. Je ne vis d'abord d'autre moyen que de faire des pansements fréquents, de laver avec soin la surface des plaies afin d'entraîner les liquides, et d'enlever le foyer d'infection au fur et à mesure qu'il se formait. Ces simples précautions m'ont déjà donné des résultats satisfaisants.

Un chirurgien a mauvaise grâce à parler des succès qu'il a obtenus. Je ne suis, du reste, pas en mesure de vous donner une statistique exacte de ma pratique; mais les lignes suivantes, que j'emprunte à la thèse de M. Pupier et à celle de M. Coutaret vous montreront que, par les internes de l'Hôtel-Dieu, témoins impartiaux et désintéressés, ma pratique a été jugée heureuse.

« L'avantage des pansements multipliés était depuis longtemps, » pour M. Valette, une vérité acquise et pratiquement démontrée. » Il avait pour habitude, dans son service, de laver la plaie, de » déterger avec soin le pus et tous les liquides sécrétés dès le lendemain de l'opération. A cette conduite, il attribuait des résul» tats heureux à la suite de cas très graves, tels que désarticula» tions d'épaule et de genou (1). » (Pupier, thèse inaug., p. 31.)

« M. Valette qui, à Lyon, passe pour avoir beaucoup de bon» heur dans ses opérations, est persuadé qu'il doit ses succès à la » précaution qu'il a de panser la plaie le lendemain même de » l'amputation, d'y faire des injections d'eau tiède pour chasser » toutes les molécules putrides, et de renouveler ce pansement » deux fois par jour. Ce chirurgien a eu de belles séries de succès.» (Coutaret, *Des ligatures caustiques*, thèse inaug., août 1855, p. 7.)

Quoi qu'il en soit, je cherchai longtemps à résoudre le problème d'une manière plus satisfaisante, et à reproduire autant que possible les conditions si favorables des plaies sous-cutanées. C'est dans ce but que j'imaginai l'appareil décrit dans la thèse de M. Pupier, et qui me permet de placer immédiatement après l'opération les moignons dans un liquide, et de les y laisser quinze à vingt jours consécutifs. Cet appareil consiste tout simplement en une caisse rectangulaire, percée sur une paroi latérale d'une ouverture destinée au passage du moignon, ayant un robinet à sa partie inférieure pour l'écoulement du liquide, et fermée supérieurement par une vitre glissant à coulisse pour permettre d'inspecter chaque jour de l'œil et de la main l'état de la plaie. Un manchon de caoutchouc, s'adaptant exactement au moignon sans l'étrangler, le relie à la boîte et s'oppose à la fuite du liquide.

M. Langenbeck emploie l'eau chaude, et M. Picard semble attribuer à ce choix les succès obtenus. Le point principal est, à mon avis, la soustraction de la plaie au contact de l'air. J'ai eu un instant la pensée d'employer l'huile; j'y ai renoncé à cause de l'action dissolvante qu'elle exerce sur le caoutchouc. J'ai eu recours à l'eau d'abord. La lecture de mes observations vous fera voir que j'étais obligé de refroidir le liquide, dont la température s'élevait assez rapidement, et en cela j'obéissais à une indication fournie par les malades eux-mêmes : ils étaient soulagés lorsque le liquide avait une température peu élevée, ils souffraient dans le cas contraire. L'eau simple me parut offrir des inconvénients; elle se décomposait assez facilement, elle dissolvait le pus, et au bout de quelques jours j'avais un liquide blanchâtre et exhalant une mauvaise odeur. Aussi j'employai bientôt l'eau aromatisée avec le benjoin et rendue un peu astringente par l'addition d'une certaine quantité d'alun. Les résultats me parurent plus satisfaisants encore; le pus est coagulé à mesure qu'il se forme et se précipite au fond du vase, le liquide ne se décompose pas et ne contracte pas de mauvaise odeur. J'ai employé aussi l'eau créosotée, l'eau alcoolisée, l'eau très étendue de perchlorure de fer. Cette eau perchlorurée est celle qui m'a donné les meilleurs résultats. J'ai hâte d'ajouter que je n'ai pas des faits assez nombreux pour m'être formé une opinion arrêtée au sujet du choix du liquide. Les observations que j'ai pu recueillir, et qui sont relatées avec détail dans la thèse de M. Pupier, me permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° La nouvelle méthode de pansement, en mettant la plaie à l'abri du contact de l'air, est le plus sûr moyen de prévenir la résorption purulente. Son premier et son plus grand avantage, c'est l'innocuité.

2° Le fait clinique capital que j'ai observé est l'atténuation très sensible de la fièvre traumatique; c'est là une particularité qui a frappé l'attention des personnes qui ont suivi mes opérés.

3° L'absence de pansements supprime une cause de douleur et d'inquiétude pour le malade; elle rend les soins plus faciles. Cette circonstance n'est pas toujours à dédaigner. Cette méthode de traitement, appliquée dans les ambulances militaires, présenterait, sous ce rapport, des avantages sérieux. A l'armée, les pansements journaliers sont impossibles. J'ai recueilli, de la bouche de plusieurs officiers amputés en Crimée des renseignements très précis à ce sujet, et, je dois le dire, ils avaient tous emporté plus qu'un reconnaissant souvenir des prodiges de zèle et de dévouement accomplis par les médecins, qui n'ont à partager avec eux que leurs fatigues et leurs dangers.

Je vous laisse le soin, monsieur le rédacteur, de juger la valeur des faits consignés dans la thèse de M. Pupier. Les circonstances ne m'ont pas permis de continuer mes recherches sur ce sujet. J'ai été, en effet, obligé de quitter le service d'aide-major de l'Hôtel-Dieu le 1er avril de cette année pour prendre le service de chirurgien en chef de la Charité. Dans ma nouvelle position, les éléments d'expérimentation m'ont manqué. J'ai un service chirurgical composé exclusivement d'enfants, et, vous le savez, les occasions de pratiquer les amputations chez eux sont fort rares. Les conditions dans lesquelles se trouvent les jeunes sujets ne sont, du reste, plus les mêmes; les guérisons sont chez eux plus facilement obtenues. Une désarticulation du pied et une amputation du bras, que j'ai eu occasion de pratiquer dans mon nouveau service, ne peuvent ajouter grand'chose à la valeur des faits que j'ai recueillis à l'Hôtel-Dieu. Ces quelques lignes suffiront pour vous expliquer pourquoi je n'ai pu donner suite à ces travaux qui me présentaient de si belles espérances. J'ai tout lieu d'espérer que la question sur laquelle vous avez appelé l'attention sera reprise, et que sa solution sera poursuivie. Le but de cette lettre est de signaler à mes confrères cette voie féconde, et aussi de constater que je me suis rencontré sur le même terrain que l'illustre chirurgien de Berlin. Vous trouverez sans doute tout naturel que je tienne à revendiquer un pareil honneur.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc.

A. VALETTE,
chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

— Les caisses de zinc employées par M. Langenbeck pour administrer des bains locaux permanents, bien que très ingénieusement construites, offrent cependant des inconvénients assez sérieux; elles s'appliquent difficilement et donnent lieu souvent à des fuites d'eau, très désagréables dans ces circonstances. Aussi n'avons-nous pas été surpris d'apprendre que M. Langenbeck lui-même se propose de leur substituer des espèces de sacs de caoutchouc, ouverts à leurs deux extrémités, et dont nous avons vu des modèles chez M. Mathieu. Une manchette de caoutchouc est fixée à chacune des ouvertures, et s'applique exactement, dans toute son étendue, sur le membre, en exerçant une douce pression qui empêche le passage de l'eau. De la partie supérieure du sac part un tube flexible qui, faisant office de siphon, amène sur les parties malades l'eau chaude d'un seau placé au-dessus du lit; un tuyau de décharge, s'ouvrant à la partie inférieure de l'appareil, conduit l'eau déjà refroidie dans un autre vase placé à terre. Grâce à cette

(1) J'ai eu l'occasion de pratiquer, pendant la durée de mon aide-majorat à l'Hôtel-Dieu, 3 désarticulations de l'épaule et 3 désarticulations du genou. Ces opérations ont toutes été couronnées de succès.

disposition, rien n'est plus facile que d'obtenir une irrigation continue et une température constante autour d'un segment quelconque des membres supérieurs ou inférieurs, sans qu'il soit nécessaire de toucher à l'appareil pendant toute la durée du traitement si ce n'est pour ajouter de temps en temps de l'eau chaude à celle du seau, dont un thermomètre donne constamment le degré de chaleur. Cette irrigation obvie en même temps à l'un des inconvénients mentionnés par M. Valette, celui du croupissement des matières sanieuses et de la corruption de l'eau. (*Note de la Rédaction.*)

Traitement du bubon ramolli.

A M. LE DOCTEUR DIDAY.

Monsieur et très honoré confrère,

Tout en vous remerciant de l'exquise bienveillance avec laquelle vous avez bien voulu rendre compte, dans la *Gazette hebdomadaire* (t. II, page 879), du mémoire publié par un de mes élèves *Sur le traitement du bubon ramolli*, permettez-moi de relever dans votre article quelques objections qui ne me paraissent pas bien fondées. Et d'abord n'attribuez pas, je vous prie, ma lettre à un excès d'oiseuse susceptibilité. Auteur de la méthode exposée par M. Bouisson, ne m'étant arrêté à ce mode de traitement qu'après plus de deux ans de patientes et minutieuses expériences, je tiens (et c'est assez naturel) à ce que cette méthode soit largement expérimentée, et par cela même il m'importe d'ajouter un léger correctif aux remarques critiques d'un homme aussi compétent que vous, et si haut placé dans l'estime de ses confrères en général, et des syphiliographes en particulier.

1° Le but que je me suis proposé me semble clair et précis. Je tiens à éviter ce que vous appelez avec raison l'ulcération du chancre ganglionnaire, et surtout ce phagédénisme hideux qui accompagne encore trop souvent le bubon ulcéré. Parmi les avantages auxquels je vise, celui d'épargner aux contaminés les traces indélébiles d'une affection toujours peu avouable n'est pas non plus à dédaigner.

En supposant que ce but ait été bien compris, je ne vois pas, je l'avoue, matière à nous accuser de prétention téméraire ; car pour moi, comme pour vous sans doute, s'opposer à l'évolution de symptômes locaux fâcheux n'enlève pas la possibilité de combattre l'intoxication générale, que j'admets, je l'avoue encore, dans la plupart des cas, je devrais peut-être dire dans tous, lorsque l'adénite inguinale est consécutive au chancre (1).

2° Vous paraissez croire que le traitement que je propage doit être seulement utile, et, par conséquent, exclusivement réservé à certains bubons que vous appelez *formés par simple irradiation inflammatoire*, et auxquels vous refusez une nature syphilitique. Ainsi que je viens de vous le dire tout à l'heure, tout bubon qui se déclare à la suite d'un chancre de nature suspecte me paraît toujours fort suspect lui-même ; et je ne sais pas jusqu'à quel point, en admettant même l'irradiation inflammatoire préalable, on pourra refuser à ce bubon la possibilité d'une intoxication consécutive.

Mais en admettant même votre distinction comme l'expression exacte de l'observation clinique, j'ajouterai que, aucun signe caractéristique ne pouvant, avant l'ulcération, différencier le bubon vénérien de celui qui ne l'est pas, il ne peut être indifférent de trouver un moyen qui puisse victorieusement combattre l'un et l'autre (2).

3° Si j'ai bien compris votre idée, vous semblez croire que le bubon vénérien doit forcément s'ulcérer. Ici encore, et à mon grand regret, je ne puis être de votre avis. Et puisque vous invoquez l'inoculation du pus comme le meilleur, si ce n'est l'unique moyen de diagnostic en pareille matière, il est évident que, par la méthode que je propose et qui a pour but d'éviter avant tout l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, vous seriez autorisé à nier la nature syphilitique de tout bubon ramolli qu'on aura pu faire disparaître avant l'ulcération.

Mais voici des faits qui me permettent de répondre aux *desiderata* que vous formulez, sans m'écarter de la pratique adoptée. M. Bouisson a dit dans son mémoire, et j'ai moi-même fait observer dans un travail qui est en ce moment soumis à la Société de chirurgie de Paris, qu'il est des cas où l'application de la teinture d'iode n'a pu éviter l'ouverture spontanée du bubon. Toutefois, avons-nous ajouté, dans ces cas même on peut constater toute l'efficacité de l'iode en voyant que les téguments, malgré la dénudation occasionnée par le foyer sous-jacent, se sont recollés avec promptitude, et que la cicatrisation de la petite plaie s'est opérée facilement et, pour ainsi dire, sans traces. Il y a plus encore : dès le début de notre expérimentation, nous avons voulu précisément nous servir de cette catégorie de faits pour mieux éclaircir nos doutes, et nous avons pratiqué onze fois l'inoculation : neuf fois nous avons obtenu l'ulcération caractéristique, et pour ceux-ci notre mode de traitement n'a pas eu moins de succès que pour les deux autres (1).

4° Il me semble que la dénomination de bubon ramolli n'est pas aussi élastique que vous paraissez le croire. Et si M. Bouisson a spécifié dans quatre cas seulement sur seize qu'il y avait fluctuation manifeste, attribuez-le à cette seule circonstance que je ne désigne dans mon service comme bubon ramolli que ceux où la fluctuation n'est pas douteuse, et je pense n'être pas le seul à adopter cette synonymie. Du reste, ces seize observations ayant été recueillies par les différents élèves internes qui se sont succédé dans nos salles, on comprend facilement que le langage employé par chacun d'eux ne soit pas identique. Tenez seulement pour bien certain, je vous le répète, qu'il n'y a pour nous de bubon *ramolli* qu'autant que la fluctuation y est de la dernière évidence. J'ajoute que c'est précisément dans ces cas que la méthode proposée donne les meilleurs résultats ; et j'affirme que parmi les cent vingt-cinq observations que j'ai déjà recueillies, l'efficacité de ce mode de traitement est d'autant moins douteuse, qu'il s'agit plus incontestablement d'un bubon vénérien.

5° Maintenant, si vous me demandez comment agit l'iode dans cette circonstance, si c'est en transformant le pus virulent en pus simple et neutralisant ainsi le virus syphilitique ou autrement, force m'est de confesser que je n'en sais rien, pas plus que je ne sais pourquoi le mercure est, de toutes les substances médicamenteuses, celle qui neutralise le mieux la désastreuse action du virus syphilitique sur l'ensemble de l'organisme. Tout ce que je puis avancer sans trop de partialité paternelle envers la méthode proposée, c'est que, à part les nombreux faits recueillis par moi-même à l'Hôtel-

(1) Nous avons appelé prétention téméraire celle, annoncée par l'auteur, d'obtenir par son procédé la résolution de tous les bubons, sans distinction de simples et de virulents. Mais le mot *téméraire* n'emportait en quoi que ce fût, sous notre plume, l'acception de dangereuse. Nous nous serions d'autant moins permis envers l'honorable auteur une intention semblable, que nous croyons fermement, avec M. Ricord, que là où il y a bubon virulent, la syphilis constitutionnelle est impossible, et, par conséquent, le traitement mercuriel préventif radicalement contre-indiqué. (*Note de M. Diday.*)

(2) Cette remarque est aussi juste que clairement formulée. Seulement, nous en tirons, l'honorable M. Sirus-Pirondi et moi, chacun une conséquence différente, lui pour les besoins de sa thèse, moi pour ceux de ma critique. En voyant, chez un sujet chancreux, apparaître un bubon, il est, en effet, impossible, au début de sa formation, d'en préciser la nature, d'en prévoir le mode de terminaison. Fondé sur cette obscurité même, s'il ne suppure pas, M. Sirus-Pirondi s'écrie : « S'il était virulent, il aurait infailliblement suppuré ; c'est au vésicatoire ioduré que revient le mérite d'en avoir provoqué la résolution ! » Moi, tout au contraire, s'il ne suppure pas, je réfléchis que, probablement, c'est qu'il était simplement inflammatoire, et que, comme tel, la résolution en était facile à obtenir. Nous ne refusons pas, pour cela, au procédé de M. Sirus-Pirondi une efficacité très grande. Seulement, jusqu'à plus ample informé, nous croyons celle-ci limitée à une certaine espèce de bubons. (*Note de M. Diday.*)

(1) C'est ici le point capital de la discussion. Mais notre très savant et très loyal correspondant reconnaîtra sans doute lui-même qu'il serait sans utilité de l'aborder d'après des faits aussi succinctement énoncés qu'il a cru devoir le faire dans cette présente lettre. Avant tout supplément d'enquête, et à moins que tout ce que nous avons appris et vu ne soit qu'une chimère, il nous semble évident que si le pus d'un bubon ouvert a été inoculable, l'ouverture elle-même d'où provenait ce pus devait avoir les caractères d'un chancre. Or, si c'était un chancre, qu'a-t-on gagné à l'emploi du procédé de M. Sirus-Pirondi ?... Les détails que nous espérons de son obligeance nous édifieront sans doute à cet égard. Mais il voudra bien sympathiser à notre embarras et nous excuser de les attendre avant de prendre un parti pour ou contre le moyen curatif qu'il préconise. (*Note de M. Diday.*)

Dieu, cette méthode a été déjà essayée, à ma connaissance, à Nîmes, à Avignon, et tout dernièrement encore à l'un des hôpitaux militaires de Marseille, et partout elle a fourni les mêmes résultats que ceux indiqués dans le mémoire de M. Bouisson.

Laissez-moi espérer, Monsieur et très honoré confrère, que cette nouvelle application de l'iode n'aura pas moins de succès, employée par vous, que maniée par des mains moins expérimentées. Peut-être même vous devra-t-elle, par la suite, un perfectionnement auquel je ne serai pas le dernier à applaudir.

SIRUS PIRONDI.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

Renouvellement annuel du bureau et de la commission administrative.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président.

Au premier tour de scrutin, M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1856.

M. *Binet*, vice-président pendant l'année 1855, passe aux fonctions de président.

MM. *Chevreul* et *Poncelet* sont nommés membres de la commission administrative.

ZOOLOGIE. — *Note sur des œufs à plusieurs jaunes contenus dans la même coque*, par M. *Valenciennes*. — Le cas le plus rare est celui d'un œuf à trois jaunes. Les œufs à deux vitellus sont plus communs. Dans ces œufs, les jaunes sont petits, déformés ; ils ne se touchent pas entre eux. Chaque vitellus est enveloppé dans sa membrane vitelline propre. M. Valenciennes a fait couver un assez grand nombre de ces œufs, et ils n'ont jamais rien produit. L'auteur a encore trouvé des exemples de cette duplicité du vitellus chez le moineau domestique, l'alouette des champs, le pigeon ramier, la tourterelle des bois, le canard musqué et le cygne.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Cinq rapports sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans plusieurs communes du département des Landes. — *b* Un rapport de M. le docteur *Billot* sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans la commune de Ney (Jura). — *c*. Un rapport de M. Danvin sur une épidémie de fièvre typhoïde dans les communes de Wael et de Willemain. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un rapport de M. *Antellet* sur une épidémie de choléra dans l'arrondissement de Givray. (*Commission du choléra de* 1854.) — *e*. Une lettre de MM. *Sachs* frères, ayant pour objet l'introduction dans le service des hôpitaux d'un nouveau produit importé d'Allemagne, la *waldwolle*, qu'ils considèrent comme propre à la fabrication des objets de literie. (*Comm.:* MM. Davenne, Blache et Bouvier.) — *f*. Un rapport de M. le docteur *de Puisaye*, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales d'Enghien pour l'année 1854 ; un autre rapport de ce médecin sur une épidémie cholérique qui a régné à Enghien pendant la même année. (*Commission des eaux minérales et du choléra.*)

2° M. le docteur *Laforgue*, chirurgien en chef de l'hospice de la Grave à Toulouse, communique à l'Académie un *Mémoire sur le débridement à l'anneau interne dans les hernies inguinales.* (*Comm.:* MM. Laugier et Larrey.)

— M. *Gibert* dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur *Aquino de Fonseca*, relative : 1° à l'emploi avantageux du suc de citron dans le traitement du choléra ; 2° à l'existence de l'éléphantiasis des Arabes au Brésil, contrairement aux assertions de M. da Costa, tendant à établir que cette maladie y avait été remplacée par l'hydrocèle.

— M. le *président* fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur *Martin-Solon*, membre titulaire.

Lectures.

M. *Larrey* donne lecture d'une notice nécrologique sur le docteur *Ernest Cloquet*.

— M. *Depaul*, au nom de la commission des *onze*, propose à l'Académie de déclarer vacantes deux places : l'une dans la section de *pharmacie*, l'autre dans celle de *chimie et de physique médicales*.

— M. *Robinet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports négatifs sur différentes recettes proposées par des empiriques étrangers à la médecine. Les conclusions défavorables sont adoptées par l'Académie.

CHIRURGIE. — M. *Ségalas* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Cazenave* (de Bordeaux), intitulé : « Histoire de trois lithotrities faites avec succès : la première sur un médecin âgé de soixante-quinze ans ; la seconde sur un autre médecin âgé de quarante-cinq ans, et la troisième, plus la taille bilatérale, sur un enfant âgé de huit ans. »

OBS. I. — M. V..., âgé de soixante-quinze ans, traité d'abord pour une valvule du col de la vessie, portait deux pierres dans la vessie.

Dans une première séance de lithotritie, M. Cazenave, au moyen d'un brise-pierre à cuillères profondes, retira un calcul friable ayant 11 lignes de diamètre. Dans une seconde séance, le chirurgien brisa une seconde pierre dont les débris sortirent avec les urines.

Ces deux opérations furent suivies de douleurs très vives dans la vessie et au col de cet organe. Une cautérisation du col avec le nitrate d'argent et des injections faites dans la vessie avec une solution concentrée du même caustique, firent entièrement disparaître ces symptômes d'irritation de la muqueuse vésicale.

OBS II. — 19 octobre 1844, premières tentatives de cathétérisme, suivies d'accidents fébriles intermittents. Pendant huit jours, à partir du 25 octobre, dilatation progressive de l'urèthre ; traitement préparatoire. — 6 novembre, introduction facile d'un percuteur de calibre ordinaire dans la vessie ; qui renferme un calcul de 14 lignes de diamètre. — 9 novembre, première séance de lithotritie ; morcellement du calcul, après la distension préalable de la vessie au moyen d'une injection. Un peu de douleur et de ténesme au col de la vessie, que dissipent rapidement un bain d'une heure, des cataplasmes sur le périnée, des lavements émollients et des boissons adoucissantes. Le 11 novembre, le malade rend du sable pour la première fois. — 14 novembre, seconde séance de lithotritie ; pendant trois jours, issue de fragments de calcul avec les urines.

Le 23 novembre, M. Cazenave découvre une seconde pierre enchatonnée dans une des cellules vésicales ; il parvient à l'en déloger, au moyen de manœuvres habilement pratiquées. Cette pierre était dure, et fut broyée avec peine en deux séances. Le 2 décembre, le malade était complétement débarrassé de ses calculs.

OBS. III. — Enfant de huit ans ; douleurs dans la vessie et dans l'urèthre depuis un an ; incontinence d'urine ; issue de graviers pendant la miction. 20 mai 1849, première séance de lithotritie : aucun accident. 23 mai, seconde séance. Quatre heures après, fièvre ; douleurs au col de la vessie et dans l'urèthre ; insomnie. Bains, cataplasmes, lavements émollients ; boissons tempérantes ; diète. Les accidents disparaissent. 29 mai, troisième séance. Contraction énergique de la vessie sur le brise-pierre ; découverte d'un second calcul. Vaines tentatives de broiement. 17 juin, opération de la taille bilatérale. On enleva à grand'peine un calcul de 14 lignes, fortement enkysté dans le bas-fond de la vessie, en débridant par des incisions faites à droite et à gauche sur la membrane qui enchatonnait le corps étranger.

M. Ségalas fait remarquer que la première observation témoigne de la facilité de la lithotritie dans un âge avancé ; quand les pierres sont petites et sans complication. On y voit aussi un exemple de l'influence heureuse que le nitrate d'argent exerce sur les inflammations chroniques de la membrane muqueuse de la vessie.

La seconde observation prouve une fois de plus que les pierres enchatonnées peuvent, dans certains cas, être détruites par la lithotritie.

Enfin la troisième observation montre que la lithotritie peut offrir de grandes difficultés chez les enfants, et que, dans le cas de calcul enchatonné, ces difficultés peuvent être telles que le chirurgien soit obligé de recourir à la taille.

M. Ségalas croit, d'après sa propre expérience, que la lithotritie aurait acquis plus de chances de succès, si au lieu de faire une injection préalable dans la vessie, ou de manœuvrer à sec, comme dans les deux dernières séances, on eût fait prendre un bain prolongé au petit malade, immédiatement avant de procéder aux opérations.

Après une courte discussion entre MM. *Velpeau*, *Moreau* et *Ségalas*, l'Académie décide que le travail de M. *Cazenave*, membre correspondant, sera renvoyé au comité de publication.

HYGIÈNE. — M. le docteur *Delpech*, médecin des hôpitaux, lit une *Note sur les accidents que développe, chez les ouvriers en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur.*

Après avoir rapporté une observation détaillée dans laquelle se trouve tracé le tableau de la marche des phénomènes dans cette sorte d'intoxication, l'auteur examine successivement ces symptômes, en les classant par séries d'appareils ou de fonctions.

1° *Troubles intellectuels.* — Affaiblissement de la mémoire; vague et confusion dans les idées. Accès alternatifs de gaieté folle et d'emportement maniaque. Insomnie; agitation plus ou moins vive; rêves pénibles; réveils en sursaut la nuit. Le jour, somnolence, abattement, état de torpeur et d'inertie.

2° *Sensibilité générale.* — Lourdeur de tête; céphalalgie plus ou moins vive; vertiges; courbature. Douleurs rhumatoïdes; quelquefois des fourmillements; rarement de l'anesthésie ou de l'analgésie.

3° *Organes des sens spéciaux.* — Affaiblissement de la vue. Surdité momentanée.

4° *Appareil de la génération.* — Rarement de la surexcitation; presque toujours abolition des désirs vénériens, suppression des érections, impuissance complète.

5° *Motilité.* — Quelquefois des crampes douloureuses, des contractions involontaires, de la roideur dans les muscles; presque toujours une grand faiblesse musculaire débutant par les membres inférieurs; contractions tremblotantes et inefficaces; palpitations et tressaillements fibrillaires. Tremblement général assez rare. Atrophie musculaire consécutive à la paralysie. Conservation de la contractilité électrique.

6° *Appareil digestif.* — Inappétence; nausées; vomissements verdâtres; coliques vives; diarrhée fétide alternant avec de la constipation; bouche pâteuse et mauvaise; expuition fréquente.

7° *Respiration.* — Odeur caractéristique de l'haleine rappelant celle du sulfure de carbone; un peu de toux, d'essoufflement après la marche.

8° *Circulation.* — Quelquefois de véritables accès de fièvre avec frissons, chaleur, sueur et accélération du pouls, suivis d'un sentiment profond d'abattement et de lassitude.

9° *Sécrétions.* — Les urines portent l'odeur du sulfure; on y trouve des sulfates et des carbonates abondants dus à la séparation et à l'oxydation de ses éléments.

Les ouvriers qui ne se soustraient pas assez tôt à l'influence toxique du sulfure de carbone tombent dans un état d'anémie et de cachexie profonde qui peut compromettre leur existence.

Étude des causes. — M. Delpech a constaté, par de nombreuses expériences que les animaux soumis à l'inhalation du sulfure de carbone éprouvent des accidents semblables à ceux observés chez l'homme, et qui viennent d'être décrits.

L'auteur termine par quelques considérations d'hygiène publique et privée sur les moyens propres à prévenir ou à combattre ce genre d'intoxication.

1° *Moyens préventifs.* — Interdire à des ouvriers en chambre l'usage du sulfure de carbone. Exercer cette industrie dans des chambres ou dans des pavillons écartés des habitations. Dans les grandes fabriques, empêcher un dégagement considérable de sulfure par tous les procédés que l'art ou la science mettent à la disposition des fabricants.

Habiter hors de la fabrique; abandonner les ateliers aux heures des repas; vivre le plus possible en plein air; observer une propreté extrême et surtout une grande sobriété. Faire usage d'une alimentation spécialement animale.

2° *Moyens curatifs.* — Dans la majorité des cas, le changement de lieu, l'éloignement des causes, une hygiène convenable, suffisent pour amener la guérison.

M. Delpech conclut enfin qu'il y a lieu de rechercher les moyens les plus propres à préserver les ouvriers de cette intoxication, et de provoquer sur ce point la publication de règlements d'hygiène publique (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Grisolle et Bouchardat.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 16 ET 21 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Les procès-verbaux sont lus et adoptés (1).

La correspondance comprend:

1° Deux numéros du *Recueil de la Société de médecine d'Indre-et-Loire;* rapporteur, M. Duparcque.

2° Une lettre de M. Palissier, élu membre de la Société en 1823, et qui demande le titre de membre honoraire.

3° Une lettre de M. Andry: l'auteur informe la Société que des raisons de santé s'opposent à ce qu'il accepte l'honneur de la vice-présidence qui lui a été accordée dans la dernière séance.

4° M. Bouvier fait hommage à la Société de son *Traité sur le séton appliqué à la nuque.*

M. le président désigne comme membres du conseil consultant, auquel est dévolu l'examen des employés de la ville qui demandent leur mise à la retraite, MM. Bouvier, Guiboul, Jacquemier et Oulmont.

M Durand-Fardel communique quelques observations relatives à l'usage des eaux de Vichy dans le cancer de l'estomac; puis est reprise la discussion:

SUR LE TRAITEMENT DE LA GALE, *à propos du Mémoire de M. Bourguignon* (voy. le tome II, n° 51 de la *Gazette hebdomadaire*).

M. *Chausit* demande la parole. Il me semble, dit-il, utile d'insister encore et de demander à M. Bourguignon des renseignements plus complets, à défaut desquels on ne saurait apprécier la valeur réelle du traitement expéditif de la gale. Quant à moi, les observations assez nombreuses que j'ai déjà eu occasion de recueillir m'ont donné la conviction que ce traitement rapide, tel qu'il est institué et mis en pratique aujourd'hui, ne procure pas une guérison plus rapide que la méthode ancienne. Pour conclure en faveur du nouveau procédé, on est obligé d'admettre en principe que la gale est guérie immédiatement après la destruction de l'acarus; dès lors il est logique de croire que ce résultat puisse être obtenu par une ou deux frictions générales faites dans un très court espace de temps, deux heures par exemple. Mais au point de vue clinique et pratique, la question est ainsi mal posée. En effet, d'après cette manière de voir, on ne tient nul compte des diverses éruptions inséparables de la présence du parasite sur la peau de l'homme, et dont la réunion constitue la gale. Il ne peut donc y avoir de guérison définitive et certaine qu'après la disparition complète de toute trace d'éruption. C'est ainsi, du moins, qu'on entendait le traitement de la psore, sous l'empire de l'ancienne méthode. En comparant les deux traitements à ce point de vue, on trouve que les moyens nouveaux conseillés ne possèdent aucune supériorité sur les procédés anciens. D'ailleurs le traitement rapide présente plus d'un inconvénient; il est très douloureux et péniblement supporté par les malades, puisqu'il est administré avec la même vigueur, sans modification aucune, quel que soit l'état local de l'éruption et la sensibilité individuelle. C'est une formule thérapeutique brutalement appliquée; elle procure des guérisons, sans doute, mais en provoquant, dans la plupart des cas, de vives et inutiles souffrances.

Ces inconvénients sont-ils du moins contre-balancés par des avantages réels? Est-il vrai que par ce traitement on guérisse plus sûrement que par les frictions répétées, et surtout qu'on soit moins

(1) C'est par erreur qu'on a inséré, avant le procès-verbal de ces deux séances, le rapport de M. Richard, qui n'a été lu que dans la séance du 4 janvier.

exposé aux récidives? Ici encore les faits ne parlent pas en faveur de cette prétention. Je me contenterai d'invoquer à cet égard, le travail de M. Bourguignon. D'après la statistique de notre honorable collègue, le nombre des galeux traités à l'hôpital Saint-Louis s'est accru annuellement, depuis cette époque, d'une manière très considérable; de 3000 il s'est élevé à 5000. Nous voulons bien, pour ne pas soulever de nouvelles difficultés, expliquer cet excédant de 2000 malades, non par les raisons invoquées, mais par l'augmentation elle-même de la population ouvrière dans la capitale. Toutefois cette part d'influence acceptée, il n'en reste pas moins acquis à l'observation que le nombre des galeux n'a point diminué, que les récidives sont aussi fréquentes que par le passé.

Ces résultats laissent peu de place à l'espoir d'arrêter enfin la propagation de la gale. Le moyen était pourtant si commode et si prompt! On comprend, du reste, qu'une ou deux frictions générales se trouvent insuffisantes, tantôt en raison de l'ancienneté de l'affection, tantôt en raison de certaines conditions locales propres à certains individus dont l'épiderme est plus épais et résistant. M. Bourguignon lui-même a pu trouver des acarus vivants ayant ainsi échappé à la destruction générale. Je sais bien que la méthode des frictions partielles peut mériter un semblable reproche d'insuffisance chez les sujets, par exemple, qui portent des sillons sur d'autres points que les siéges d'élection. L'objection est sérieuse; mais si elle prouve que, dans certains cas, l'attention du praticien peut être mise en défaut, elle nous paraît devoir être un peu atténuée par une circonstance toute particulière à la méthode elle-même. En effet, pendant toute la durée du traitement par les frictions partielles, le malade garde les mêmes vêtements, couche dans les mêmes draps imprégnés de la pommade qui couvre toujours certaines régions du corps; dès lors nous ne voyons aucune impossibilité à ce que le malade, sollicité par le prurit, déchire les sillons exceptionnels et mette ainsi lui-même les acarus en contact avec la pommade parasiticide.

Les réformateurs modernes, ajoute M. Chausit, ne voient et ne parlent que par l'acarus; pour eux, il n'y a pas de diagnostic possible, si l'on ne découvre le parasite; et cependant Biett et Alibert savaient parfaitement reconnaître la gale à l'ensemble de ses caractères: la vésicule, que l'on considère aujourd'hui comme un symptôme sans importance, les guidait si sûrement, qu'ils diagnostiquaient toujours la psore avec certitude. C'est qu'en effet la gale ne consiste pas seulement dans un insecte, mais dans une éruption spéciale, particulière, dont le siége et la disposition permettent de reconnaître la nature du mal avant même que l'on trouve le sillon; cette éruption n'est pas guérie après les frictions.

M. Bourguignon : M. Chausit me demande quelle est mon opinion sur les effets du traitement expéditif; il pense que l'ancienne méthode ne le cédait en rien par ses avantages à la méthode nouvelle; il reproche à cette dernière plusieurs inconvénients, entre autres d'être douloureuse, d'être l'application d'une formule thérapeutique brutale, qui provoque la plupart du temps de vives et inutiles souffrances. M. Chausit est encore partisan des frictions locales, attendu que le malade, portant les mêmes vêtements, couchant dans les mêmes draps, ainsi imprégnés de la pommade qui couvre toujours certaines régions du corps, opère une sorte de traitement général, indépendamment de ce que, sollicité par le prurit, il déchire les sillons exceptionnels et met ainsi lui-même les acarus en contact avec la pommade parasiticide. Enfin M. Chausit trouve que la vésicule au siége d'élection fournit toujours un signe pathognomonique certain et suffisant.

Je vais répondre au *desideratum* de M. Chausit, et réfuter les opinions erronées, suivant moi, qu'il professe au sujet du traitement de la psore et de son diagnostic. Contrairement à ce que pense M. Chausit, je reste convaincu que la méthode du traitement par deux frictions générales en quarante-huit heures, suivies d'un bain simple, telle que je l'ai toujours conseillée, l'emporte du tout au tout sur la méthode qu'il appelle ancienne. Sur 100 malades qui se présentent à la consultation, 95 peuvent immédiatement commencer le traitement et le compléter dans les quarante-huit heures, sans que les éruptions secondaires soient aggravées; et je considère ces 95 malades comme sûrement et radicalement guéris. Quelques-uns prendront trois ou quatre bains simples dans le but de calmer le prurit qui persiste quelques jours après la guérison, prurit résultant, non des frictions, mais de l'hyperesthésie dans laquelle le système nerveux a été tenu pendant trop longtemps pour qu'il disparaisse immédiatement.

Quant aux 5 autres malades, je conviens qu'ils ne pourraient supporter les frictions générales, et même locales, sans danger d'aggravation pour les éruptions secondaires qui compliquent la gale. Si l'on compare ces résultats à ce qui se passait il y a dix ans, lorsque la méthode des frictions locales de quelques minutes de durée et répétées pendant huit jours était instituée, on ne peut hésiter un moment dans le choix à faire entre la méthode des frictions locales et celle des frictions générales remises dans ces derniers temps en usage. Mais, dit-on, les frictions générales provoquent de vives et inutiles douleurs, puisqu'on les exécute indistinctement sur tous les malades, qu'ils portent des parasites sur plusieurs régions du corps ou sur les mains seulement. Je ne peux nier que la friction au savon noir, et *à fortiori* celle à la pommade d'Helmerich exécutée immédiatement après, comme on le fait à l'hôpital Saint-Louis, ne soient parfois très douloureuses. Aussi n'ai-je jamais conseillé ce traitement. Si M. Chausit s'en prenait à la médication que j'ai constamment préconisée, je pourrais lui répondre que deux frictions à l'aide de la pommade sulfuro-alcaline faites à vingt-quatre heures d'intervalle ont rarement causé des douleurs intolérables, et que cela est encore plus vrai pour celles pratiquées à l'aide de la pommade aux essences ou au carbonate de potasse, ayant la glycérine pour excipient. Ces frictions générales étant très tolérables, il n'y a pas grand inconvénient à y soumettre indistinctement tous les galeux, ceux même qui ne porteraient en apparence des parasites qu'aux mains; et nous considérerions comme une grande imprudence de limiter les frictions aux seules régions qui portent des traces manifestes de la présence du sarcopte; car très souvent ce parasite s'enfouit sous l'épiderme sans provoquer d'éruptions dans le voisinage, sans produire de démangeaisons, et, pendant les premiers jours, sans donner à son sillon une longueur qui permette de l'apercevoir à l'œil nu. M. Chausit, il est vrai, est persuadé que les frictions locales peuvent, à la rigueur, tenir lieu des frictions générales, attendu que le malade, enduit de la pommade aux mains, aux pieds et aux parties génitales, par exemple, opère, à son insu et malgré lui, une onction générale par le fait des vêtements et des draps qui sont imprégnés du topique; il ajoute que les mains portent également, aux endroits où siégent les démangeaisons, en déchirant les sillons, la pommade acaricide, et que tous les parasites se trouvent ainsi infailliblement détruits.

M. Chausit se fait une étrange idée du mode d'action des topiques antipsoriques et de la résistance que le parasite sait opposer à l'intoxication qui le menace; je lui donne l'assurance que la pommade appliquée localement sur les régions indiquées serait sans action sur les acares cachés sous l'aisselle, par exemple, ou sur les fesses, et que, de plus, l'effet d'une pareille couche de pommade, en supposant qu'il fût matériellement possible, serait tout à fait insuffisant pour détruire le parasite et ses œufs, l'observation ayant maintes fois démontré que le topique n'est efficace qu'à la condition de pénétrer dans le trajet du sillon, d'y laisser un dépôt, d'attaquer l'acare et ses œufs directement, et que, pour obtenir ces résultats, la friction ou des lotions souvent répétées sont absolument nécessaires. Ainsi on ne peut conseiller comme traitement rationnel et sûrement efficace les frictions locales. Agir comme le veut M. Chausit, serait exposer les malades à des récidives fréquentes.

Je ne peux davantage partager l'opinion de mon honorable contradicteur, quant à la certitude d'un diagnostic uniquement basé sur la présence des vésicules. Je me fais un jeu, toutes les fois que je vais à l'hôpital Saint-Louis, de faire provision d'acares que nous déposons sur divers animaux à Alfort, de montrer aux élèves des galeux qui ont les mains couvertes de sillons, sans qu'il y ait traces de vésicules. Cela est si vrai, que j'ai toujours soin, pour faire une chasse prompte et abondante, de choisir les sujets dont les mains sont sèches, non gorgées de lymphe, peu favorables au développement des vésicules. Qu'adviendrait-il donc du diagnostic à porter

dans ces nombreuses circonstances, s'il fallait absolument découvrir la vésicule ? La gale se reconnaît à un ensemble de caractères qui, dans la généralité des cas, trompent rarement un œil exercé ; mais les cas exceptionnels sont d'un diagnostic très difficile, et je ne saurais trop le répéter, le sillon ou le parasite lui-même peuvent seuls lever les doutes. On peut dire, puisque le sarcopte est la cause plus ou moins directe des éruptions, des démangeaisons qui, dans leur ensemble, constituent la maladie appelée gale : *morte la bête, mort le venin.* Je reconnais qu'un individu atteint de la psore a pu contracter une prédisposition à des affections herpétiques ; mais l'expérience démontre tous les jours qu'on peut s'en tenir au traitement purement local, sauf, ce qui a lieu bien rarement, à combattre plus tard, comme toute autre maladie de peau, les éruptions qui pourraient apparaître.

M. *de Pietra-Santa* fait remarquer que partout on est d'accord aujourd'hui sur le traitement de la gale. On fait une ou deux frictions générales avec la pommade d'Helmerich, et la maladie est guérie.

M. *Sales-Girons* voudrait voir plus d'unité dans les doctrines que professent les dermatologistes quant à l'étiologie des éruptions psoriques. Les uns voient dans le sarcopte un simple parasite qui irrite la peau, comme les *pediculi;* les autres croient à un virus inoculé, à une constitution en quelque sorte psorique : de quel côté est la vérité ?

M. *Costilhes* possède les éléments nécessaires pour répondre catégoriquement à la question que M. Chausit adresse à M. Bourguignon, à propos de la durée du traitement par les frictions générales.

J'ai été chargé, pendant trois ans, dit M. Costilhes, du traitement spécial de la gale à Saint-Lazare. Mon rapport constate que la durée du traitement a été de quarante-huit heures, et la moyenne du séjour à l'hôpital de six à sept jours, au lieu de douze à quinze comme autrefois. Lors du traitement par les frictions locales, nous observions de nombreux cas de récidives. Depuis que le mode de frictions conseillé par notre collègue M. Bourguignon est mis en usage, nous n'en constatons plus un seul cas ; et je dois ajouter que les malades guéris passent, à leur sortie de Saint-Lazare, au contrôle des médecins du dispensaire, ce qui est une garantie de plus, qu'on ne trouve pas à l'hôpital Saint-Louis. Je suis partisan du traitement par les frictions générales faites chaque fois avec 150 gram. de pommade, et en laissant vingt-quatre heures d'intervalle entre chacune d'elles ; mais non de celui qui expédie les malades après une ou deux heures de médication.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 18 JANVIER 1855.

Rapport sur un mémoire de M. *Forget*, sur la grenouillette, par M. *Jacquemin*.

Suite de la discussion sur la grenouillette.

Rapport de M. *de Pietra-Santa*, sur l'ouvrage de M. *Brierre de Boismont*, LE SUICIDE.

Élection d'un vice-président.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 6 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DE LA RATE.

M. Fuehrer, professeur agrégé à Iéna, communique à la Société le résultat de ses recherches sur les tumeurs chroniques et sur la cirrhose de la rate. Il distingue principalement trois formes de tumeurs chroniques qui se présentent le plus fréquemment : la dégénérescence sarcomateuse, la dégénérescence cireuse, et l'hypertrophie consécutive à la fièvre intermittente.

I. *Dégénérescence sarcomateuse de la rate.* — La rate est plus volumineuse qu'à l'état normal ; son tissu est épaissi ; la coupe, d'un bleu rougeâtre livide, est unie, dense, et souvent striée comme de la masse musculaire. Les vaisseaux sont considérablement dilatés ; cette altération s'étend jusque dans les ramifications les plus délicates, et dégénère, dans beaucoup de points, en véritable télangiectasie ; leurs parois sont épaissies. En général, le parenchyme propre de la rate est incomplétement développé ; dans quelques points, il se trouve remplacé par des vaisseaux développés d'une manière anormale, dans d'autres, il est métamorphosé en tissu fibrillaire ou lamelleux amorphe, ou encore en tissu cicatriciel.

Par suite du développement anormal de la rate, son enveloppe est constamment épaissie et recouverte de membranes celluleuses et de granulations consécutives à des états inflammatoires.

A l'œil nu on croit distinguer sur la coupe les corps de Malpighi ; mais ce ne sont que des artères, dont les parois blanchâtres et épaissies font saillie. Le parenchyme des glandes de Malpighi est atrophié comme celui de la rate en général ; les artérioles qui y pénètrent sont très développées ; dans quelques cas, ces petites glandes sont remplacées par des anses vasculaires.

L'épaississement des parois vasculaires se fait par simple hypertrophie : c'est principalement la tunique musculaire qui est le siége de ce développement anormal que l'on peut reconnaître jusque dans les artérioles et même dans les veinules. Des contours plus marqués et une plus grande résistance sont les caractères qui permettent de reconnaître cet épaississement des parois dans les vaisseaux capillaires. Dans beaucoup de points, la rate ne semble formée que par des agglomérations de tubes vasculaires : à peine peut-on trouver des traces de parenchyme interstitiel ; sur d'autres points, on ne voit que quelques vaisseaux plus développés, et le parenchyme interposé entre eux est constitué par un tissu cellulaire translucide et plissé dont les cellules ont des noyaux.

Les états pathologiques dans lesquels on observe la dégénérescence sarcomateuse de la rate, sont : 1° les affections organiques du cœur, surtout l'hypertrophie et la dilatation du cœur droit ; 2° la cirrhose du foie ; et 3° l'altération athéromateuse des artères, principalement celle de l'artère splénique, chez des sujets jeunes et robustes.

Lorsque cet état pathologique atteint un degré plus élevé, il se complique de néphrite albumineuse et d'hydropisie générale. Le sang est foncé et liquide, et ne renferme qu'une quantité peu considérable de globules sanguins de nouvelle formation ; les globules sanguins, en général, sont bien moins développés qu'à l'état normal.

II. *Dégénérescence cireuse de la rate.* — L'organe est lourd et volumineux : il peut atteindre jusqu'à trois ou quatre fois son volume normal. La surface est d'un bleu pâle et couverte de granulations aplaties ; la capsule est fortement tendue, la déchirure du parenchyme est grenue. La coupe, d'un rouge brun, est luisante, tantôt unie, tantôt granulée ; elle est anémique ; exposée à l'air, elle devient d'un rouge pâle et ne s'affaisse pas. Les corps de Malpighi sont très développés ; on en trouve qui ont le volume d'un petit pois : on parvient facilement à les isoler. Leur coupe est unie, bleuâtre et translucide.

La dégénérescence cireuse est produite par l'épanchement, dans le parenchyme même de la rate, d'une matière grasse albumineuse. H. Meckel lui trouve de l'analogie avec la cholestérine, et M. Virchow avec la cellulose végétale. Cet épanchement se fait : 1° dans les cellules du parenchyme, qui, en se distendant, deviennent luisantes et translucides ; 2° dans les parois des vaisseaux, principalement dans celles des artérioles. Ces parois s'épaississent, deviennent roides et transparentes ; leur tunique musculaire disparaît. Consécutivement à cette infiltration graisseuse, les cellules se confondent ensemble et forment des masses gélatiniformes. La circulation dans les vaisseaux capillaires est interrompue par suite de l'altération de leurs parois ; le développement des cellules capillaires se ralentit notablement ; celles qui sont déjà formées se pénètrent aussi de graisse, ou, si ce cas n'a pas lieu, elles concourent à la formation de globules sanguins de nature anormale, ce qui explique l'état anémique qui accompagne cette affection. On sait que, dans la plupart des cas, l'infiltration graisseuse se fait simultanément et dans le foie et dans les reins. H. Meckel l'a même constatée dans l'intestin et dans les ganglions lymphatiques. Elle affecte de préférence la forme chronique ; il y a cependant des exceptions. On l'observe le plus souvent dans la carie des os, dans l'affection tuberculeuse et dans les accidents syphilitiques de nature tertiaire.

M. Fuehrer a vu un malade chez lequel l'infiltration cireuse avait envahi la rate déjà atteinte de dégénérescence sarcomateuse.

III. *Hypertrophie de la rate consécutive à la fièvre intermittente.* — Cette altération est caractérisée par un dépôt de pigment abondamment répandu dans le parenchyme même de la rate. Ce pigment est déposé à l'état moléculaire, comme la plus fine poussière de charbon. Sous ce rapport, il diffère de l'hématoïdine, qui ordinairement se dépose sous la forme de cristaux ou de petits grains dont la couleur varie du rouge vif au rouge brun ; en outre, l'hématosine normale reste indifférente lorsqu'on soumet la rate à l'action d'une solution de perchlorure de fer, tandis que le pigment sanguin, déposé à la suite d'une fièvre intermittente, disparaît complétement sous l'influence de cette solution. Ce dernier paraît donc différer essentiellement du pigment sanguin normal ; celui-ci, cependant, se

trouve également dans la rate hypertrophiée à la suite d'une fièvre intermittente, mais seulement en quantité à peu près égale à celle qu'on y trouve à la suite de différents états de congestion de cet organe. Le pigment sanguin noir, produit de la fièvre intermittente, est quelquefois réuni en masses plus ou moins grandes, dispersées dans les interstices du parenchyme, et dans cet état on le reconnaît facilement, tandis qu'il faut bien plus d'attention pour le reconnaître, lorsqu'il a pénétré à l'état moléculaire les cellules et leurs noyaux, et même les parois des vaisseaux capillaires, et qu'il se trouve de cette manière répandu dans le tissu même de la rate. Il entoure, sous la forme de petits points noirs, les noyaux des cellules capillaires, c'est-à-dire les globules sanguins de nouvelle formation, et souvent ceux-ci se décomposent déjà en pigment lorsqu'ils séjournent encore dans les cellules. Les globules sanguins qui parviennent dans le torrent circulatoire ont déjà perdu de leurs caractères physiologiques et ne tardent pas à se changer en pigment. Un grand nombre subit cette transformation probablement déjà pendant son séjour dans la rate, et le pigment y reste réuni en masses. Cette supposition explique l'anémie générale et la diminution des globules sanguins qu'on observe dans cet état pathologique, symptômes qui paraissent être en contradiction avec le volume considérable de la rate et le développement notable de cellules capillaires à noyaux. Le pigment, qui devient libre par suite de la dissolution des globules sanguins qui font partie du torrent circulatoire, peut aussi se réunir en masses, obstruer la circulation, et donner lieu à des ruptures de vaisseaux. H. Meckel, et récemment Planer (de Vienne), ont publié une série d'observations dans lesquelles de semblables circonstances ont donné lieu à des attaques d'apoplexie et à des états inflammatoires de l'encéphale.

La rate, hypertrophiée à la suite d'une fièvre intermittente, offre une couleur très foncée ; elle est parsemée de taches de pigment. Exposée à l'air, elle ne perd que très peu de cette coloration ; sa consistance et son volume sont considérables.

IV. *Hypertrophie simple de la rate.* — Cette altération est, en général, très rare. La rate peut atteindre un volume tellement énorme, qu'elle fait saillie jusque dans le bassin. M. Fuehrer a observé un cas de ce genre dans lequel la rate pesait 4 kilogrammes et demi. Elle était d'un rouge gris pâle et d'une consistance pultacée de sorte qu'elle se rompit lorsqu'on voulut la sortir de la cavité abdominale. Le parenchyme était excessivement développé. Sa consistance ne permettant pas de la soumettre à l'action d'une solution de perchlorure de fer, M. Fuehrer ne put l'examiner au microscope. Dans un deuxième cas, la rate avait un volume et une consistance semblables. Les ganglions lymphatiques d'un côté du cou étaient très volumineux chez les deux malades. Le sang n'avait pas été examiné ; cependant les deux individus étaient bien nourris et avaient le teint fleuri.

V. *La cirrhose de la rate* est caractérisée par une atrophie plus ou moins complète de cet organe, de sorte qu'il n'en reste souvent que les troncs des gros vaisseaux et la trame fibreuse. M. Fuehrer a observé un cas dans lequel la rate avait à peine encore le volume et la consistance d'une figue sèche.

La surface présente de nombreux sillons semblables à des cicatrices, entre lesquels il y a comme des îlots de substance propre. Au microscope, on y trouve encore du parenchyme normal en petite quantité. En général, la rate est formée par des vaisseaux et par une substance calleuse sans nature déterminée, dans laquelle se trouvent disséminées des mailles de cellules capillaires atrophiées. La rate est aplatie et coriace ; la coupe est poreuse, traversée par des bandes épaisses et unies, sèche et dépourvue de tout parenchyme.

Lorsque, dans des cas de ce genre, les ganglions lymphatiques ne suffisent pas pour remplir les fonctions de la rate, les malades ne tardent pas à succomber. Il survient bientôt des ulcérations du canal intestinal suivies de diarrhées colliquatives, des états inflammatoires dans différents organes de l'économie, en dernier lieu, la maladie de Bright et l'hydropisie générale. L'hématose se fait d'une manière incomplète, les malades sont pâles et ont l'aspect cachectique; à l'autopsie on trouve dans le cœur un caillot de sang noir, volumineux et homogène. Cet état pathologique ne peut guère être confondu avec cette forme d'atrophie de la rate que l'on observe chez des sujets atteints de marasme ; il a plutôt de l'analogie avec certaines formes de cirrhose du foie, et, de même que cette dernière, il paraît prendre son point de départ dans des inflammations souvent répétées des gaînes des vaisseaux et de la trame fibreuse interstitielle.

Ces recherches, quoique encore incomplètes, font voir que les affections de la rate sont de nature très différente, mais que cependant la plupart d'entre elles consistent dans une altération du parenchyme, des cellules capillaires et des vaisseaux de cet organe, altération qui, par un effet rétroactif, modifie l'hématose.

Ces recherches complètent la communication que M. Fuehrer a faite à la Société dans la séance du 12 février 1855. (Voy. *Gazette hebdomad.*, du 27 avril 1855.)

D^{r} A. MARTIN.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire, par M. A. VERNEUIL.

Les faits de ce genre, clair-semés dans les recueils périodiques, n'avaient pas encore été rapprochés les uns des autres. A l'occasion d'un nouveau cas, observé par lui avec une exactitude remarquable, M. Verneuil s'est chargé de dresser l'histoire générale de cette sorte de lésion, qui, jusqu'à présent, n'avait guère que l'intérêt d'une maladie rare.

Cet intéressant travail est divisé en trois parties. La première est consacrée à la description de tous les faits connus. Ils sont au nombre de dix, plus deux recueillis sur des chevaux. Nous ne rappellerons, parmi ces cas, que celui de M. Verneuil lui-même. Dans une masse qu'un enfant de deux ans portait depuis la naissance dans le scrotum, et qui avait toujours été en augmentant, le microscope, après qu'elle eut été extirpée, démontra la présence de la plupart des systèmes importants de l'économie. Ainsi:

La matière cérébrale grise établissait la présence du cerveau.

La membrane vasculaire, qui était sous-jacente, se rapportait à la pie-mère.

On trouva du pigment choroïdien, lequel fit conclure à l'existence d'un œil; de même que la fibre musculaire lisse accusa un vestige d'un segment de tube digestif.

La peau était nettement traduite par les papilles, les poils, les glandes sébacées, les noyaux du réseau de Malpighi, les écailles épidermiques.

Le système osseux avait pour représentant des noyaux cartilagineux.

On le voit donc, grâce à l'habileté du micrographe, quelques parcelles, insignifiantes à l'œil nu, permirent d'affirmer qu'un système organique tout entier avait existé là, avec la même certitude que si l'on eût trouvé un os, un muscle, un segment de peau, reconnaissables par leur forme seule.

La seconde partie comprend l'histoire clinique de cette affection singulière.

D'abord, comme les kystes pilidentaires de l'ovaire, elle a une prédilection marquée pour le côté droit.

Quant au siége, la tumeur a quelquefois, dans le scrotum, une situation absolument indépendante du testicule. Ordinairement adhérente au testicule, soit dans le canal inguinal, soit dans les bourses, il est rare que, peu à peu, elle ne finisse point par faire corps avec lui. Mais il n'existe pas d'observation où il soit démontré que le sac fœtal siégeait *dans l'intérieur* de la glande séminale.

Toutes ces tumeurs existaient dès la naissance. Dans une seule des dix observations, le fait n'a pas été constaté bien exactement, mais est néanmoins vraisemblable.

Sous le rapport de sa composition, la tumeur contient des portions de fœtus plus ou moins développés, des tissus simples ou des éléments anatomiques isolés, ou agglomérés, des collections de liquides renfermés dans des poches accidentelles, une enveloppe propre plus ou moins distincte.

Dans les cas d'inclusion les plus manifestes, on a trouvé des membres entiers, tantôt représentés par le squelette seulement, tantôt, au contraire, munis de leurs parties molles. Des os, détachés ou unis par des ligaments rudimentaires, s'y rencontrent très souvent. Rarement des muscles y figurent. Mais les poils, flottants ou agglutinés, libres ou adhérents, y sont fort communs, et cela se conçoit en raison de leur inaltérabilité. Or, les poils supposent la peau, dont les éléments constituants figurent, en effet, assez fréquemment dans le contenu de ces tumeurs. Des dents s'y observent aussi, ainsi que du tissu cérébral. Mais les organes splanchniques, tant soit peu distincts, y font presque entièrement défaut.

Au point de vue plus spécialement pratique, M. Verneuil énonce une remarque importante. Comme les tumeurs de ce genre ont habituellement leur siége primitif en dehors de la glande séminale, et qu'elles repoussent, amincissent, atrophient le testicule par

compression, plutôt qu'elles ne le font disparaître, ne serait-il pas possible, dans les opérations destinées à débarrasser les porteurs de ce produit anormal, d'enlever simplement la tumeur au lieu de faire la castration, et de ménager ainsi le testicule? Il serait surtout nécessaire, pour atteindre ce but, d'opérer de bonne heure, et, par conséquent, de pouvoir porter sur la nature de la tumeur un diagnostic certain aussitôt que, après la naissance, on en constate la présence.

Cherchant ensuite à préciser l'origine de ces tumeurs, M. Verneuil rappelle que, d'après M. Lebert, elles seraient dues, non à un produit de conception dévié, mais à l'action de cette force — appelée par M. Lebert force hétérotopique — qui fait développer de toutes pièces des tissus simples ou composés et des organes plus complexes, dans des endroits du corps où on ne les rencontre point ordinairement. Il paraît, en effet, naturel d'expliquer par cette loi la formation de celles de ces tumeurs dont la structure était rudimentaire.

M. Verneuil pense, néanmoins, qu'il y a abus à en invoquer l'application même aux faits où, en raison de la simplicité des tissus qui la composent, l'inclusion scrotale peut, au premier abord, paraître équivoque. Pour justifier son opinion, il établit d'abord quelles sont les conditions et les limites de l'hétérotopie plastique, et montre, tissu par tissu, qu'elle ne peut rien produire d'aussi complet que ce qu'on trouve dans le plus grand nombre des tumeurs de cette classe.

En second lieu, traçant un parallèle entre l'inclusion et les produits de l'hétérotopie morbide, il fait observer :

1° Que cette dernière se fait sous nos yeux, à diverses époques de la vie extra-utérine, tandis que celle qu'on a, à tort, voulu lui assimiler est toujours congénitale.

2° Que l'hétérotopie ne donne ordinairement lieu qu'à un seul élément anatomique ou un seul tissu ; l'inclusion, loin de présenter la même simplicité de composition, montre toujours plusieurs éléments ou tissus associés.

3° Enfin que l'hétérotopie morbide constitue le plus souvent une véritable maladie ; c'est l'indice d'une tendance à la généralisation d'un élément anatomique, fait d'un présage grave. L'inclusion, ou hétérotopie congénitale, ne comporte, au contraire, que l'évolution et, par conséquent, le pronostic des corps étrangers, desquels elle ne diffère guère que par sa propriété de s'accroître. (*Archives générales de médecine*, juin, juillet et septembre 1855.)

Sur les moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérite, par M. P. Bretonneau.

Dans ce mémoire, écrit avec une verve toute juvénile, M. Bretonneau reproduit quelques traits, déjà bien connus, de son ancienne et profonde expérience des affections diphthéritiques ; mais il est des sujets sur lesquels il faut revenir sans cesse, car ils sont toujours prêts à échapper à notre esprit comme ils se cachent à nos regards ; et c'est à des maîtres, c'est-à-dire à MM. Blache et Trousseau, que le vénérable médecin de Tours adresse ses nouvelles observations.

L'histoire des contagions et des épidémies se trouve traitée, avec quelques développements curieux, dans la première partie de ce mémoire. M. Bretonneau est contagioniste. La contagion, dit-il, est la source de la plupart des épidémies. Quant à ceux qui prétendent qu'une maladie qui n'était pas contagieuse peut le devenir dans telles ou telles conditions, l'auteur leur accorde à peine le sens commun, ce qui demanderait peut être quelques explications.

La diphthérite est essentiellement contagieuse, mais l'air ne lui sert pas de véhicule. Elle n'a qu'un mode de terminaison, l'inoculation, exactement comme la syphilis, dont l'auteur se plaît à la rapprocher. Si le mal ægyptiac et le mal français offrent aussi des rapports remarquables sous le point de vue du mode de communication et aussi de quelques apparences extérieures, une analogie plus intime encore est signalée entre l'intoxication diphthéritique et l'intoxication cantharidienne, pour la similitude des effets locaux et généraux qu'elles déterminent.

Deux points sont surtout traités, dans ce mémoire, d'une manière pratique et saisissante. L'un est relatif à la cautérisation de la trachée, l'autre au mode d'invasion *larvée* de la diphthérite par les fosses nasales. Nous reproduisons, avec le style pittoresque et animé de l'auteur, la description du manuel opératoire.

« Avec le porte-caustique introduit obliquement à gauche, entre l'amygdale gauche et la luette, glissez sous l'épiglotte la spatule avec laquelle cette soupape doit être relevée et tenue appuyée sur la base de la langue, car c'est ainsi que l'épiglotte doit rester contenue impitoyablement (la pitié serait une lâcheté), jusqu'à ce que l'instinct, qui suspend tout mouvement respiratoire, cédant à un autre besoin encore plus impérieux, vous voyez s'effectuer une inspiration convulsive profonde et prolongée, et qu'une seconde inspiration succède à la première. A ce moment, les mucosités pharyngiennes, préalablement blanchies par les cautérisations accessoires, puis encore blanchies et reblanchies à l'entrée de la glotte, sont engouffrées pêle-mêle, brossées par les mouvements alternatifs de respiration convulsive, sans que la viscosité, la consistance qu'elles viennent d'acquérir permettent à ce cataplasme d'être entraîné dans les ramuscules bronchiques. L'épais vernis reste où il est le plus utile : il séjourne dans les ventricules du larynx, passant et repassant sur les fausses membranes qu'il doit imprégner.

» Après quelques minutes de répit, il faut que cette même manœuvre soit une seconde fois et de tout point exécutée ; il faut que le porte-caustique soit retiré, que son éponge soit lavée, essuyée, séchée par la pression d'un linge bien sec ; que de nouveau elle soit humectée au point convenable, et que le porte-caustique soit réintroduit comme la première fois.... » Il faut enfin revenir à cette dure opération jusqu'à quatre ou cinq fois dans la même journée.

Le croup laryngien a été souvent décrit, mais l'intoxication nasale ne l'a point été. L'auteur lui-même ne sait comment on pourra distinguer un simple coryza de l'envahissement subreptice des narines par le *mal ægyptiac.* Il est un signe d'une haute importance : c'est l'engorgement des glandes sous-maxillaires. Souvent on croit avoir affaire à de simples oreillons. La coïncidence de cet engorgement et d'un coryza doit éveiller déjà l'attention. Mais, malgré le plus scrupuleux examen, aucune trace de fausse membrane peut n'être aperçue ni à l'un ni à l'autre des orifices des fosses nasales. Cependant, si quelques exemples connus pouvaient faire soupçonner l'existence larvée d'une diphthérite nasale, si une persistance imprévue, si la coïncidence de l'engorgement sous-maxillaire avec le coryza, si quelques signes généraux éveillaient le moindre doute, il ne faudrait pas hésiter à pousser dans les narines, avec une seringue dont le bout serait soigneusement matelassé, une injection avec une solution de nitrate d'argent au 8ᵉ ou au 7ᵉ.

Qu'arrive-t-il, en effet? Si l'on attend que la diphthérite se manifeste par ses caractères irréfragables, c'est que le malade se trouve tout à coup et simultanément en proie à la diphthérite laryngée et à l'intoxication diphthéritique, double cause de mort à laquelle il est souvent trop tard pour parvenir à l'arracher. (*Arch. gén. de médecine*, janvier et septembre 1855.)

De l'angine couenneuse épidémique et de son traitement par le fer rouge, par M. Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.

Sur le traitement de la diphthérite ou angine couenneuse par le cautère Mayor, par le docteur Danvin, médecin de l'hôpital de Saint-Pol (Pas-de-Calais).

On vient de voir le traitement de M. Bretonneau dans la diphthérite. C'est le fer rouge que M. Valentin a employé dans deux épidémies d'angine couenneuse qu'il a eues à observer dans les environs de Vitry-le-François. La maladie n'offrait rien de particulier et qui ne se rencontre dans les épidémies graves de ce genre : seulement les cautérisations avec les acides ou le nitrate d'argent furent souvent insuffisantes. Ce fut alors que l'idée vint de recourir au cautère actuel. A partir de ce moment, la guérison fut obtenue dans presque tous les cas avec une extrême facilité. L'action du fer rouge sur les parties envahies est d'un effet remarquable : c'est

celui qu'on observe sur une affection charbonneuse commençante, une réaction immédiate qui modifie la vitalité de l'organe.

L'application est plus facile qu'on ne saurait le penser. Le moyen le plus simple est de garantir et d'abaisser la langue avec une spatule de bois, le plus souvent improvisée. On porte alors sur l'amygdale à découvert, directement et sans crainte d'appuyer, l'extrémité en olive et légèrement recourbée d'un petit cautère chauffé à blanc. Il faut quelquefois y revenir une seconde fois, rarement une troisième. L'opération est peu douloureuse. La plupart des enfants, assure l'auteur, s'y prêtaient avec docilité, et les malades préféraient généralement le fer rouge, comme moins douloureux, aux acides.

M. Danvin, témoin de la même insuffisance des moyens ordinaires de cautérisation, dans une épidémie rapidement mortelle, essayait de son côté le *cautère Mayor*, pensant que le rayonnement extrême du fer rougi à blanc, que la difficulté d'en limiter l'action, que l'effroi qu'il inspirait devaient constituer de sérieux obstacles à son emploi : M. Valentin nous a rassurés à ce sujet. L'instrument employé par M. Danvin est une boule de fer de 2 centimètres de diamètre, parfaitement polie (parce que les corps métalliques polis rayonnent peu), soutenue par une tige également de fer, longue de 11 centimètres environ, épaisse de 8 millimètres, solidement fixée par son extrémité dans un manche de bois. Le cautère est plongé quelques minutes dans de l'eau bouillante additionnée de sel, afin de donner au liquide une plus haute température à l'ébullition; la tige métallique a dû être préalablement garnie par enroulement, jusqu'à l'extrémité faisant corps avec la boule terminale, d'un très gros fil de laine, comme corps isolant, pour éviter la brûlure des lèvres et des joues. La langue est abaissée avec une large spatule de bois, le cautère est rapidement essuyé dans du linge, et appuyé sur le fond de la gorge, en le faisant rouler en différents sens.

Cette opération paraît assez peu douloureuse. Sur 17 cas, 11 enfants et 6 adultes, où le cautère Mayor a été employé, il y a eu 14 succès. Quant aux trois autres, la mort a été due une fois à des imprudences de régime, alors que la convalescence se dessinait; une autre fois, le malade était arrivé, avant le traitement, à un degré tel d'intoxication diphthéritique, que tout retour semblait impossible. Dans le troisième cas, enfin, chez un enfant de dix-huit mois, M. Danvin se reproche faiblement d'avoir pu être lui-même la cause involontaire de la mort, en procédant à une cautérisation trop énergique, réitérée deux fois coup sur coup, et avec un instrument trop volumineux.

Maintenant voici ce qui arrive : quelques heures après l'opération, les symptômes d'une brûlure de la gorge se développent, les tonsilles se gonflent, la déglutition devient difficile ou impossible, des signes d'une réaction franche apparaissent; il faut employer des adoucissants, des antiphlogistiques, quelquefois des sangsues; en général, cependant, ces accidents ne se prolongent guère au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures. On aura soin, le lendemain de l'opération, de procéder à un nettoyage de la gorge, afin d'enlever tout ce qui aura pu se détacher d'eschares et de fausses membranes : c'est une précaution qu'il importe également de prendre avant l'opération. Si quelques fausses membranes paraissent se reformer, on procédera à une nouvelle cautérisation partielle, pour laquelle les moyens ordinaires pourront suffire. Seulement, il faut se garder de prendre pour une production nouvelle les eschares déterminées par la cautérisation elle-même.

M. Danvin, comme M. Valentin, ne néglige pas, concurremment aux moyens énergiques, l'emploi d'une médication générale dont les alcalins, chlorate de potasse ou bicarbonate de soude, font la base, reconnaissant justement que si ces médicaments peuvent exercer une action utile sur la marche de la maladie, il y aurait une haute imprudence à s'en rapporter à eux pour détruire les produits de la diphthérite, lesquels, une fois qu'ils existent, sont devenus la chose capitale, c'est-à-dire le danger de mort le plus prochain. (*Union médicale* des 4 septembre, 13, 15 et 24 novembre 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapports du conseil d'hygiène du département de l'Eure.

Le département de l'Eure, que nous avons traversé il y a peu de temps, nous a donné occasion, tout à la fois, de porter notre attention sur un *desideratum* en matière d'institutions d'hygiène publique, et de reconnaître les bienfaits que ces mêmes institutions ont déjà rendus à la science et à l'humanité.

Une grave dysentérie a régné dans plusieurs cantons de ce département, notamment dans ceux de Pancy et de St-André, comme, du reste, dans la plupart des pays où avait antérieurement sévi le choléra, par exemple, dans l'Yonne, dans la Meurthe, dans les départements du midi, etc. Les cas ordinaires se bornent à des selles diarrhéiques; d'autres s'accompagnent d'un flux hémorrhagique qui, par son opiniâtreté et son abondance, devient souvent dangereux. Un de mes amis, pharmacien, M. Biart, m'a assuré que, depuis six heures du matin jusqu'au soir, son officine ne désemplissait pas de clients.

Le vulgaire croit à l'influence de la sécheresse, et s'étonne que, malgré les dernières pluies, l'épidémie se maintienne. Nos confrères lui assignent pour cause l'usage de boissons et de fruits de qualité mauvaise. D'après M. Foutaine, médecin d'une des localités, les résultats funestes dépendraient, en grande partie, de l'incurie des malades, qui, tenant peu de compte des simples dévoiements, n'invoquent presque jamais les secours de l'art que lorsque, par suite de négligence ou de remèdes intempestifs, les symptômes se sont compliqués et ont acquis une intensité menaçante. Au début, une tisane émolliente, quelques astringents ou opiacés en feraient promptement justice.

Or, s'il en est ainsi, ne conviendrait-il pas, en pareille occurrence, comme cela se pratique d'ailleurs quelquefois, de se livrer à une enquête aboutissant à une instruction populaire qui, portée à la connaissance de tous, tendrait inévitablement, en favorisant de meilleures coutumes, à diminuer le nombre des victimes?

On a depuis longtemps senti le besoin de réaliser une telle pensée; mais les services créés dans cette intention n'ont satisfait à leur tâche que d'une manière incomplète et irrégulière. Que peuvent des efforts isolés là où une étude collective serait nécessaire?

Aussi, ne saurait on trop louer l'État d'avoir fondé, à la place des comités officieux de salubrité, une institution qui, du moins à en juger par ce qui se passe dans l'Eure, promet d'être plus efficace. Nous voulons parler des *conseils d'hygiène*. Les premiers travaux du conseil de ce département annoncent, en effet, des signes de virilité.

Cette perspective d'avenir tient, selon nous, à diverses circonstances. L'élément médical domine naturellement parmi les membres, et, à Évreux comme dans les autres arrondissements, il est également remarquable par les lumières et le dévouement. D'un autre côté, tous nos confrères les plus respectables sont indistinctement admis à fournir leur concours; en sorte que la variété des aptitudes multiplie les chances d'éclaircissement. La publicité des œuvres, concédée par l'autorité locale, est enfin une condition de stimulation puissante.

Nous avons sous les yeux plusieurs rapports qui déjà justifient les prévisions que nous venons d'émettre. La série s'en ouvre par un exposé de la situation à M. le préfet. Dans ce document, le secrétaire général du conseil, M. le docteur Fortin, que l'on est sûr de trouver partout où il y a à prendre quelque féconde initiative, et à qui, depuis vingt ans, la ville d'Évreux doit l'usage des cours scientifiques, fait judicieusement ressortir les avantages de l'impression des travaux, au point de vue non-seulement de l'émulation des coopérateurs, mais aussi des saines idées et des bonnes habitudes hygiéniques.

Vient, en second lieu, un compte rendu par M. le docteur Dubordel, de l'ouvrage de M. Vingtrinier, concernant le goître endémique dans le département de la Seine-Inférieure, maladie qui semble n'être pas non plus étrangère à quelques communes du départe-

ment de l'Eure, spécialement dans les circonscriptions de Louviers et des Andelys.

Un troisième rapport, rédigé par M. le docteur Bigot, au nom d'une commission dont faisaient partie MM. Eugène Villain, vétérinaire, et Hérouard, pharmacien, a pour objet des plaintes formulées contre un établissement d'équarrissage situé à Gravigny. Sur l'avis des commissaires, concluant que l'odeur nauséabonde exhalée par les matières n'est appréciable qu'à longs intervalles, d'une manière fugitive, à une faible distance, et que partout elle n'est que médiocrement incommode et nullement dangereuse, le conseil se borne à exprimer le vœu qu'il soit pris des mesures pour 1° empêcher les eaux pluviales de traverser les masses en fermentation ; 2° faire placer un appareil fumivore à la cheminée; 3° ne remuer les tas qu'après neuf mois de leur formation, par parties, de nuit, et en prenant le soin de les saupoudrer avec des agents désinfectants.

Trois marchands de chiffons, d'os, de peaux de lapin, etc., demandent à continuer leur industrie dans la ville d'Évreux. Un seul a motivé des réclamations qui ont paru dépendre de l'entassement immédiat des chiffons sur le sol, et du mélange d'os frais aux os secs. Dès lors, la commission, composée de MM. Fortin, Bigot et Olivier, rapporteur, a pensé qu'il y avait lieu à accorder l'autorisation demandée, moyennant 1° que les établissements n'aient point en dépôt des os frais; 2° que les os secs soient conservés dans des tonneaux ; 3° que les peaux de lapin soient enlevées au moins deux fois la semaine ; 4° que les chiffons reposent sur des claies au-dessus du sol.

Chargé à son tour, en qualité de correspondant, d'exposer son opinion sur un projet d'établissement de cuirs tannés et vernissés à Vernonet, M. le docteur Vallée, médecin à Vernon, ne voit à cette création aucun obstacle, attendu que la fabrication du vernis, qui seule pourrait occasionner des dangers, s'opérera à peine une fois par mois, sous un hangar, et à plus de 150 mètres de toute maison habitée. Il exige, d'ailleurs, que la chaudière, fermant hermétiquement, soit établie dans un endroit parfaitement clos; qu'à la cheminée soit adapté un appareil fumivore dépassant le toit de 8 mètres au moins, et qu'en aucune circonstance les peaux fraîches ne séjournent en dépôt.

Le conseil avait été saisi par M. le préfet d'un projet d'organisation d'assistance médicale pour les indigents. Dans leur réponse collective, nos confrères réunis, MM. Baudry, Bougarel, Bigot, Buisson, Duhordel, Fortin, Patel, Richard, et Bidault, rapporteur, témoignent de leurs sympathies pour la sollicitude administrative. Ils font néanmoins observer qu'en prenant pour base de gratuité l'exemption de la cote personnelle, on engloberait parmi les ménages à secourir un grand nombre de familles qui ont pu jusqu'ici subvenir aux frais de leurs maladies, et que cette modification à l'état actuel entraînerait nécessairement à une compensation légitime.

A ces rapports font suite, pour ce qui se rattache à la part contributive de l'arrondissement d'Évreux, divers tableaux récapitulatifs des vaccinations, naissances, mariages, décès, et maladies causes de décès, pour l'année 1853, dans le département.

Malgré le nombre croissant des vaccinés, quelques épidémies de variole ont sévi. On signale entre autres, comme ayant été affligées de ce fléau, les communes de Poses, de Dangu et de Bezu-Saint-Éloi. Il n'est pas dit si le mal s'est montré chez les individus soumis à l'inoculation préservatrice.

Le chiffre des naissances s'est élevé à 8,146, celui des décès à 9,285. On pourrait attribuer un sens défavorable à cette disproportion contre nature, si elle ne s'expliquait par la grande quantité de nourrissons que la ville de Rouen déverse dans l'arrondissement de Pont-Audemer.

En 1854, le choléra, qui a décimé tant de populations, n'a exercé que d'insignifiants ravages dans l'Eure, où l'on n'a compté que 168 cas et 99 décès, ainsi répartis :

	Cas.	Décès.
Arrondissement des Andelys	10	6
— de Bernay	20	14
— d'Évreux	117	66
— de Louviers	9	8
— de Pont-Audemer	12	7

Pendant que la section centrale d'Évreux fonctionnait, les autres sections du conseil ne restaient pas complétement inactives. Celle des Andelys, par exemple, ainsi que le constate un double extrait de M. de Rochefort, sous-préfet, a porté spécialement son attention sur la topographie et l'état sanitaire de l'arrondissement. Les vallées, moins salubres que les plaines, en raison des cours d'eau qui les traversent et de la moindre sobriété des habitants, les inconvénients des amas de fumier auprès des maisons, la proximité des cimetières et la mauvaise disposition des rues, tels sont les points saillants de ses remarques.

Le conseil de Bernay, par l'organe de MM. les docteurs Neuville, Acard, Adolphe Bardel et Jouen, mentionne en partie les mêmes influences. D'après leur rapport les causes générales d'insalubrité résulteraient du peu d'empressement que l'on met à enlever les fumiers, à curer les mares, à nettoyer les rues, dans l'humidité et le peu d'aération des maisons, enfin, dans l'absence de fontaines et d'abattoirs dans les villes. M. le docteur Huet, médecin à Beaumont, fait en outre la relation d'une épidémie de dysentérie qui a régné à la Puthenaye : 23 malades ont été atteints. La mortalité a été d'un quart, proportion considérable à laquelle notre confrère assigne des causes identiques avec celles par nous précédemment articulées : la négligence ou les mauvais soins. Plusieurs membres de la même famille ont souvent présenté simultanément la maladie.

A partir du 18 juin 1853 jusqu'au 17 octobre 1854, le conseil de Louviers a consacré sept séances à délibérer sur une série de sujets seulement indiqués : statistique du personnel médical, médecins cantonaux, états de vaccination, situation sanitaire, instruction sur le choléra, etc.

Un rapport de M. le docteur Picard aîné sur les épidémies termine le fascicule. Peu importantes dans le canton de Louviers, où elles ont consisté en quelques cas de choléra, de légers embarras gastriques et un certain nombre de fièvres typhoïdes, pour la plupart sans gravité, toutes n'ont pas eu le même caractère de bénignité dans les cantons du Neubourg, d'Amfreville-la-Campagne et de Pont-de-Larche. Dans ce dernier, notamment, sur 15 enfants atteints de croup, à Criquebœuf, 13 ont succombé. La coqueluche et la variole ont compté aussi quelques victimes.

Par ce bref aperçu, reposant d'ailleurs sur une élaboration rudimentaire, il est aisé d'entrevoir quelle masse de précieux enseignements peut jaillir de l'institution nouvelle. On a voulu, à une certaine époque, organiser des sociétés médicales de département. L'entreprise a échoué, parce qu'au lieu du principe fécondant de la science et de la pratique, elles ne devaient avoir pour lien et pour mobile que l'intérêt professionnel. La création légale des conseils d'hygiène ne semblera-t-elle pas au lecteur, comme à moi, un commencement de réalisation à cet égard, et ne suffirait-il pas d'étendre ce germe et de l'exciter pour en obtenir cette vaste enquête, idéal toujours vainement poursuivi des académies ? Un seul acte émané du pouvoir aurait ainsi fait plus pour l'avancement de la question qu'une foule de dissertations sans base, tant est susceptible de conséquences heureuses l'application d'une idée vraie !

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

— La question de savoir si le médecin qui présente à l'officier de l'état civil un enfant nouveau-né est tenu de déclarer dans l'acte de naissance le nom de la mère, ou s'il peut refuser de faire cette déclaration, en alléguant qu'il lui aurait été imposé de tenir ce nom secret, s'est représentée devant la cour d'appel de Gand, par suite de l'appel interjeté par le ministère public contre un jugement du tribunal d'Ypres qui avait donné raison au médecin. La cour de Gand, par arrêt prononcé le 12 décembre, et longuement motivé, vient de persister dans sa jurisprudence antérieure, qui donne tort aux médecins, et elle a condamné le prévenu à 50 francs d'amende et aux dépens. C'est le cinquième arrêt que les cours de Belgique prononcent dans le même sens.

— L'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 24 novembre, a élevé à l'honorariat les membres correspondants suivants :

MM. Simon, de Liége; A. Uytterhoeven et Rieken, de Bruxelles; Chelius, de Heidelberg; Delafund et Renault, de l'École vétérinaire d'Alfort; Amussat et Jubert (de Lamballe), de Paris; Furget, de Strasbourg. — Dans la même séance, elle a nommé membre honoraire, M. le docteur de Block, professeur émerite de l'Université de Gand; et membres correspondants, MM. Depaire, pharmacien à Bruxelles; Bribosia fils, docteur en médecine à Namur; Maisonneuve et Sichel, de Paris.

— Par suite d'une nouvelle réorganisation de la clinique à l'Université de Bruxelles, ont été nommés professeurs de clinique: — A l'hôpital Saint-Pierre: 1° M. Victor Uytterhoeven, pour les maladies internes; 2° M. le baron Seutin, pour les maladies chirurgicales; 3° M. Thiry, pour les affections syphilitiques et cutanées; 4° M. Is. Henriette, pour les maladies des enfants. — A l'hôpital Saint-Jean: 1° M. Graux, pour les maladies internes; 2° M. Deroubaix, pour les maladies chirurgicales et l'ophthalmologie. — A la Maternité, M. Van Huevel reste chargé de la clinique des accouchements au grand hospice; M. Crocq est chargé d'une clinique spéciale sur les maladies cancéreuses. — A l'hôpital militaire, M. Lebeau continuera sa clinique des maladies internes.

— Par décret impérial en date du 5 janvier 1856, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de la marine, au grade de *chirurgien principal*: MM. les chirurgiens de première classe, Bousmiche, Gouais-Lanaud, Canolle, Buisson, Bigot, Laugaudin, Delaporte.

— Par décrets rendus sur le rapport du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, au grade de *chevalier*: MM. Burguières, médecin sanitaire, au Caire; Maréchal, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dreux; Daran (Léon), secrétaire du conseil d'hygiène publique, médecin en chef de l'hôpital de Pau; Guirette, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Oluron; Lapeyre, médecin à Orthez; Sylva, pharmacien à Bayonne; Dabadie, médecin à Hastingue.

— Peu de morts ont laissé d'aussi tristes souvenirs dans le corps médical que celle de M. Martin-Solon, que la douleur et de malheureuses nécessités avaient relégué depuis quelque temps dans la commune de Bercy. Des discours prononcés sur sa tombe par MM. Barth et H. Royer ont rappelé les hautes qualités d'esprit et les mérites modestes de ce médecin distingué, de cet homme de bien.

— M. le docteur Auzoux a commencé, le dimanche 13 janvier, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée. Il le continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Conférences et expériences les jeudis, à la même heure.

— Les épreuves du concours pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, seront ouvertes, à Strasbourg, le 4 février prochain, à Montpellier le 18 du même mois, et à Paris, le 3 mars suivant.

— Le *Moniteur* contient la liste des personnes qui, par décret du 26 décembre, ont été autorisées à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères; savoir: MM. le docteur Thierry Valdajou, membre du conseil municipal de Paris, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique); Cazenave, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Pau, chevalier de l'ordre d'Isabelle la Catholique (Espagne); Guyon, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (États pontificaux); Ribat, chirurgien auxiliaire de la marine, chevalier de l'ordre de Notre-Dame de la Conception de Villa-Viciosa (Portugal); Deville, docteur en médecine, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal); Aucourt, docteur en médecine, *idem*; Malapert, médecin principal, ordre de Medjidié, 4e classe; Perrin, médecin aide-major au 1er chasseurs d'Afrique, ordre de Medjidié, 5e classe.

— Le gouvernement sarde vient de promulguer un nouveau réglement pour le service sanitaire de la prostitution à Turin. M. le docteur Sperino est nommé inspecteur de ce service.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 décembre. Cautérisation dans les infiltrations d'orine, par *Philipeaux*. — Administration du quinquina et de ses préparations, par *Briquet*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Novembre. Contagion de la morve chronique, par *Delorme*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 décembre. Bases de la science médicale, par *C. Faget*; remarques de *Cayol*. — De l'hydrothérapie, par *Gibert*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Novembre. Du séton et de sa valeur thérapeutique, par *Malgaigne*. — Congélations observées à Constantinople, par *Legouest*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 23. Du scepticisme en médecine, par *Devay*. — Bons effets de l'opium à haute dose contre une forme rebelle d'ulcération syphilitique, par *Rodet*. — Traitement de la suette miliaire, par *Achard*. — 24. Maladies régnantes, par *Girin*. — Calcul embroché par une tige métallique, extrait, sans opération sanglante, de la vessie d'une jeune fille, par *Passaquay*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 12. Rapports de la médecine avec la philosophie, par *L. Sédillot*. — Clinique médicale (pneumonie), par *Schuetzenberger*. — Choléra de Sainte-Marie-aux-Mines, par *Gros*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 décembre. Prétendue dégénérescence physique et morale de l'espèce par l'usage de la vaccination, par *Anglada*. — Ulcération de la fourchette des grandes lèvres; ses rapports avec les affections du col utérin, par *Blanc*. — Choléra et suette de Marseillan, par *Arnaud*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — 11e cahier. Rapport de la commission sur l'inoculation de la pleuro-pneumonie; ostéo-sarcôme chez le cheval, par *Dierix*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 8e livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Mocario*. — Traitement de la fistule salivaire, par *Vandenbieboom*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — T. XIV. N° 10. Rapports ou discussions concernant le lait, la responsabilité médicale, la maladie des pommes de terre, les difformités du crâne, l'emploi de l'arsenic dans la cachexie paludéenne. — T. XV. N° 1. Rapports ou discussions sur l'eau de chaux dans le choléra, sur l'éclampsie, l'épidémie cholérique de 1848-1849, l'emploi de la saignée dans l'apoplexie.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 50. Accidents produits par les helminthes, traitement, par *Anciaux*. — 51. *Idem*. — 52. Erreurs de diagnostic au point de vue de la syphilis, par *Thiry*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 154. Sur la paracentèse thoracique, par *Theu*. — Trachéotomie dans l'angine gutturale; guérison, par *Borham*. — Sur la céphalalgie, par *F.-J. Prior*. — Inversion de l'utérus, par *C. Léonard*. — 155. Ébranlement cérébro-spinal, par *Daniel Noble*. — Hémorrhagie grave, suite d'opération de calcul vésical, par *W.-T. Bell*. — 156. Masse de poils dans l'estomac, par *G. May*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 884. Cas de *delirium tremens*, par *W.-B. Tyffe*. — 885. Opération pour la cure de la dysménorrhée, par *Beaty*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 285. Luxation du cristallin, soit par accident, soit par suite de maladie, par *Haynes Walton*. — 286. Soixante-neuf accouchements avec administration de seigle ergoté; observations, par *R.-U. West*. — 287. Cas d'absence congénitale de l'utérus et du vagin, par *Ramsbotham*. — Inflammation de l'orifice et du col utérin, par *Rigby*. — Traitement de l'anévrysme par compression intermittente, par *W.-J. Square*.

THE LANCET. — N° 24. Urine purulente comme symptôme de maladies des reins, par *Basham*. — Emphysème abdominal, par *J. Trichson*. — Cas de plaie pénétrante du thorax, par *D.-B. Reid*. — Nouveau spéculum trivalve, par *Lane*. — 25. Traitement moderne de la gonorrhée, par *W. Acton*. — Ischurie rénale; absence d'un rein, par *G.-P. May*. — Maladies de la surface interne de la matrice, par *W. Cumming*. — 26. Traitement de la phthisie, par *J. E. Pollock*. — Excroissance de l'utérus, par *Boulton*. — Sur la formation des *petits corps organiques* de Golding Bird, par *Balfour*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 50. Choléra de Poggibonsi en 1855, par *P. Burresi*. — 51. Maladies dominantes à San-Miniato. — Sur le choléra, par *Cozzi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 50. Rupture du tendon d'Achille, par *Berrutti*. — Belladone contre la hernie étranglée, par *Rizzo*. — Laudanum contre la pleuro-pneumonie, par *le même*. — 51. Rupture du tendon d'Achille, par *Berrutti*. — 52. Sur le charbon transmis de l'homme à l'homme, par *Slecchini*. — Sur l'empoisonnement de toute une famille par la racine de jusquiame, par *Zamboni*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 50. Analyse de plusieurs eaux minérales. — 51. Opérations sous-périostales, etc. (suite), par *Larghi Bernardino*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 23. Abcès scrofuleux de la cuisse; carie du fémur, suite de fracture, par *Crispo-Manunta*. — Choléra de Pernate, par *Da Pietra*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Décembre. Conditions pathologiques des fièvres intermittentes; traitement des récidives, par *Mammi*. — Emploi de l'antimoniate de morphine, par *Falciani*. — Kousso contre le choléra, par *Sacchi*.

IL PROGRESSO. — Novembre. Assassinat, médecine légale, par *Freschi*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 101 (le 102 manque). — 103. La non-communication à l'intérieur peut-elle empêcher la propagation du choléra? par *Mariano Marti Flores*. — Contagionabilité du choléra, par *F. Sanchez y Gomes*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 68. Choléra d'Angleterre en 1854; traitement. — Mortalité à Lisbonne et Belem en 1855, par *Gomes*. — 69. De l'antagonisme supposé entre la phthisie et les fièvres paludéennes, par *B.-A. Gomes*. — Sur quelques particularités des os du carpe et du métacarpe, par *J.-A. da Sylva*. — Clinique (lupus, éclampsie, etc.). — Le choléra à l'hôpital de Rilhafolles. — Particularité des os du carpe, etc., par *da Sylva*. — Clinique (éclampsie et albuminurie), par *Simas*. — Cancer des os du tarse; procédé de Chopart, par *Alves Branco*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 22. Sur la contusion et les plaies contuses, par *J. B.* — Clinique médico-chirurgicale (pneumonie, cure des rétrécissements). — 23. Clinique (sur la pleurésie aiguë, phlegmon de la région parotidienne). — 24. Clinique médicale (pneumonie chronique; vomique; mort; autopsie), par *Ortega*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 25 JANVIER 1856. N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 janvier 1856, M. POUZIN, professeur de chimie organique et toxicologique, est nommé directeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Duportal ;

M. PLANCHON, docteur en médecine et docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est chargé du cours d'histoire naturelle et de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. COSTE, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Sus, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. BÉCHET, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école.

M. DEMANGE, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école.

— Par arrêté en date du 15 janvier 1856, M. FARGE, professeur d'histoire naturelle et directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des lettres et des sciences d'Angers, est chargé en outre des fonctions de secrétaire agent comptable près ladite école.

— Par arrêté, en date du 19 janvier 1856, M. BOECKEL est nommé prosecteur près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêtés, en date du 19 janvier 1856, sont nommés officiers d'Académie : M. HOLLARD, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers ; M. GILLOT-SAINT-EVRE, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 18 au 22 janvier 1856.

17. BOULET, Paul, né à Ornas (Doubs). [*Du vomissement sous le rapport du pronostic et du diagnostic dans les maladies.*]

18. BOUREAU, Félix-Théodore, né à Marray (Indre-et-Loire). [*De l'emphysème primitif ou spontané dans les fractures des membres.*]

19. CARTAYA, Domingo-José, né à Santa-Anna, près la Havane (île de Cuba). [*De l'inflammation et des ulcérations du col de l'utérus chez les*

FEUILLETON.

Lettre médicale.

RÔLE LÉGAL DU MÉDECIN DANS LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCES.

L'an dernier, très honoré confrère, à l'occasion d'un fait tiré de la pratique de M. Cazeaux, nous vous avons entretenu du secret médical appliqué aux cas d'avortement criminel (*Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 55, au Feuilleton). L'arrêt de la cour de Gand, rapporté dans notre dernier numéro (p. 47), nous offre l'occasion d'envisager aujourd'hui le même sujet sous un autre point de vue, qui engage cette fois les intérêts civils de la société. Il s'agit de savoir si le médecin qui se substitue au père dans la déclaration de naissance est tenu de faire connaître le nom de la mère. La cour de Gand, par arrêt du 12 décembre dernier, a, conformément à sa jurisprudence antérieure, jugé la question affirmativement. C'est, ajoute le journal auquel nous empruntons ces détails, le cinquième arrêt que les cours belges prononcent dans le même sens.

La Belgique étant, comme la France, régie par le Code Napoléon, l'arrêt vous intéresse presque autant que s'il eût été rendu par notre cour impériale, et la question peut être posée dans les mêmes termes des deux côtés de Quiévrain.

Nous n'avons rien à vous dire de nouveau quant aux principes généraux de la matière ; car les règles de conscience et les prescriptions légales qui se rapportent à l'obligation du secret ne varient pas avec les circonstances. Le devoir du médecin, ce devoir juridique qui est un droit pour la conscience, a toujours pour règle fondamentale l'article 378 du Code pénal, qui lui interdit, sous peine d'amende et d'emprisonnement, *la révélation des secrets qui lui sont confiés dans l'exercice de sa profession.* Devant la justice criminelle, cet article peut s'achopper à l'article 80 du Code d'instruction, comme il arrive pour les cas présumés d'avortement. Devant l'officier de l'état civil, c'est avec les articles 56 et 57 du Code civil qu'il s'agit de faire accorder l'article 378 du Code

femmes vierges et chez les femmes non vierges, et en dehors de l'état de grossesse.]

20. LACUIRE, Clément-Antoine, né à Montmerle (Ain). [*Du tissu érectile. Appareils érectiles chez la femme.*]

21. ROUX, Jules-Xavier, né à Givet (Ardennes). [*De la hernie ombilicale.*]

22. THÉMOIN, Auguste-Marie, né à Rostrenen (Côtes-du-Nord.) [*Quelques considérations sur les plaies de la région scrotale.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 24 janvier 1856.

TRAITEMENT RAPIDE DE LA GALE ; COMMUNICATION DE M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE ; CIRCULAIRE A MM. LES OFFICIERS DE SANTÉ DE L'ARMÉE BELGE.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

J'ai éprouvé, je l'avoue, un sentiment de surprise en lisant dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° du 18 janvier dernier) le compte rendu de la séance de la *Société de médecine du département de la Seine* (16 et 21 décembre 1855). Je ne pensais pas qu'il y eût encore dans quelque lieu de France des doutes sur l'efficacité du *traitement rapide de la gale* de MM. Bazin et Hardy, et il m'a paru que MM. Bourguignon et Costilhes faisaient de trop larges concessions aux préjugés, en exigeant encore pour ce traitement une durée de *deux jours.* C'est *deux heures* qu'il eût fallu dire, *deux heures*, ni plus ni moins.

Le traitement rapide est en usage dans notre armée depuis bientôt deux ans; il est institué d'après les règles tracées dans une circulaire que je vous envoie, et depuis deux ans nous n'avons eu à enregistrer que des succès. Deux ans d'expérience, mon honoré collègue, n'est-ce pas beaucoup? N'est-ce pas assez? Et cette expérience, généralisée sur toute la surface de la Belgique, ne démontre-t-elle pas de la manière la plus péremptoire le mérite des prescriptions de ma circulaire du 22 avril 1854?

Les rapports que je reçois périodiquement m'indiquent bien de temps à autre, non des *récidives* (en matière de gale je n'admets pas de récidives; on est guéri ou on ne l'est pas), mais des cas où le traitement a été incomplet; mais, en vérité, le chiffre en est insignifiant, et il n'en résulte d'ailleurs que le seul inconvénient de soumettre l'infecté, pendant deux heures, à des frictions nouvelles faites avec plus de soin.

L'opinion que je vais émettre paraîtra peut-être paradoxale; mais je la tiens pour *vraie.* Si l'on était bien sûr que les *acarus* ne se trouvent que dans des régions déterminées à l'avance, il ne faudrait pas même deux heures pour un traitement de gale; il ne faudrait pas non plus de pommade d'Helmerich, de sulfure calcaire, etc.; il suffirait d'écraser ces parasites à l'aide d'un peu de pierre ponce, par exemple, dans les sillons qui les recèlent; car pour moi le traitement rapide n'est pas autre chose que la destruction *mécanique* du sarcopte. C'est la pression suffisante de la main qui amène ce résultat. Malheureusement, les acarus se nichent partout, et voilà pourquoi il conviendra toujours de recourir aux frictions d'une certaine durée et d'une certaine force sur toute la surface du corps, et le savon noir me paraît ici le meilleur des adjuvants.

Il est un point, mon cher collègue, qui me semble un peu trop perdu de vue. On a signalé, dans la discussion à propos de laquelle je vous écris ces quelques lignes, l'insuffisance du traitement rapide dans un certain nombre de cas. Je viens de dire ce que c'était pour moi que cette insuffisance; mais il est une grande cause de réapparition de la maladie à laquelle on ne songe peut-être pas assez. On perd de vue, me semble-t-il, que *tous* les objets des galeux peuvent recéler des *acarus*, et que, dans la pratique civile, on ne possède pas toujours le moyen de les détruire convenablement. La chose est plus facile dans la pratique militaire. Dans le service sanitaire de l'armée, en France, les objets des galeux passent, vous le savez, à la *soufrure ;* j'avais proposé, en Belgique, de les soumettre pendant un certain temps à une température élevée; mais il a été impossible, jusqu'ici, de faire généraliser ce moyen. Nous nous bornons encore, en attendant, à les faire passer *au chlore* juste pendant le temps que dure le traitement, c'est-à-dire pendant deux heures, et l'expérience a prouvé que, passé ce temps, ils étaient complétement désinfectés. Dans un seul de nos hôpitaux militaires doté d'une *chambre de traitement* de galeux réunissant les conditions indiquées dans ma communication à l'Académie de médecine de Belgique le 31 décembre 1853, la destruction des sarcoptes restés dans les vêtements est obtenue à l'aide du

---

pénal. Que disent donc ces articles 56 et 57? « *La naissance de l'enfant* sera déclarée par le père, ou, *à défaut du père*, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée » (art. 56). « L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance; le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés; les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins » (art. 57).

Voilà les seules dispositions que rencontrent devant eux les comparants à une déclaration de naissance, qu'ils soient médecins ou non, agents responsables ou simples témoins de l'accouchement. La première disposition ne prescrit littéralement que la déclaration du *fait* de la naissance. La seconde détermine les énonciations qui doivent figurer dans l'acte. La question à résoudre est donc de savoir si ces deux articles sont solidaires, et si le déclarant, en même temps qu'il avertit l'autorité civile de la naissance d'un enfant, est tenu de lui fournir tous les renseignements nécessaires à la rédaction de l'acte, ou s'il est libre, au contraire, dans des circonstances données, de laisser à l'autorité la charge d'informations susceptibles de compromettre l'honneur, la concorde des familles, ou d'engendrer des affaires criminelles. Une grave considération à l'appui du premier système, c'est que l'article 57 n'a évidemment en vue que les naissances légitimes. Il appelle, en effet, le père aussi bien que la mère à se faire inscrire sur le registre. Or, c'est un principe de jurisprudence que la recherche de la paternité est interdite, un principe reconnu et pratiqué même par les officiers de l'état civil, qui, lorsque le père n'est pas présent, ni représenté à l'acte, reçoivent sans difficulté la déclaration que l'enfant est né *de père inconnu.* Il est impossible que la loi ait voulu, tout à la fois, protéger la famille contre la divulgation authentique d'une paternité illicite, et faire précisément d'une telle divulgation la condition obligatoire d'une déclaration de naissance. On trouve bien quelquefois dans la législation existante des oppositions assez embarrassantes, — il en existe notamment en ce qui concerne les devoirs du méde-

feu, et c'est merveille d'y voir fonctionner l'appareil que j'y ai fait placer. Je compte bien que nos autres établissements sanitaires ne tarderont pas à jouir du même avantage.

Je serais heureux que ces renseignements pussent contribuer à dissiper des craintes et à raffermir des convictions. L'expérience tentée en Belgique est décisive, me semble-t-il. *Depuis bientôt deux ans, nos vieilles salles de galeux sont supprimées*, et nous n'avons pas encore éprouvé le besoin de les rouvrir. Ces salles sont consacrées aujourd'hui à d'autres malades, ce qui revient à dire que le traitement rapide de la gale, tel qu'il est institué dans notre armée, a accru, de fait, la *capacité* de nos hôpitaux. Je ne crois pas m'écarter de la vérité en affirmant qu'ils peuvent recevoir aujourd'hui de 1,200 à 1,500 malades de plus qu'autrefois. Est-ce que cet exemple ne vous paraît pas fait pour nous donner des imitateurs?

Encore un mot, mon cher collègue : Ce que j'ai fait faire dans nos hôpitaux militaires, je l'ai introduit de même dans nos prisons, dans *toutes nos prisons*. Le succès n'a pas été moins complet.

Agréez, etc. VLEMINCKX,

Président de l'Académie de médecine de Belgique.

Pour compléter la communication précédente, nous reproduisons ici la circulaire adressée par M. Vleminckx à MM. les officiers de santé de l'armée sur le traitement de la gale. Nos lecteurs trouveront en outre, dans le tome Ier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (p. 305), *la description des* chambres de traitement des galeux, *telle que l'auteur l'a faite à l'Académie de médecine de Belgique. Une chambre est instituée à Anvers. Enfin, on pourra rapprocher des documents précédents l'excellent travail que M. Michel Lévy a publié également dans ce journal* (t. Ier, p. 357) *sur la nouvelle médication antipsorique dans l'armée.* A. D.

Circulaire à MM. les officiers de santé de l'armée belge.

Messieurs, la possibilité de guérir la gale et de désinfecter les effets des galeux en deux heures, et par conséquent d'éviter les prises en mutation, n'est plus un objet de contestation dans le service de santé de l'armée.

Il convient aujourd'hui de réglementer cette méthode que j'ai fait mettre en usage lors de ma dernière inspection, et de la soumettre à des conditions dont l'exécution assure le succès et prévienne les mécomptes.

J'ai décidé, en conséquence, que le traitement des galeux, ainsi que la désinfection de leurs effets d'habillement et de coucher, auraient lieu d'après les règles qui suivent :

I. — Tous les jours, vers dix heures du matin, les hommes atteints de gale seront conduits à l'établissement sanitaire de la garnison, munis d'un billet d'envoi ainsi conçu :

Régiment de	*Régiment de* . . . . . .
Bon pour un bain	Bon pour soixante grammes de savon noir, et soixante-quinze grammes de sulfure calcaire.
A . . . . . , le . . . . 18. .	A . . . . . , le . . . . 18. .
Le médecin,	*Le médecin*,

Ces billets seront fournis par les corps.

II. — A leur entrée, les galeux remettront le billet dont ils seront porteurs, au directeur, qui en retiendra la partie concernant la dépense du bain, et fera remettre l'autre à la pharmacie. Ils seront dirigés ensuite vers la salle de traitement, et immédiatement dépouillés de leurs vêtements.

III. — Le traitement sera institué comme suit :

1° Friction d'une demi-heure sur tout le corps, avec la quantité prescrite de savon noir ;

2° Immédiatement après, bain simple d'une demi-heure, dans lequel les frictions sont continuées ;

3° Au sortir du bain, frictions *générales* pendant une demi-heure avec le sulfure calcaire ;

4° Lavage de tout le corps, à l'eau tiède.

IV. — Il est avéré aujourd'hui que le succès dépend de la manière dont les frictions sont faites : il importe donc qu'elles soient pratiquées avec tout le soin nécessaire et surveillées exactement.

A cet effet, un infirmier sera exercé et dirigé par le médecin désigné pour être présent aux frictions. Cet infirmier montrera aux galeux la manière de se frictionner, et les frictionnera lui-même sur les parties inaccessibles à leurs mains.

V. — Le traitement étant terminé, les galeux recevront de l'infirmier leurs vêtements désinfectés, et seront renvoyés à la caserne, munis d'une déclaration ainsi conçue :

Hôpital (Infirmerie) . . . .

Je soussigné, médecin . . . . , déclare que X . . . . . . , soldat (caporal, sous-officier) du . . . . , a subi le traitement prescrit par la circulaire du 22 avril 1854.

A . . . . , le . . . . 18 .

Ces imprimés seront fournis par les établissements sanitaires.

Les galeux guéris devront se présenter, le lendemain, à la visite

---

cin; — mais ces oppositions tiennent le plus souvent à ce que le Code a subi dans la suite des temps des changements partiels, ou bien peuvent être levées dans la pratique par une sage interprétation des faits. Mais ici ce serait d'une contradiction flagrante, presque grossière, qu'il faudrait accuser le législateur. Et si, comme nous le disons, l'article 57, en ce qui concerne la dénonciation du père, n'a rien d'impératif pour celui qui fait la présentation, il n'y a pas de raison pour qu'il le soit davantage en ce qui concerne la dénonciation de la mère, encore bien que la recherche de la maternité soit permise ; car l'article ne renferme aucune distinction ; il place sur la même ligne toutes les énonciations y spécifiées. Ou il est connexe dans toutes ses parties avec l'article précédent, ou il ne s'y rattache par aucun point.

Ce n'est pas tout. Parmi les informations réclamées par l'article 57, il en est que le déclarant pourrait être fort embarrassé de fournir en pleine connaissance de cause : par exemple, celle du *jour* et de l'*heure* de la naissance, puisque le plus souvent il ne sait à cet égard, et ne peut savoir, que ce qu'on veut bien lui apprendre. Lui imposera-t-on de suivre une enquête à son usage personnel? Mais, outre que ce serait livrer à la curiosité publique les secrets du foyer, au moins faudrait-il lui laisser le temps nécessaire à son édification, et c'est ce que la loi lui refuse péremptoirement par l'article 55, aux termes duquel les déclarations de naissance doivent être faites *dans les trois jours de l'accouchement*. Enfin, il est bon de remarquer que lorsque l'article 346 du Code pénal remédia au défaut de sanction qui, en rendant vaines les dispositions précitées du Code civil, engendrait de nombreux abus, la pénalité fut dirigée exclusivement contre l'omission de la déclaration de naissance dans le délai légal, et nullement contre le refus de faire connaître les noms du père et de la mère. Cet article est ainsi conçu : « Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de 16 fr. à 300 fr. »

Ces considérations, qui servent de texte à plusieurs arrêtés de

du médecin de service du corps, et lui remettre la déclaration ci-dessus, pour servir à la rédaction des rapports trimestriels.

VI. — La salle de traitement devra réunir les conditions nécessaires, non-seulement pour le traitement, mais encore pour la désinfection.

Elle sera pourvue de baignoires, des objets mobiliers les plus indispensables et d'un appareil destiné à tuer les acarus et leurs œufs, dans lequel les vêtements seront soumis pendant une demi-heure environ à une température de 75 à 85 degrés centigrades. L'infirmier chargé de surveiller le traitement présidera également à la désinfection.

Les salles actuelles de désinfection des établissements sanitaires cesseront, par conséquent, d'être employées, aussitôt que chacun d'eux aura été pourvu de l'appareil chauffeur.

VII. — Provisoirement, les effets que les galeux n'emportent pas aux hôpitaux seront désinfectés dans les casernes, à l'aide du chlore, d'après la méthode en usage.

M. le ministre de la guerre a prescrit aux commandants du génie de s'entendre avec les médecins des corps, pour désigner dans chaque caserne une chambre petite et obscure, susceptible d'être convenablement appropriée à cet effet. Cette mesure fait disparaître l'exception admise par la circulaire du 16 février 1849, et qui permettait de désinfecter *dans les hôpitaux* les effets de coucher de cette catégorie de malades.

Les effets seront soumis, dans cette chambre, à deux reprises différentes, dans le courant de la journée, à un fort dégagement de chlore, pour être reportés ensuite, avant la nuit, dans les dortoirs.

VIII. — Les rapports trimestriels tant des corps que des établissements relateront le nombre des galeux qui auront été traités. MM. les médecins y consigneront avec détail tout ce qui concerne la méthode nouvelle, et notamment le chiffre des *traitements incomplets*. Il importe, en effet, de ne pas perdre de vue ici, qu'il ne peut s'agir de récidives, mais seulement de frictions insuffisantes qui auraient épargné dans leurs sillons un certain nombre d'acarus, ou n'auraient point privé leurs œufs de la faculté d'éclore.

Je désire être informé, en outre, des difficultés qui pourraient se présenter dans l'exécution de l'une ou l'autre des dispositions prescrites par la présente circulaire, et, afin de vous éclairer le plus possible sur la méthode nouvelle, j'ai fait reproduire par la voie des *Archives* le rapport adressé au ministre de la guerre de France par le conseil de santé des armées, et qui m'a paru devoir être soumis à vos méditations.

L'inspecteur général, Dr VLEMINCKX.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TISSU HÉTÉRADÉNIQUE, par M. le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 25 juin 1855.

DEUXIÈME ARTICLE. — Voir le t. III, n° 3.

§ II. OBSERVATIONS CONTENANT LA DESCRIPTION DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE TISSU HÉTÉRADÉNIQUE.

Le tissu dont il est fait mention dans ce travail, bien que présentant des caractères communs, a offert quelques variétés dans chacun des cas observés jusqu'à présent. Ces variétés, ainsi que nous l'avons dit, sont au nombre de trois. Chacune des observations qu'on va lire, choisies sur huit observations semblables, offre un type de ces variétés.

L'observation suivante, recueillie par M. Dupont, élève des hôpitaux, peut être considérée comme un des cas où le tissu dont il s'agit offrait les caractères les mieux déterminés.

OBS. I. — Le 25 novembre 1854, est entré à l'Hôtel-Dieu le nommé Fusillier, âgé de cinquante-huit ans, charretier.

En prenant le service de M. Requin, nous l'avons trouvé couché au n° 70 de la salle Sainte-Jeanne, désigné sur la liste des diagnostics comme atteint de myélite.

Il présentait, en effet, une paraplégie complète, c'est-à-dire une perte de mouvement et de sentiment, une constipation très opiniâtre et une paralysie incomplète de la vessie, qui obligeait à le sonder de temps en temps.

Il était en outre atteint d'un œdème assez considérable des membres inférieurs, du scrotum et des parois abdominales; l'œdème occupait aussi les téguments de la région lombaire, où il était très considérable.

On ne trouva ni bruits morbides du cœur, ni albumine dans les urines. On ne sentit pas de tumeurs dans le ventre, si ce n'est, cependant, des tumeurs stercorales, mobiles, dont la présence s'expliquait très bien par la constipation opiniâtre dont est atteint le malade.

Ce malade portait en outre, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, une tumeur volumineuse, non douloureuse, et qui fixa à peine notre attention.

L'appétit était bon; le malade n'accusait de douleurs nulle part.

Vers le milieu de mars 1855, la paralysie s'étend graduellement de bas en haut sur le tronc.

18 *mars*. — Nous constatons que les téguments sont complétement insensibles jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des clavicules, que les mouvements spontanés des côtes étaient complétement supprimés; la respiration costale avait totalement cessé, et l'inspiration n'était plus que diaphragmatique. Il en résultait pour lui une gêne considérable, une accélération obligée des mouvements respiratoires, et il était évident que la mort par asphyxie ne pouvait tarder à arriver; elle pouvait même arri-

la cour de cassation, se fortifient encore, quand c'est le médecin qui fait la déclaration, des exigences particulières d'une position aussi délicate. En droit, l'homme de l'art, protégé bien plus que menacé par l'article 378 du Code pénal (1), ne connaît d'un accouchement illicite que le fait de la naissance d'un enfant. La théorie qu'on a créée pour les besoins de la thèse contraire nous paraît dangereuse. Un procureur général près une cour royale disait : « Le mot *naissance* indique non-seulement le fait de l'existence matérielle qui commence, mais encore le fait de la cause de cette existence. Naître, ce n'est pas seulement exister, c'est provenir d'une mère déterminée; déclarer la naissance, c'est donc déclarer qu'un être nouveau existe, *et qu'il doit l'existence à telle femme*. C'est ce rapport de l'enfant à l'auteur de ses jours qui constitue l'état civil, et c'est précisément pour constater ce rapport que la loi a imposé aux témoins de la naissance l'obligation de faire une déclaration à l'officier chargé de dresser, non plus seulement l'état des individus vivant physiquement, mais l'état des rapports de ces individus entre eux au point de vue de la parenté et de l'alliance. » Certes, ce raisonnement est spécieux; mais il a le tort d'être trop philosophique. De cause en cause, jusqu'où irait-on? L'enfant vient de la mère, mais il vient bien un peu aussi du père. Il n'importe pas que l'une des deux *causes* soit plus aisée à constater que l'autre, car c'est du principe qu'il s'agit ici. D'ailleurs, pour ce qui concerne la certitude de l'origine maternelle, ce qui est vrai de l'accoucheur ne l'est plus de toute autre personne qui n'a pas assisté à l'opération, et ainsi le *rapport de l'enfant à l'auteur de ses jours*, bien qu'étant philosophiquement et physiologiquement nécessaire, peut être comme non avenu pour le déclarant.

Tout doit se tenir dans une législation bien coordonnée. Si le médecin ne peut se livrer aux actes de sa profession sans courir la

(1) Art. 378 du Code pénal: « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 fr. »

ver très promptement, si la paralysie, poursuivant son mouvement ascensionnel, atteignait les nerfs phréniques.

25 *mars*. — Visite du soir. Le malade était dans le même état ; les mouvements des bras restaient parfaitement libres, et l'intelligence était intacte. On entendait un râle trachéal comme chez un agonisant.

27 *mars*. — Même état.

28 *mars*. — A la visite du matin, nous apprenons qu'on l'a trouvé mort pendant la nuit et ayant une plaie à la région du cœur. Un couteau-poignard, souillé de sang jusqu'à la garde, était posé près de lui sur le lit. Ni les voisins, ni les gens de service n'avaient entendu pousser aucun cri.

Il est évident que cet homme s'était suicidé : il s'était frappé au-dessus du mamelon gauche. Il y avait très peu de sang à l'extérieur ; il avait détourné sa chemise pour enfoncer le couteau. L'insensibilité des téguments de la poitrine explique qu'il ait pu se frapper sans pousser aucun cri.

29 *mars* matin. — *Autopsie*. Le canal rachidien ouvert, on trouve sur les parois du canal lui-même des lésions très graves. Au niveau des premières vertèbres dorsales et vers la fin de la région cervicale, la paroi postérieure du canal rachidien est complétement dégénérée ; on n'y trouve plus de portion osseuse, mais, à la place, un tissu lardacé, creusé en gouttière au niveau de la moelle, très lisse, du reste, à ce niveau.

Après avoir extrait la moelle du canal rachidien, et avant d'avoir incisé ses membranes, on constate facilement que la moelle a perdu de sa consistance dans une étendue de 5 à 6 centimètres au moins au niveau de la région, et dans une étendue moindre au commencement de la région dorsale et à la fin de la région cervicale. Les membranes ne sont injectées ni épaissies. Après les avoir enlevées, on constate une *diffluence complète* de la moelle au niveau de la région dorso-lombaire, et un ramollissement d'un degré moindre à la région cervicale. Enfin, cette moelle n'offre d'injection nulle part ; elle est même d'un blanc *plus mat dans les points ramollis*.

On ouvre la poitrine pour examiner la plaie du cœur. Le péricarde est perforé au niveau de la plaie extérieure ; dans sa cavité, on trouve un caillot assez volumineux et consistant qui coiffe le cœur ; ce caillot, du reste, n'a pas distendu la cavité du péricarde.

On ouvre les cavités ventriculaires ; pas une goutte de sang, pas un caillot dans l'une ni dans l'autre. Il en est de même pour les oreillettes.

Le cœur avait un volume normal et n'avait aucune lésion des valvules.

La plaie du cœur siégeait sur la paroi antérieure du ventricule gauche, un peu à gauche de la cloison interventriculaire, à peu près vers le milieu de la face antérieure du cœur. L'instrument n'avait pas atteint la paroi opposée, c'est-à-dire que le cœur n'était pas perforé de part en part. La plaie du cœur admettait le petit doigt.

Dans l'abdomen, nous trouvons le péritoine teint en rouge noirâtre du côté gauche. En écartant les intestins, on trouve, au niveau du rein gauche, une vaste tumeur aplatie, noirâtre, qui semble d'abord devoir appartenir au rein. On enlève cette tumeur en détachant sa face postérieure des parois abdominales au moyen du scalpel, et l'on reconnaît que cette tumeur est formée par un énorme caillot qui entoure le rein.

Le rein lui-même est parfaitement sain.

A la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau de la région lombaire, on constate l'existence de tumeurs faisant corps avec le rachis, et qui est sans doute de même nature que celles trouvées à la partie postérieure du canal vertébral, dans la région cervicale. Un vaisseau, situé au niveau de l'une de ces productions s'est-il ulcéré et a-t-il donné lieu à l'épanchement de sang périphérique ?

La tumeur remarquée pendant la vie au niveau de l'articulation sterno-claviculaire offre à peu près la même texture que le tissu qui a remplacé en arrière la canal rachidien dans la région cervico-dorsale ; elle présente dans une coupe une portion gris noirâtre qu'on ne trouve pas dans la seconde. On trouve dans le lobe droit du corps thyroïde un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, contenant un liquide que nous n'avons pas pu bien voir, parce que ce kyste s'est vidé presque aussitôt que nous l'avons incisé ; mais ses parois internes présentaient le même aspect que la tumeur rachidienne.

On trouve enfin une hydrocèle à droite ; la tunique vaginale est distendue par un liquide citrin : elle offre sur un point un dépôt cartilagineux. On trouve dans son intérieur un petit corps libre du volume d'un pois, de consistance cartilagineuse à la surface, et contenant à l'intérieur une petite masse crétacée.

La tunique vaginale du côté gauche ne contient pas de liquide ; le scrotum de ce côté n'est nullement infiltré.

Description du tissu des tumeurs observées chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente.

Aux détails précédents je vais ajouter maintenant la description de la structure des tumeurs.

Le tissu morbide, dont la structure sera signalée plus bas, constituait trois tumeurs : l'une lombaire, du volume d'un œuf, adhérente à la face antérieure des vertèbres qu'elle a érodées ; l'autre cervico-dorsale, longue d'environ 8 centimètres, et plongée inférieurement, où elle se termine en pointe, dans l'épaisseur des muscles des gouttières dorsales. Elle a, dans cette région, détruit et fait disparaître le tissu musculaire dont elle a pris la place. En quelques points, elle a même envahi les insertions tendineuses du muscle long dorsal ; elle atteint en bas le niveau de la troisième vertèbre dorsale, et se prolonge en haut jusqu'au niveau des deux dernières vertèbres cervicales. Elle a détruit à ce niveau les insertions inférieures du petit complexus et des transversaires épineux ; elle a détruit également, dans l'étendue de 2 centimètres, l'arc postérieur de la septième cervicale et de la première dorsale, et c'est ainsi qu'elle est parvenue à se prolonger jusqu'au contact de la moelle épinière. En somme, cette tumeur est allongée, large de 3 à 4 centimètres à sa partie moyenne, épaisse de 2 à 3 centimètres, et se termine en haut et en bas en s'amincissant un peu. Elle a envahi et détruit non-seulement le tissu musculaire, mais encore les tissus tendineux et osseux qu'elle a touchés.

Il existe une troisième tumeur, que nous désignerons par l'épithète de *sterno-claviculaire ;* elle siége au côté droit. Elle a environ le volume de la moitié du poing ; en dedans, elle a détruit à peu près le quart de la première pièce du sternum et l'insertion correspondante du sterno-mastoïdien. C'est à ce niveau qu'elle présente le renflement le plus volumineux, a détruit complétement l'articulation du sternum avec la clavicule, le cartilage correspondant a disparu ; elle adhère au disque interarticulaire, dont elle a détruit la moitié postérieure et inférieure. Elle a déterminé également la résorption de toute la partie correspondante du cartilage d'encroûtement de la tête de la clavicule. Elle se prolonge ensuite au-des-

---

chance de poursuites judiciaires, qu'arrivera-t-il ? Qu'il se sentira moins disposé à prêter son ministère. La loi ne l'y oblige pas, nous avons eu l'occasion de le démontrer, et notre interprétation a été consacrée depuis par la jurisprudence. Nous sommes loin, pour notre part, tout en défendant en principe la liberté professionnelle, d'encourager de telles dispositions ; mais c'est une raison de plus de souhaiter qu'il n'y soit pas donné de sérieux prétextes. La spécialité médicale qu'intéresse plus directement la loi sur les déclarations de naissance est précisément celle où le refus de secours pourrait être le plus aisément coloré ; car on sait que, dans les grandes villes, beaucoup de médecins restent étrangers à l'art obstétrical, ou ne s'y livrent que dans le cercle de leur clientèle la plus ancienne et la plus attachée. Ceux-là ne manqueraient pas de raisons pour se dérober à un accouchement qui les exposerait à venir, dans les trois jours, refuser le nom de la mère à l'officier de l'état-civil, et, peu de temps après, s'entendre condamner par un tribunal à l'amende et à la prison. L'intérêt de tous est donc qu'on s'en tienne à la lettre de la loi. Il est des cas, sans doute, où le sens littéral a besoin d'être vivifié, et nous ne sommes pas de l'école de ce magistrat anglais qui acquitta un individu prévenu de bigamie parce qu'au lieu de deux femmes il en avait trois ; mais, dans la loi dont il s'agit ici, la lettre est précise et porte avec soi sa vraie signification.

Nous sommes heureux de dire, en terminant, que notre opinion est celle de la plupart des jurisconsultes français, et qu'elle est consacrée par la jurisprudence de la cour suprême. Si M. Duranton, préoccupé surtout des intérêts de l'enfant, c'est-à-dire d'une question d'ordre public plutôt que d'une question légale, veut rendre obligatoire la déclaration du nom de la mère, MM. Toullier, Delvincourt et d'autres d'une égale autorité refusent, même à l'officier de l'état civil, le droit de rechercher ce nom, si la mère ne consent pas à le livrer. A plus forte raison approuvent-ils l'homme de l'art de ne pas divulguer ce qu'il n'a appris que sous le sceau du secret. Les arrêts de la cour de cassation, qui, contrairement à ceux de plusieurs cours impériales, ont consacré cette doctrine en ce qui concerne le devoir du médecin, sont nombreux et concordants. Nous

sous de la clavicule, environne complétement la première côte, a envahi et détruit la presque totalité du muscle sous-clavier ; elle a respecté le cartilage de la première côte, mais elle a usé et diminué le volume de cette portion osseuse de cette côte, au point de l'avoir arrondie complétement et d'en avoir diminué le volume d'un tiers au moins dans l'étendue de 3 centimètres et demi. du côté du sternum. La partie postérieure de cette côte a été complétement résorbée, et elle présente une solution de continuité complète dans une étendue de 2 centimètres et demi. Les deux bouts de la portion restante se terminent en pointe mousse. La tumeur adhère aux surfaces osseuses, mais assez faiblement pour qu'on puisse l'en détacher par une traction assez légère. La surface de l'os est devenue rugueuse, un peu mamelonnée, chargée de petites pointes, même dans sa partie inférieure et postérieure. Nous noterons tout de suite qu'après avoir détaché le produit morbide de la côte, lorsqu'on vient à racler le fond des intervalles des rugosités qu'elle présente, on enlève ainsi de la surface osseuse des portions du même tissu qui compose la masse de la tumeur, et qui était resté adhérent à l'os, dont il a déterminé la résorption superficielle.

En avant, la tumeur a soulevé et envahi les insertions claviculaires du grand pectoral, et a totalement détruit, par envahissement, les insertions sternales les plus élevées du muscle grand pectoral.

Ces indications générales étant données, il reste à décrire l'aspect extérieur du tissu, puis sa structure intime.

Structure du tissu composant les tumeurs précédentes.

Le tissu de ces tumeurs est, dans la plus grande partie de son étendue, d'une couleur qui se rapproche du pancréas ou de la glande sous-maxillaire. Toutefois, dans la tumeur sterno-claviculaire, il a pris une teinte d'un gris brunâtre ou rougeâtre qui se continue insensiblement avec les portions qui conservent la couleur précédemment indiquée. La surface de la coupe offre toutefois une demi-transparence qu'on n'observe pas dans les glandes que nous avons rapprochées de ce tissu, au point de vue de la couleur. En outre, la coupe du tissu est complétement homogène, non granuleuse ni divisée en lobes; toutefois, en quelques points, on retrouve des faisceaux fibreux irrégulièrement ramifiés, qui traversent le tissu ; dans la portion dorsale, en particulier, quelques-uns de ces faisceaux conservent manifestement encore l'aspect du tissu tendineux.

La consistance de ce tissu est celle du tissu musculaire à peu près ; il offre, toutefois, un peu plus d'élasticité. Il se déchire à peu près aussi facilement que le tissu rénal, si ce n'est dans les points où existent des faisceaux fibreux.

Le jour de l'autopsie, la pression n'en faisait sortir que des traces presque imperceptibles de suc ; toutefois, le raclage le réduisait facilement en pulpe d'un gris blanchâtre, de consistance crémeuse.

Deux jours après, il était facile, par la pression, d'en faire sortir un suc lactescent miscible à l'eau, semblable à celui qu'autrefois on regardait comme caractéristique du tissu cancéreux.

C'est là un fait très commun que celui que nous venons de signaler, c'est-à-dire que la possibilité de faire sortir un suc d'une tumeur qui d'abord n'en présentait pas : il est dû au ramollissement, quelques jours après la mort de la matière amorphe finement granuleuse interposée aux autres éléments du tissu morbide, matière amorphe qui, d'abord assez ferme et résistante, perd peu à peu de sa consistance, et peut bientôt suinter à l'état demi-liquide par la pression.

Un fait remarquable, mais commun, dans le genre des produits morbides, c'est l'absence complète de vaisseaux dans l'intérieur de lobules entiers, qui ne sont vasculaires qu'à leur surface. D'autres portions ou d'autres lobes présentent des vaisseaux ; mais ce sont des capillaires seulement, et même en petite quantité : ils ne modifient presque pas la coloration du tissu.

Il n'y avait, dans le cas dont nous parlons, de notablement vasculaire, qu'un lobule isolé placé dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, à 1 centimètre et demi du reste de la tumeur sterno-claviculaire.

Description des éléments anatomiques observés dans ce tissu morbide.

Il nous reste maintenant à décrire les éléments anatomiques de ce produit morbide, partie la plus intéressante de cette étude, en ce qu'elle vient démontrer quelle est la nature réelle de cette tumeur.

1° Outre les vaisseaux capillaires, existant en petite quantité, dont il a déjà été question, il existe, dans toute l'étendue du tissu, une trame de faisceaux fibreux, trame peu abondante par rapport aux éléments dont nous allons bientôt parler. Ces faisceaux sont volumineux ; mais les fibres qui les composent sont difficiles à isoler et à bien voir, parce que ces faisceaux sont empâtés de matière amorphe. Cette matière amorphe est, du reste, homogène, peu granuleuse, mais offre une assez grande ténacité.

2° La plus grande partie de la masse du tissu est composée de tubes aplatis dont la longueur est difficile à déterminer. Les plus larges d'entre eux offrent jusqu'à un quart de millimètre de largeur. Il est possible de constater la présence de subdivisions à l'extrémité de la plupart d'entre eux. Ces subdivisions sont en forme de doigt de gant, arrondies, quelquefois coniques ou terminées en pointe mousse. Il n'est pas rare de trouver des prolongements ou culs-de-sac en forme de doigt de gant, semblables aux précédents, sur plusieurs points de la longueur des tubes principaux. La largeur de ces culs-de-sac varie de 40 à 80 millièmes de millimètre environ. Chacun d'eux est constitué de la manière suivante :

A. Une gaîne ou enveloppe propre se voit à la surface extérieure de chaque tube : elle est épaisse de 5 millièmes de millimètre environ ; elle est transparente, finement granuleuse, présentant toutefois çà et là des granulations graisseuses incluses dans son épaisseur. En quelques points, cette enveloppe propre est finement striée longitudinalement, sa déchirure est toujours irrégulière : elle

citerons seulement les affaires Rigaud (20 avril 1844) et Romieux (1er juin de la même année). Enfin, le règlement de l'hospice de la Maternité, que nous n'avons pas sous les yeux en ce moment, renferme, si nous ne nous trompons, des dispositions en harmonie avec cette jurisprudence.

— Nous commençons toujours la conversation, cher et honoré confrère, avec une foule d'anecdotes et de menus faits sur le bout de la langue ; puis, notre humeur bavarde, quand elle s'est attachée une fois à un sujet, nous y retient indéfiniment. Aujourd'hui encore, nous y sommes pris. Après de si longs débats, vous voyez de quoi le feuilleton est *accouché*. N'importe, il a le courage de ses produits, et, quelque maussade que soit celui-ci, il déclare ouvertement et publiquement le nom du père,

A. DECHAMBRE.

— *Singulier traitement de la folie en* 1760. — Voici, d'après l'abbé Richard, le traitement qu'on employait au grand hôpital de Naples vers le milieu du siècle dernier : « On a une singulière façon de traiter les fous au grand hôpital de Naples. On les réduit par degrés à une diète sévère, jusqu'à ce qu'ils soient à une maigreur qui leur permette à peine de se soutenir. Ce sont plutôt des squelettes que des hommes. Alors les esprits vitaux sont en si petite quantité, les organes ont si peu de force, que l'imagination tombe dans un repos forcé, où elle peut se rétablir. On augmente ensuite peu à peu la dose de la nourriture, et ils reprennent de l'embonpoint et de la force, quand ils ont résisté à l'influence du remède ; car plusieurs périssent dans cette étisie forcée. On prétend que, dans cet état d'inanition continuée, les humeurs peccantes se consument, la quantité du sang change, et plusieurs reviennent à la santé et à leur pleine raison. C'est un remède extrême, mais que l'on peut éprouver quand les autres ne réussissent pas, et même risquer sur la personne d'un fou bien reconnu pour tel. » (Abbé Richard, *Théorie des songes*, 1766, p. 266, *in Annales médico-psychologiques*.)

offre une certaine résistance à être déchirée ; elle adhère fortement, par sa surface extérieure, à la trame du tissu fibreux signalé plus haut ; aussi est-il difficile d'isoler des tubes possédant encore l'enveloppe propre dont nous parlons, et il faut souvent répéter à diverses reprises la préparation, avant d'obtenir un résultat démonstratif à cet égard.

B.. A la face interne de cette enveloppe propre existe une couche épithéliale épaisse d'un centième de millimètre, remarquable par sa régularité et par l'uniformité de sa disposition dans chaque tube. La difficulté d'isoler l'enveloppe extérieure fait que c'est habituellement la gaîne épithéliale, arrachée de l'intérieur du tube et devenue libre, que l'on obtient dans chaque préparation. Elle se présente alors avec la forme de gaînes épithéliales reproduisant la disposition des tubes d'où elles sortent et de leurs prolongements en doigts de gants. Plus souvent encore, on ne trouve que des lambeaux déchirés de ces gaînes épithéliales ; tantôt ces lambeaux sont roulés ou repliés sur eux-mêmes d'une manière très élégante ; tantôt ils sont étalés sous forme de lamelles très délicates plus ou moins étendues. Autour de ces lambeaux, il existe constamment une grande quantité d'éléments d'épithélium devenus libres par suite de la dilacération. Lorsque, par la pression, on a fait sortir du suc, on peut constater que celui-ci est entièrement composé d'éléments d'épithélium, soit libres, soit réunis en couches de petite étendue, se trouvant en suspension dans un liquide finement granuleux. Voici maintenant quels sont les caractères de ces épithéliums : presque tous ces éléments appartiennent à la variété épithéliale dite *nucléaire* (fig. 1, *d*) ; presque tous sont ovoïdes ; quelques-uns, mais en petit nombre, sont sphériques. Ces derniers ont de 6 à 8 millièmes de millimètre de diamètre ; les autres ont de 7 à 10 millièmes de millimètre. Leur teinte est grisâtre ; leur contour est très net, bien que peu foncé : tous sont dépourvus de nucléoles, mais ils sont uniformément parsemés de granulations moléculaires grisâtres, très petites, de volume uniforme. (La fig. 5 est dessinée à un grossissement de 500 diamètres.)

Dans quelques tubes, les gaînes épithéliales sont uniquement formées de ces épithéliums nucléaires immédiatement contigus les uns aux autres (*e f*) ; dans la plupart des tubes, au contraire, les noyaux sont un peu écartés, et maintenus séparés les uns des autres avec une uniformité très élégante, par une matière amorphe, très pâle, très finement granuleuse qui leur est interposée (*d*). Suivant que l'on examine tel ou tel point de la tumeur, on trouve l'intervalle de ces noyaux (fig. 1, *d f*) qui est rempli de cette matière amorphe, large de 2 à 10 millièmes de millimètre. En général, cette substance amorphe, interposée aux noyaux, n'est pas segmentée, mais cependant dans toute l'étendue de certaines gaînes, ou seulement dans quelques points de quelques-unes d'entre elles, on observe des lignes divisant cette matière amorphe en cellules presque toujours très petites, assez régulièrement pavimenteuses (voyez de *d* en *a* et de *f* en *b*) Tantôt ces lignes sont extrêmement délicates, à peine dessinées, tantôt la segmentation de la matière amorphe est des plus nettement déterminées, et alors les lambeaux d'épithélium ou les gaînes entières que l'on a sous les yeux sont d'une grande élégance. On peut quelquefois, sur un même lambeau, suivre tous les passages entre les points où l'épithélium est seulement nucléaire, et ceux où chaque noyau est devenu le centre d'une cellule polyédrique, par segmentation, autour de lui, de la matière amorphe interposée à l'ensemble des noyaux.

Remarques. — On trouve ici un exemple très net de ce fait, si commun dans les tumeurs qui ont pour origine les glandes ou tout autre tissu pourvu d'épithélium, c'est-à-dire les épithéliums nucléaires en épithélium pavimenteux, que j'ai fait connaître depuis longtemps (1). Ce phénomène consiste en ce que, sur un même lambeau d'épithélium, sur un même cul-de-sac, on peut voir des épithéliums nucléaires contigus formant à eux seuls la gaîne épithéliale (*e f*) ; peu à peu on arrive à des endroits où ces noyaux sont de plus en plus écartés par de la matière amorphe généralement pâle, transparente, mais uniformément et finement granuleuse (fig. 1, *d*) ; puis, plus loin, on rencontre bientôt des lignes minces, pâles, divisant cette substance en passant à des intervalles

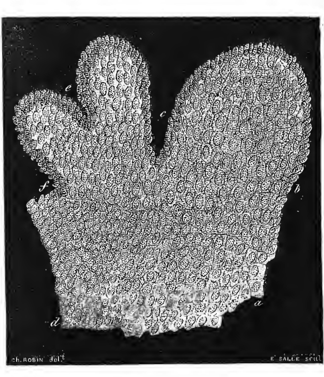


Figure 1.

à peu près égaux entre chaque noyau, et se rencontrant sous des angles variables ; de telle sorte que chacun de ces derniers devient ainsi le centre d'une cellule pavimenteuse (fig. 1, voy. de *f* et *d* en *a*).

C'est par cette segmentation de la matière amorphe interposée aux noyaux autour de chacun d'eux, comme centre, que les épithéliums nucléaires passent graduellement à l'état de cellules pavimenteuses ayant chacune un de ces noyaux pour centre. Les lignes ou sillons de segmentation, d'abord pâles, quelquefois interrompus, deviennent de plus en plus nets et mieux dessinés. Les cellules qu'ils circonscrivent sont d'autant plus isolables, d'autant plus nettes, d'autant moins adhérentes les unes aux autres, et se dissocient d'autant plus aisément qu'on avance vers des endroits où ces lignes, limitant les cellules, sont mieux dessinées. Il arrive quelquefois que deux ou trois noyaux se trouvant très rapprochés les uns des autres, contigus ou non, il ne se forme pas de sillon ou ligne de division de la matière amorphe immédiatement entre eux ; ils sont, au contraire, circonscrits par segmentation de la matière amorphe qui sépare le petit groupe qu'ils représentent, et deviennent tous ainsi le centre d'une seule cellule à deux ou trois noyaux. C'est de la sorte que se produisent les cellules qui offrent deux, trois ou un plus grand nombre de noyaux, à côté de celles qui en ont un seul, comme on le voit le plus ordinairement. Tel est encore le phénomène physiologique auquel on doit de voir si souvent dans les maladies des glandes à épithélium nucléaire des gaînes épithéliales de certains culs-de-sac offrant l'état pavimenteux le plus net, à cellules quelquefois très grandes à côté d'autres qui ont encore leur épithélium nucléaire normal ou à noyaux plus ou moins hypertrophiés. (Comparez *e f* et *c e* à *b c*.)

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Charles Robin, *Tableaux d'anatomie*. Paris, 1850, in-4°, dixième tableau, première colonne, n° 25, et *Note sur quelques hypertrophies glandulaires* (*Gazette des hôpitaux*. Paris, novembre 1852).

III.

REVUE CLINIQUE.

Racine de grenadier sèche contre le tænia. — Formules et action thérapeutique de divers collodions médicamenteux.

Dans une revue clinique de l'année dernière (*Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 383), nous avons emprunté au service de M. le professeur Grisolle une observation de tænia traité avec succès par la décoction d'écorce de grenadier *sèche;* et, à cette occasion, nous avons insisté sur les avantages à la fois économiques et thérapeutiques de cette préparation, en rappelant que la racine sèche, pouvant être tirée en abondance de l'Espagne, du Portugal, de la Provence, est livrée à bon marché; tandis que la racine fraîche, recueillie le plus souvent sur de maigres arbustes élevés dans des caisses, est nécessairement d'un prix élevé, quoique habituellement moins riche en principes actifs. Il ne paraît pas qu'il y ait de différence notable relativement à la propriété vermifuge entre deux racines de même provenance, l'une fraîche et l'autre sèche, si l'on a eu soin de faire macérer celle-ci pendant vingt-quatre heures dans l'eau où l'on doit ensuite la faire bouillir.

Depuis cette époque, nous avons rencontré, dans un journal de médecine, une observation analogue à celle de M. Grisolle, et nous-mêmes en avons recueilli une autre dans notre pratique. La première est déjà ancienne ; mais elle nous est trop naturellement rappelée par l'autre, qui est de date toute récente, pour que nous les passions sous silence. Voici donc ces deux observations :

OBS. I. — *Tænia ayant donné lieu à des attaques d'asthme, et guéri au bout de trente ans par l'écorce* sèche *de racine de grenadier*, par le docteur *Giscaro*. — Le nommé Fauré, conducteur des ponts et chaussées, rue des Fontaines, 13, âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une bonne constitution, malgré les fatigues inhérentes à sa profession, me fit appeler, dit l'auteur, dans les premiers jours de février 1854, pour un œdème de la lèvre supérieure. Cette légère affection ayant disparu au bout de trois à quatre jours, M. Fauré me consulta alors pour des attaques d'asthme qui l'incommodaient depuis plus de quinze ans. Dans ces dernières années, surtout, les accès sont devenus plus intenses, plus fréquents, et ont fini par devenir régulièrement journaliers. C'est principalement le soir qu'ils arrivent, au point, dit le malade, qu'il est obligé de quitter son lit et de passer la nuit dans un fauteuil. Il a vainement consulté un grand nombre de médecins qui n'ont pu le débarrasser de son affection, malgré les médications les plus rationnelles et les plus soutenues. Les cigarettes de datura stramonium parviennent seules à calmer la violence des accès. Du reste, pas d'amaigrissement, pas de céphalalgie, l'appétit est normal, les digestions régulières, et la physionomie du malade ne présente d'autre caractère particulier qu'un cercle bleuâtre autour des yeux, que j'attribue d'abord aux longues souffrances qu'il a endurées. Le malade me raconte, en outre, qu'il éprouve parfois certains symptômes du côté du ventre. Ce sont des douleurs particulières souvent très vives qui lui donnent la sensation d'ondulations et de mouvements partant du bas-ventre et montant *en boule* jusqu'à l'épigastre. Ces douleurs s'accompagnent de picotements incommodes et de cuissons dans le canal de l'urèthre, ainsi que de démangeaisons vives au pourtour de l'anus. Ces symptômes frappèrent mon esprit déjà préoccupé depuis quelque temps par les nombreux cas de tænia que j'avais rencontrés, et je songeai à la présence possible de cet entozoaire. Je m'informai auprès du malade s'il ne rendait pas des fragments de ver. Il me répondit qu'en effet il avait souvent remarqué dans les selles comme des morceaux de ruban blanc. Je lui recommandai de les observer attentivement, et le lendemain il me présentait des anneaux de tænia qu'il avait rendus en assez grand nombre. « Depuis plus de trente ans, me dit-il, je me suis aperçu que j'en rendais parfois de semblables, mais je n'y prenais pas garde.

Je me mis aussitôt en devoir de le débarrasser de cet hôte incommode, sans penser d'abord qu'il pût être la cause des accès d'asthme, et voici comment je procédai : Après lui avoir administré la veille 60 grammes d'huile de ricin, je lui fis prendre, le 15 février, en trois verres et à demi-heure d'intervalle, la décoction suivante :

℞ Écorce de racine de grenadier *sèche*.	64 gram.
Faites macérer pendant 24 heures dans eau. .	750 —

Faites bouillir dans la même eau, jusqu'à réduction à 500 grammes.

Demi-heure après la troisième verrée, M. Fauré éprouvait de vives coliques, avec nausées, vertiges, etc., et rendait un tænia long de 10 mètres environ, d'un aspect maladif, flétri, ratatiné. Ce ver présentait tous les caractères du *tænia solium ;* il était facile de distinguer à l'œil nu sa tête, terminant l'extrémité de cette partie fine, déliée, filiforme, qui constitue le cou.

Le reste de la journée se passa assez bien, sauf un peu de malaise et de céphalalgie; mais, au grand étonnement du malade, l'accès ordinaire n'arriva pas ce soir-là. Il en fut de même les jours suivants, l'asthme ne reparut plus. Près de deux ans se sont écoulés depuis cette époque ; j'ai souvent l'occasion de voir M. Fauré, auquel est survenu un eczéma de la jambe ; il n'a plus éprouvé la moindre atteinte de son ancienne affection. Ce résultat, aussi heureux qu'imprévu, ne s'étant pas démenti un seul instant depuis l'expulsion du tænia, il est évident, pour moi, que les accès d'asthme qui depuis plus de quinze ans tracassaient tant le malade étaient occasionnés par la présence de ce ver. (*Gazette médicale de Toulouse*, août 1855 (1).)

OBS. II. — L'observation qui nous est propre est relative à un enfant de sept à huit ans, pour lequel nous fûmes consulté, il y a un mois environ. Les symptômes dont se plaignait le petit malade étaient assez vagues. Il avait les traits habituellement tirés, un appétit exagéré, des coliques fréquentes, rarement la diarrhée, quelquefois des vomissements de matières muqueuses. Malgré une nourriture abondante, le corps était maigre. Les parents avaient remarqué que l'enfant ne dormait à son aise que couché sur le ventre. S'il s'endormait dans le décubitus dorsal, il s'agitait, se plaignait et reprenait bientôt sa position favorite, après quoi le sommeil devenait paisible.

Ne connaissant rien autre chose des antécédents, nous n'eûmes, il faut l'avouer, aucun soupçon de l'existence d'entozoaires. Nous avions été mandé, d'ailleurs, pour des accidents passagers et d'une autre nature, consistant en de la toux, du mal de gorge et un peu de fièvre. Un laxatif, puis un potion calmante, dissipèrent ces symptômes en trois jours, et nous perdîmes l'enfant de vue. Mais, la semaine dernière, nous apprîmes qu'il rendit spontanément une portion de tænia, qui fut constatée et vérifiée par le médecin de la famille, duquel nous tenons ces détails. On administra d'abord une dose d'huile de ricin, et, deux jours après, une décoction de 15 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier préalablement mise en macération pendant vingt-quatre heures. L'effet fut rapide et décisif. Un tænia complet (la tête comprise), dont nous ne connaissons pas la longueur précise, mais de grande dimension, fut rendu le jour même, et, depuis ce moment, l'enfant dort aussi volontiers sur le dos que sur le ventre, et n'accuse plus aucune colique, ni aucun malaise.

Le conseil d'administrer la racine sèche après macération, n'est assurément pas nouveau, puisque c'est cette préparation que Bourgeoise préconisait dès 1824. Mais on sait aussi que beaucoup de praticiens ne voient de salut que dans la

(1) Cette observation nous donne lieu d'insister sur les remarques présentées dans un de nos derniers numéros (N° 1, au FEUILLETON) sur les inconvénients de la non-indication des sources originales. Publiée par la *Gazette de Toulouse*, elle a été reproduite quatre mois après par *El Siglo medico* (16 décembre), puis empruntée et *attribuée* à ce journal par *The Lancet* (2 janvier 1856); en sorte que, sans une collation attentive des deux narrations, nous aurions cru nous-même à l'existence de deux observations distinctes. A. D.

préparation de Gomes, qui consiste en une décoction de racine fraîche, et font, en conséquence, acheter aux malades, à des prix souvent élevés, des grenadiers entiers pour en extraire l'écorce de la racine. On peut même dire que le premier mode de préparation est presque tombé en désuétude. Or, sans vouloir affirmer encore qu'il vaille autant que l'autre,—ce qui est néanmoins soutenable,—nous croyons utile de rappeler qu'il suffit souvent pour procurer une guérison complète et à très peu de frais.

— Ajouter à l'action physique, soit adhésive, soit compressive, du collodion, une action médicamenteuse par l'incorporation de diverses substances, était un problème intéressant de thérapeutique. Le premier collodion médicamenteux paraît avoir été imaginé par M. Hysch, de Saint-Pétersbourg; il était aux cantharides. Nous croyons que M. Aran vient en seconde ligne. Ultérieurement des essais paraissent avoir été poursuivis à la fois par plusieurs observateurs, au nombre desquels nous distinguons particulièrement M. Bodard, pharmacien à Tours, qui, au commencement de 1854, a présenté diverses formules à la *Société médicale du département d'Indre-et-Loire*. M. Aran vient de résumer le résultat de ses recherches dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (15 *janvier* 1856).

Deux conditions sont nécessaires comme le remarque M. Aran, pour que les agents introduits dans le collodion puissent, d'une part, conserver leur efficacité habituelle, et, d'autre part, agir avec une énergie suffisante. La première est que ces agents soient solubles dans l'éther; c'est en effet la garantie de leur immixtion régulière el uniforme à la liqueur adhésive et de leur propre conservation à l'état de pureté. La seconde est que le médicament incorporé soit capable d'agir sous un petit volume, son contact avec la peau ne pouvant avoir lieu qu'à la surface même de l'enduit dont on la recouvre, en raison de la contexture feutrée et de l'imperméabilité du collodion desséché. Ces conditions se rencontrent dans les substances expérimentées par M. Aran: le sublimé, l'iode et le perchlorure de fer. Voici les formules publiées par cet habile praticien avec une partie des remarques dont il les accompagne.

« 1° *Du collodion mercuriel.* — . . . . Je songeai (pour réprimer les pustules varioliques) à l'efficacité abortive bien connue du mercure, et je fis choix du sublimé, qui se dissout en toute proportion dans l'éther. Je commençai par des doses très faibles, 25, 30, 50 centigrammes pour 100 grammes de collodion ordinaire; mais bientôt je devins plus hardi, 75 centigr., 1 gramme même, et je m'arrêtai à la formule suivante :

PR. Deutochlorure de mercure.	1,50
Collodion simple ou flexible	100

» Je ne fus pas peu agréablement surpris, lorsque je reconnus que, sous l'influence de cette application, l'éruption s'arrêtait; que les pustules, après s'être un peu développées, avortaient sans suppurer, et lorsque je reconnus surtout, en enlevant, après quelques jours, le collodion dans certains points, que les pustules étaient réduites au disque pseudo-membraneux sans suppuration. Ce disque lui-même se desséchait *in situ* et tombait avec l'épiderme, qui se renouvelait, et dont le feuillet superficiel se détachait avec le collodion. Pour assurer davantage ma conviction, relativement à cette influence abortive du collodion mercuriel, je laissai plusieurs fois, sans la couvrir d'enduit, une moitié de la face, tandis que l'autre était tapissée de collodion mercuriel; dans d'autres cas encore, je couvris une moitié de la face de collodion mercuriel et l'autre de collodion simple. Le résultat fut toujours le même : le côté couvert de collodion mercuriel n'offrait pas trace de cicatrices, tandis que de l'autre côté celles ci n'étaient que trop évidentes. Au reste, après la confirmation que mon savant collègue, M. Briquet, a bien voulu donner de ce fait au sein de la Société de médecine de la Seine, je crois inutile d'insister davantage sur ce point. Je suis heureux de voir que M. Briquet ne fait aucune différence entre le masque au collodion mercuriel et l'emploi de la pommade mercurielle; je n'en demande pas davantage.

» Je dois ajouter, pour rassurer ceux de nos confrères qui voudraient recourir à ce moyen, que je n'ai jamais vu de salivation ni même apparence de gonflement des gencives à la suite de ces applications de collodion mercuriel. Je n'en ai pas vu davantage dans quelques essais, du reste sans résultat avantageux, que j'ai tentés avec le collodion mercuriel, même plus chargé de sublimé, dans certains cas d'affection utérine, et principalement de métrite chronique avec ulcération. Il pourrait arriver cependant, en portant trop haut la dose du sublimé, que les couches les plus superficielles du derme fussent mortifiées (1).

» 2° *Du collodion iodique.* — C'est principalement en vue des affections utérines et de quelques affections de la peau, de l'eczéma chronique en particulier, que j'ai été conduit à incorporer l'iode dans le collodion. Après de nombreux tâtonnements, je me suis arrêté à la formule suivante, suffisamment chargée du médicament, sans altérer les propriétés adhésives du collodion.

PR. Iode pur	4 grammes.
Collodion ordinaire.	100 grammes.

» Ce collodion est d'un rouge acajou foncé, parfaitement transparent et homogène, très élastique. Il forme sur la peau une couche d'un rouge acajou dont la teinte s'affaiblit rapidement par l'évaporation de l'iode. Douze heures après, il ne reste qu'une très petite quantité de ce médicament, et après vingt-quatre heures, à peine s'il y en a des traces. Les mêmes phénomènes se produisent dans les applications faites sur le col de l'utérus ou sur des surfaces dénudées, et l'on trouve alors dans les urines une grande quantité d'iode, tandis que cette quantité est assez faible dans le cas d'application sur la peau saine.

» Le collodion iodique est presque sans action sur les pustules varioliques, autre que celle que possède le collodion ordinaire. C'est une préparation, au contraire, très utile comme agent modificateur de certaines éruptions cutanées, du zona, de l'eczéma chronique, mais surtout des gonflements chroniques du col de l'utérus avec ou sans ulcération.

» 3° *Du collodion ferrugineux.* — Ce collodion diffère un peu de celui que j'ai fait connaître il y a quelques années sous le même nom, et qui était composé de parties égales de collodion et de teinture de perchlorure de fer. J'ai remplacé cette teinture par le perchlorure de fer liquide, soit à parties égales, soit, ce qui vaut mieux, au quart, comme suit :

PR. Perchlorure de fer.	30 grammes.
Collodion ordinaire.	100 grammes.

» Ce collodion est d'une couleur d'ocre, un peu trouble; il dépose après un certain temps, et il convient, par conséquent, d'agiter le flacon avant de s'en servir. Il forme à la surface de la peau un enduit très flexible et très adhérent; il adhère également très bien à la surface du col utérin. Si, le col utérin une fois revêtu de l'enduit ferrugineux, on badigeonne également la partie supérieure du vagin, on obtient une astriction de ce conduit qui enserre fortement le col et le maintient immobile pendant quelques heures. Cette pratique, quoique un peu douloureuse, n'est pas sans avantages dans les cas d'abaissement et de gonflement chroniques de l'utérus.

» Le collodion au perchlorure de fer possède encore une action très efficace en application sur les surfaces érythémateuses et érysipélateuses, pour calmer la sensation de chaleur et de brûlure; il m'a semblé également que ces applications enrayaient mieux la

(1) C'est ce qui est arrivé dans un cas où M. Aran avait appliqué sur le visage du collodion mercuriel au dixième.

marche envahissante de l'érysipèle que les applications de collodion ordinaire; mais l'érysipèle est une maladie si étrange dans sa marche et dans son développement qu'il est impossible de rien affirmer à cet égard. Malheureusement, le collodion au perchlorure de fer, comme beaucoup de préparations ferrugineuses, et en particulier comme le sulfate de fer recommandé par M. Velpeau, a l'inconvénient de tacher le linge d'une manière indélébile et d'en amener la destruction après un certain temps. »

A. DECHAMBRE.

(*La suite au prochain numéro.*)

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

Ce n'est pas sans étonnement que j'ai lu, dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, cette phrase d'un article de M. le docteur Briquet: « On voit M. Chauffard écrire qu'après avoir donné le sulfate de quinine à des fiévreux, sans en avoir obtenu sur la rate un effet satisfaisant, il a eu recours au quinquina en substance comme à un moyen encore plus puissant, opinion qui est un véritable préjugé (*Gaz. hebd.*, t. III, n° 1). »

J'ai cru réellement, en lisant une aussi positive affirmation, que j'avais involontairement écrit, ou du moins donné à entendre ce qui m'est attribué, et qu'une rédaction trop rapide, grave faute en médecine, m'avait fait dire ce qui était loin de ma pensée. J'ai donc relu le court article dont M. Briquet voulait bien se souvenir, afin d'y rechercher tout au moins les traces d'une hérésie thérapeutique que je condamne tout aussi sévèrement que lui. Or, je n'ai vraiment rien retrouvé qui, de près ou de loin, pût être interprété de la sorte. Je n'ai jamais écrit que le quinquina en substance fût un moyen plus puissant que le sulfate de quinine, opinion qui serait effectivement un préjugé. (Voy. *Gaz. hebd.*, t. II, p. 816.)

Qu'on en juge. Après avoir signalé les insuccès précédents du sulfate de quinine et d'une médication tonique et réparatrice, les seules lignes où je parle de l'administration du quinquina en substance, sont les suivantes : « J'employai plusieurs médications; j'essayai surtout le quinquina jaune en poudre, après m'être assuré de sa bonté; je l'administrai suivant la pratique du siècle passé, à la dose d'une once, et allai en décroissant pendant huit jours. »

Y a-t-il là un seul mot qui permette d'avancer que je sacrifie au préjugé de croire le quinquina un fébrifuge plus puissant que le sulfate de quinine? Si j'avais cette croyance, je ne donnerais pas le quinquina exceptionnellement, et après insuccès répété du sulfate de quinine; je l'administrerais d'emblée et comme règle générale.

Mais pourquoi, dans ces cas observés et traités par moi, ai-je administré le quinquina en substance? Car c'est évidemment ce seul fait qui a pu égarer dans ses appréciations le savant médecin de la Charité. J'en donnerai seulement deux raisons :

La première, c'est que je croyais devoir appeler à mon aide d'autres forces que les vertus fébrifuges; celles-ci, convenablement dirigées, était demeurées impuissantes. Les malades étaient profondément anémiques, épuisés par la longueur de la maladie, dans un état d'alanguissement et d'atonie extrêmes. N'était-il pas rationnel, dans ces circonstances, d'invoquer tous les principes toniques en même temps que les principes antifébriles que contient le quinquina en substance, surtout le quinquina jaune? N'était-on pas heureux d'avoir un agent thérapeutique ainsi doublement doué, et ne pouvait-on y recourir, sans mériter le reproche d'estimer au-dessous de leur valeur les propriétés spécifiques du sulfate de quinine? Enfin, donner le quinquina dans ces cas, n'était-ce pas s'adresser à un plus grand nombre d'éléments morbides que ne pouvait le faire, isolé, le sel ou l'alcaloïde plus spécialement fébrifuge?

Le second motif qui devait m'engager à donner ici le quinquina jaune et à le substituer au sulfate de quinine impuissant, c'est que les vertus des médicaments, même les mieux définies, ne sont pas invariablement réglées et constantes, comme ont trop de tendance à le croire les médecins modernes. Les médicaments, quels qu'ils soient, n'agissent que par et à travers la sensibilité des organes et de l'organisme tout entier, modifiée en sens divers par l'état de maladie et par les conditions, innées ou acquises, particulières à l'individu malade. C'est là un dogme essentiel et négligé de thérapeutique. Il en résulte que le médicament le mieux approprié à une maladie en général peut très bien ne pas convenir à cette maladie dans un cas particulier; et tel autre agent, généralement peu efficace, peut se trouver d'une merveilleuse puissance en un cas donné. Cette règle est une de celles qui font la vie du clinicien : la méconnaître, ne pas l'invoquer aussi souvent que possible, c'est rester au-dessous des nécessités de l'art, c'est demeurer inférieur au rôle de praticien, de ministre attentif de la nature vivante, si mobile et susceptible, éveillée souvent au moindre bruit, à la moindre action, quelquefois inerte, au contraire, et immobile devant les plus violentes tentatives. Eh bien! je le dis hautement, la sensibilité des organes, les forces de la vie, pour avoir été trop souvent mises en jeu, dans la cure des fièvres intermittentes, par l'action du sulfate de quinine, peuvent, à un moment donné, se soulever à peine sous ce puissant fébrifuge, et les fièvres d'accès deviennent par suite rebelles. Dès lors, et dans la forme qui paraîtra la mieux indiquée, la mieux appropriée aux divers éléments morbides, modifiez l'administration du fébrifuge; suivant les cas, donnez-le intimement uni aux principes toniques et astringents que contient l'écorce du quinquina, en donnant l'écorce elle-même, ou administrez-le d'une manière inusitée pour l'organisme malade qui est devant vous, et souvent vous réussirez. L'histoire clinique de toutes les maladies, et celle, en particulier, des fièvres intermittentes, est remplie de faits pareils; les apprécier sainement est la marque d'un observateur dévoué à l'interrogation attentive et minutieuse de la nature individuellement souffrante et éprouvant souvent des désirs et des besoins tout spéciaux. Mais, parfois aussi, comme dans les faits que j'ai sommairement exposés dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, lorsqu'un autre élément morbide vient à dominer la fièvre, lorsque l'accès fébrile est incessamment rappelé par une lésion organique ou par un état général, effet de la fièvre, mais devenu cause à son tour, ce ne seront plus le sel, ni l'écorce fébrifuge, qui triompheront du mal, mais une médication plus directement appropriée à l'état local ou général, devenu élément dominant. C'était pour établir la puissante action des exutoires dans une série de ces cas, que je vous avais adressé la note que vous avez bien voulu insérer dans un numéro de votre estimable journal.

J'espère que l'honorable et éminent auteur du *Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations* voudra bien juger que j'étais fondé à réclamer contre l'opinion qu'il me prête, et qu'une lecture trop rapide ou oubliée a seule pu lui faire concevoir.

Veuillez agréer, etc. EM. CHAUFFARD.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

L'Académie ne reçoit aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a.* Les rapports de MM. les docteurs *Viard* et *Guéneau* sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans plusieurs communes de Semur. (*Commission*

des épidémies.) — *b*. Un témoin de M. le docteur *Barrallier* intitulé : *Histoire médicale du typhus qui a sévi sur les condamnés du bagne de Toulon, du mois de mars au mois d'août 1855. (Comm.:* MM. Michel Lévy, Ferrus, et Mélier, *rapporteur.)* — *c*. Un rapport de M. le docteur *Gaillard*, de Poitiers, sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1855 à Charroux. *(Commission du choléra.)*

2. Communications de : — *a*. M. *Davenne*, directeur général de l'assistance publique (Compte moral publié par l'administration des hôpitaux pour l'année 1854). — *b*. M. le docteur *Montrôle*, de Langres (Observation intitulée : *Consolidation d'une fracture obtenue par l'application d'un vésicatoire sur l'endroit fracturé*). *(Comm.:* M. Robert). — *c*. M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) (Note sur la néphrite aiguë produite par la cessation subite de la rétention partielle de l'urine existant depuis longtemps). *(Comm.:* MM. Amussat et Laugier.)

Candidatures. — MM. *Wurtz*, *Regnault*, *Figuier*, prient l'Académie d'inscrire leurs noms sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de *chimie et de physique médicales*.

MM. *Poggiale*, *Gobley* et *Boudet* adressent des demandes semblables pour la place vacante dans la section de *pharmacie*. Ces lettres sont renvoyées à la section de chimie et de physique médicales, et à la section de pharmacie, constituées en commissions.

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. *O. Henri* lit successivement : 1° un rapport sur l'eau minérale de Birmensdorff (Suisse). L'analyse démontre que cette eau est presque identique avec celle de Pullna et analogue aussi à celle de Sedlitz : ce sont les sulfates de magnésie et de soude qui en font la base et qui lui donnent ses principales propriétés purgatives. Avant d'accorder ou de refuser l'autorisation d'introduire en France l'eau de Birmensdorff, la commission juge utile d'avoir de nouveaux éclaircissements et des documents plus précis sur les propriétés médicales de cette source. (*Adopté.*)

2° Un rapport sur une eau minérale découverte à Miers (Lot). Les expériences exécutées dans le laboratoire de l'Académie ayant fourni des résultats contradictoires avec ceux obtenus par les membres du comité d'hygiène du département du Lot, la commission estime qu'il y a lieu de soumettre cette eau *à* de nouvelles analyses et de s'assurer si la source dont il est question se trouve dans des conditions légales d'exploitation. (*Adopté.*)

3° Un rapport sur l'eau minérale de *Sarcey* (Rhône). On reconnaît une assez grande analogie entre cette eau et celle de Charbonnières, à laquelle elle est même un peu supérieure en principe ferrugineux. Les propriétés de l'eau de Sarcey déjà constatées s'expliquent aisément d'ailleurs par la composition chimique. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation. (*Adopté.*)

4° Un rapport sur l'eau minérale de deux sources naturelles du plan de Phazy (Hautes-Alpes). Les essais faits dans le laboratoire de l'Académie indiquent que ces deux sources sont salines, de la même nature et presque identiques dans leur composition. Les sels qui la minéralisent comprennent principalement : le chlorure de sodium, le bicarbonate terreux et les sulfate de chaux, de soude et de magnésie. Elles offrent de plus une grande ressemblance avec d'autres eaux déjà connues, telles que celles d'Encausse, d'Aulus, etc. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu de régulariser l'exploitation de la source. (*Adopté.*)

Thérapeutique. — M. *Jolly* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Michéa, intitulé : *Application des principes actifs de la valériane et de la belladone au traitement des maladies convulsives et principalement de la chorée, de l'hystérie et de l'épilepsie*. M. le rapporteur expose les recherches comparatives faites par M. Michéa dans le traitement de ces affections avec la poudre de valériane et de belladone, l'extrait de ces mêmes substances, deux formes qui ne lui ont donné que des résultats négatifs ou incertains. Il discute ensuite les cas d'amélioration ou de guérison complète annoncés par l'auteur et obtenus sur différents malades et notamment sur des épileptiques, en leur administrant la préparation qu'il désigne sous le nom de *sel valérianique d'atropine*, laquelle résulte de l'association de l'acide valérianique avec le principe actif de la belladone.

Le rapporteur, en considérant les faits de guérison spontanée ou de cessation temporaire des névroses convulsives, n'admet qu'avec réserve les conclusions de l'auteur ; il l'invite à tenter de nouveaux essais et à communiquer à l'Académie le résultat de ses recherches ultérieures.

L'Académie adopte les conclusions suivantes : déposer le mémoire aux archives ; adresser des remercîments à l'auteur.

M. *Bricheteau* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur *Lunier*, intitulé : *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée*. L'auteur, après avoir cherché à établir que l'emploi du brome et de l'iode a pour effet de stimuler la sécrétion pancréatique et de faciliter ainsi la digestion des matières grasses, rapporte un assez grand nombre de faits cliniques observés surtout chez les aliénés, et dans lesquels l'usage de cette médication a été suivi d'un rétablissement des fonctions digestives et nutritives.

La commission propose de remercier l'auteur de sa communication, de l'engager à poursuivre ses recherches et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (*Adopté.*)

Éducation et hygiène. — M. *Collineau* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Delenda*, ayant pour titre : *Un mot sur les romans envisagés au point de vue médical*. Le rapporteur résume ainsi qu'il suit les considérations développées dans son travail : 1° Les mouvements intellectuels insaisissables par tout autre moyen que par la pensée, sont, suivant l'usage qu'il sait en faire, ce que l'homme a de plus libre, de plus précieux, de plus utile et aussi de plus pernicieux ; 2° malgré les dangers incontestables des mauvaises publications, l'expérience acquise depuis des siècles prouve que les exercices de l'esprit sur tous les sujets, sont évidemment favorables aux progrès de l'intelligence et de la civilisation, à l'amélioration des rapports sociaux et des mœurs, rappellent l'homme au sentiment de sa dignité, de ses droits et de ses devoirs, développent et justifient l'instinct et les principes religieux qui servent de base à la morale, à nos dernières consolations, à notre dernière espérance ; 3° dans l'immense variété des mouvements intellectuels, il y a des choix à faire ; mais l'influence de l'époque, du caractère individuel, du sexe, de l'âge et des vicissitudes de la vie se fera toujours sentir en premier lieu, toutefois sans arrêter constamment le progrès et les aspirations de la pensée ou de l'âme, qui, par sa nature, tendra toujours en définitive vers le vrai, le bon et le bien ; 4° on doit signaler des tendances intellectuelles, des paradoxes dangereux pour l'ordre social, les mœurs et la santé ; mais on ne peut proscrire d'une manière absolue aucune littérature, ni en général rien de ce qui, en exerçant la pensée, tend à développer l'intelligence. Si quelque chose peut soutenir et faire aimer la vertu c'est le tableau du vice et de ses conséquences ; 5° les avantages et les dangers de la lecture sont relatifs aux dispositions physiques et morales du lecteur, autant et plus qu'à la nature du sujet qui appelle son attention ; 6° dès lors il est dans les attributions et du devoir du médecin d'indiquer aux chefs de famille le genre de lecture qu'il faut permettre et celui qu'il faut repousser suivant le caractère et les dispositions particulières des individus ; 7° sous ces rapports divers, la question dont il s'agit, proposée par M. Delenda, et soutenue par les hommes éminents qu'il a cités, est beaucoup plus importante et plus médicale qu'on aurait pu le croire au premier aperçu ; 8° sans avoir reçu aucune mission spéciale à cet égard, les médecins n'ont jamais manqué à ce que réclamaient de leur savoir et de leur expérience l'hygiène et la morale.

La commission propose le dépôt du mémoire de M. Delenda aux archives et ses remercîments à l'auteur.

Après cette lecture, une discussion s'engage entre MM. Bussy, Adelon, Is. Bourdon, Cazeaux, Bouvier, Larrey, Dubois (d'Amiens) et Collineau, sur la question de savoir si ce rapport devra trouver place dans le *Bulletin* ou être renvoyé au *comité de publication*.

L'Académie consultée décide que le rapport de M. Collineau sera inséré au *Bulletin*.

La séance est levée à cinq heures.

Société anatomique.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Sommaire : Présentation de pièces. — Perforation d'une anse intestinale herniée survenue le sixième jour après l'opération. — Fracture du col du fémur intra et extracapsulaire. — Fongus de la dure-mère du volume du poing siégeant au niveau du frontal. — Hernie crurale étranglée et sphacélée. Volumineuse tumeur du testicule datant de deux années, enlevée par M. Laugier. — Calcul vésical de la forme et du volume d'une châtaigne, extrait sur un jeune homme de dix-sept ans, déjà calculeux depuis treize ans. — Tumeur gommeuse de la paroi antérieure de l'oreillette droite sur un homme atteint d'une tumeur des bourses datant de deux mois et en voie de complète résolution. — Hernie congénitale d'une portion du duodénum et du côlon à travers une ouverture située au côté gauche du diaphragme, prise sur un enfant mort au quatrième jour. — Deux petites tumeurs fibreuses en forme de haricot, insérées au lobule de l'oreille de chaque côté, et dont le développement paraît consécutif à la perforation du lobule, sur une jeune fille de dix-sept ans. — Rate d'un malade ayant probablement succombé à une leucocythémie.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Sommaire : Présentation de pièces. — Colonnes charnues saillantes en forme de cloison sur la paroi antérieure du ventricule droit du cœur ; signes de rétrécissement auriculo-ventriculaire pendant la vie. — Lecture et adoption du procès-verbal. — Communications et discussion relatives à la tumeur du testicule et à la tumeur de l'oreillette présentées dans la séance précédente. — Cornes développées sur les joues d'une perruche. — Tumeur fibro-plastique du poignet coïncidant avec une tumeur du sein non diagnostiquée. — Étranglement interne par une bride péritonéale ; perforation de l'anse étranglée ; dans le bout supérieur, traces de fièvre typhoïde ; dilatation en cæcum correspondant à une ancienne perforation fermée par adhérence ; rétrécissement cicatriciel de l'intestin produit par des brides valvulaires. — Deux corps étrangers de l'articulation du coude.

Le secrétaire, TRÉLAT.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

D'une endémie de pellagre dans les asiles d'aliénés d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, par M. BILLOD, médecin-directeur de l'établissement de Saint-Gemmes.

Chaque fois qu'il est question de pellagre, on est tenté de renouveler cette remarque, qu'une maladie ignorée est souvent une maladie qu'on n'a pas su reconnaître ni déterminer. La note de M. Billod en fournit encore une preuve. Dans les deux derniers asiles dont il a eu successivement la direction, il a rencontré sur plusieurs aliénés un érythème cutané qui lui paraît de tout point comparable à celui de l'affection pellagreuse, que lui-même, comme plusieurs autres confrères, a eu l'occasion d'étudier en Italie.

Mais cette maladie est-elle essentielle, c'est-à-dire existe-t-il une modification *sui generis* dont le développement graduel corresponde aux trois variétés de désordres : nerveux, cutanés, digestifs ? Sans se prononcer à cet égard d'une manière absolue, M. Billod persiste à croire, avec MM. Verga et Calderini, que, dans beaucoup de cas, l'altération du derme est une simple complication engendrée notamment par une action solaire trop vive ou trop prolongée.

Quoi qu'il en soit, cette altération n'en est pas moins à considérer, par l'aggravation qu'elle apporte aux accidents physiques et moraux.

M. Billod a formé deux groupes appartenant à chacun des deux établissements. Celui de Rennes contient 29, dont 8 hommes et 21 femmes; celui d'Angers 35, dont 18 hommes et 17 femmes, non compris 25 cas douteux. On pourrait expliquer la différence en faveur du sexe féminin dans le premier asile, par celle des éléments constituant la population générale, qui est de 242 femmes et de 160 hommes seulement ; mais comment expliquer, dans le second, des résultats inverses, quand la même proportion inégale règne entre hommes et femmes, 326 et 201 ?

Presque tous ces pellagreux sont en démence, avec ou sans lypémanie. Très peu ont manifesté des tendances suicides. Chez eux, le dépérissement est moins prononcé que ne l'indiquent les auteurs. Il n'y a point non plus une corrélation étroite entre les symptômes cutanés et les troubles de la digestion, les uns pouvant être très marqués quand les autres sont nuls ou insignifiants.

La maladie, du reste, ce qui s'accorderait avec l'extériorité et le caractère accidentel de la cause, sévirait exclusivement sur les classes indigentes et en particulier sur les aliénés venant des campagnes.

Trois cas de dégénération paralytique ont été notés.

Mais faut-il les attribuer à la pellagre elle-même ? Assurément ils peuvent en être indépendants.

M. Billod résume ainsi les signes locaux : face dorsale des mains offrant souvent un aspect parcheminé, icthyosé, desséché, noirâtre, blanchâtre ou argenté ; épiderme exfolié, épaissi, rugueux, etc.

La note se termine par la relation des deux seules autopsies qui aient été faites. Elles sont dues au médecin adjoint de l'asile, M. Renault du Motley. Dans l'une, concernant un vieillard en démence qui succomba aux suites d'une entérite chronique, on trouva, entre autres lésions, une forte adhérence de la dure-mère au crâne et une injection veineuse de l'estomac et d'une longue portion du tube digestif. Dans l'autre, relative à une lypémanie chronique, où la mort fut amenée aussi par une diarrhée colliquative, le cerveau était induré, l'épiploon adhérent avec le mésentère, la muqueuse gastrique ramollie avec plaques rouges, ainsi que le duodénum et la fin de l'intestin grêle.

Malheureusement ces altérations s'observent dans une foule d'autres circonstances, où l'érythème pellagreux n'accompagne point l'aliénation mentale. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1855.)

De l'atropine contre l'épilepsie, par le docteur VALLE, avec un appendice par le docteur PAROLA.

Parmi les spécifiques de l'épilepsie, la belladone, employée d'abord par Stoll, puis mise en crédit par M. Debreyne, semble être un des moins inefficaces. Elle s'administre ordinairement sous forme d'extrait ; mais, dans ces derniers temps, plusieurs praticiens ont imaginé de lui substituer, comme plus régulier et plus sûr, son principe actif, l'atropine. M. Michéa, entre autres, a publié plusieurs cures dont, en définitive, l'honneur remonterait à la belladone.

Ce sont des faits du même genre que renferme la double note communiquée par MM. Valle et Parola. Malheureusement, tous ces exemples n'ont pas pour eux la sanction nécessaire d'une longue immunité. On en jugera par le précis des observations.

OBS. I. — Une jeune fille, d'une constitution robuste, est prise, quelques instants après une vive frayeur, de fortes convulsions épileptiques. Elle était dans ses règles. Les crises, dès lors, se répétèrent, au nombre de trois ou quatre par jour, durant chaque période menstruelle. Dans les intervalles, sévissaient une céphalalgie et une cardialgie insupportables. En vain une foule de traitements avaient été suivis.

MM. Valle et Parola s'adressèrent d'abord aux complications, puis eurent recours à l'atropine, dont la malade usa pendant soixante jours, à la dose croissante d'environ 1 à 2 centigrammes et demi. Des pilules de lactate de fer et de seigle ergoté étaient simultanément administrées. Deux mois et demi après, les attaques avaient disparu ; mais combien d'époques s'étaient écoulées depuis ?

OBS. II. — Un enfant de douze ans avait été traité en vain du tænia, pendant six mois, par un charlatan. M. Valle réussit à expulser entière-

ment cet entozoaire. Néanmoins, loin de cesser, les accidents nerveux qu'éprouvait le jeune malade se convertirent en attaques d'épilepsie pour ainsi dire quotidiennes. Trente jours suffirent à la cure.

Obs. III. — Une jeune paysanne, par suite de déception amoureuse, tombe dans la mélancolie. Survient une fièvre cérébrale que calme une méthode débilitante. Elle entrait en convalescence, lorsque éclate l'épilepsie. Cette fois le médicament procure de violents troubles cérébraux, qui heureusement se dissipent au bout de douze jours. En moins de trois mois la pauvre fille fut guérie.

Obs. IV. — Une femme robuste, bien menstruée, tombe, à la suite d'une peur, dans un accès convulsif qui dure plus de deux heures. Des accès semblables, mais moins longs, se succèdent toutes les semaines, de jour et de nuit, sans avertissement. L'emploi de l'atropine aurait fait cesser les accidents, mais depuis vingt et un jours seulement.

Il est inutile d'insister pour montrer combien de tels renseignements sont insuffisants. Tous les jours nous voyons, soit par l'effet d'une médication, soit même du simple changement de lieu, s'opérer de pareilles suspensions, sans qu'il soit possible d'en conclure la guérison. Les malades voient souvent revenir leurs accidents au moment où ils se réjouissaient d'en être délivrés, comme il est arrivé tout récemment encore à un de nos épileptiques en proie à des accès mensuels. sept mois s'étaient écoulés sans accès, quand tout à coup il s'en déclara deux qui faillirent l'emporter. (*Gazzetta dell' Associazione medica degli Stati sardi*, 24 novembre 1855.)

Applications du chloroforme au traitement de la coqueluche, de la rage et de plusieurs maladies nerveuses, par MM. Pape, Groebenschuetz, P. H. Malmsten et Gordon.

Depuis l'époque où parut le premier numéro de la Gazette hebdomadaire, nous avons plusieurs fois entretenu ses lecteurs des nouvelles applications du chloroforme à la médecine. Notre premier numéro (t. I, p. 11), rendait déjà compte d'une brochure du docteur Yvonneau (de Blois), sur les divers modes d'administration de l'anesthésique. Depuis cette époque, nous avons montré le chloroforme employé en vapeur dans l'éclampsie (t. I, p. 224; t. II, p. 93, 595), dans la coqueluche par M. Fleetwood Churchill (t. I, p. 391), dans la chorée (t. II, p. 426), enfin dans la pneumonie et la bronchite (t. II, p. 743); à l'intérieur, dans le *delirium tremens* et d'autres affections (t. I, p. 466, 547).

M. le docteur Pape (*Deutsche Klinik*, 1855, p. 435), préconise, comme l'avait déjà fait M. Fleetwood Churchill, les inspirations de chloroforme dans la coqueluche, et cite à l'appui de son opinion l'observation d'une enfant chez laquelle les accès de toux convulsive diminuèrent sous l'influence des vapeurs anesthésiques, et la maladie se termina rapidement. La dose de chloroforme employée en trente-six heures put être portée jusqu'à 2 onces 1/2 sans inconvénients. Nous devons ajouter que cette dose n'est pas excessive; on voit quelquefois certains enfants supporter sans effet aucun des inspirations prolongées de chloroforme.

M. Groebenschuetz (*Med. Vereins Zeit.*, 1855, n° 11) fait connaître l'observation d'un hydrophobe dont les accès furent calmés par les inspirations de chloroforme; le malade mourut néanmoins. La médication n'est conseillée ici uniquement que comme palliative.

M. le professeur Malmsten (de Stockholm), à l'exemple de médecins anglais et allemands, préconise les inhalations de chloroforme dans les convulsions de l'enfance, et cite un fait plus curieux d'otalgie très intense, développée dans le cours d'une fièvre intermittente larvée, et dont les douleurs, d'une très grande intensité, ne furent calmées que par l'introduction d'une petite quantité de chloroforme dans l'oreille. L'introduction de 12 gouttes de chloroforme pur dans l'oreille causait une douleur immédiate très vive, qui se dissipait rapidement pour faire place à un calme absolu. On eut plusieurs fois recours au même traitement, et toujours avec le même résultat; chaque fois on arrêta les douleurs de l'oreille. (*Allg. Med. Centr. Zeit.*, 1855, n° 77.)

Le délire de la fièvre typhoïde serait enfin, suivant M. le docteur Gordon, une indication de l'administration du chloroforme à l'intérieur. M. Gordon cite une observation à l'appui de cette proposition, et en mentionne une autre recueillie par le savant M. Corrigan. (*Dublin Hosp. Gaz.*, 1855.— *Ranking's Half Yearl. Abstr*, 1855, vol. XXI, p. 9.)

Du tremblement des mains et des doigts, par M. Cazenave, de Bordeaux.

Mettant à profit de nombreuses observations de cette pénible infirmité, qu'il a pu recueillir, M. Cazenave essaie d'en tracer l'histoire symptomatique, étiologique, et surtout thérapeutique.

C'est, comme on le voit, un mouvement alternatif en sens contraire de la main droite quand elle est placée pour écrire. Les doigts annulaire et auriculaire étant appuyés sur le papier, la plume tenue par les trois premiers doigts, la main se balance, oscille de droite à gauche et réciproquement, de sorte que celui qui veut écrire est obligé d'accomplir cet acte complexe par surprise, de l'escamoter pour ainsi dire, et même la plupart sont dans l'impossibilité de tenir et de diriger la plume de manière à pouvoir écrire un seul mot.

Dans les observations qui ont passé sous ses yeux, l'auteur a constaté l'influence pathogénique du tempérament nerveux, des émotions vives, de la frayeur, des études et des veilles prolongées, de la détérioration de la constitution résultant de la vieillesse ou d'autres causes débilitantes.

En concordance avec ces données étiologiques, M. Cazenave recommande préférablement aux agents pharmaceutiques le calme d'esprit, la vie de campagne, un travail modéré, des distractions, le plaisir d'une société d'amis, les voyages, l'action de la musique. Le régime alimentaire sera ou ténu et rafraîchissant chez ceux qui ont fortement joui de la vie, ou tonique et réparateur pour les individus épuisés par des privations ou des maladies.

Mais le moyen le plus original et le plus efficace dont nous trouvions l'indication dans le mémoire de M. Cazenave est l'usage de la planchette orthopédique qu'il a imaginée pour remédier à cette infirmité, et qui lui a valu de très beaux succès.

L'appareil consiste en une tablette d'acajou, sous la face inférieure de laquelle sont placées, aux quatre angles, quatre boules d'ivoire faisant l'office de roulettes. On la met sur la table à écrire.

Sur les côtés de cette tablette, vue par sa face supérieure ou manuelle, sont deux montants matelassés qu'on éloigne ou qu'on rapproche à volonté à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de pression. Entre ces deux montants, et à 2 ou 3 centimètres en avant est un support qu'on peut abaisser ou élever en faisant jouer une vis de pression. Ce support, qu'on sera libre de supprimer pour quelques malades, est presque toujours un appui nécessaire pour la paume de la main qu'il sert à fixer.

Pour se servir de cette machine orthopédique, qui agit en donnant à la main la fixité qui lui manque, il suffit de placer la main droite tenant une plume entre les deux montants (qu'on rapproche alors convenablement), d'appuyer la paume de cette main sur le support, et d'écrire sans se préoccuper du déplacement de la planchette porte-main, lequel s'effectue sans embarras et sans effort, grâce au jeu des quatre roulettes. (*Journal de médecine de Bordeaux*, août et septembre 1855.)

Observation d'un nouveau fait de paralysie musculaire progressive avec atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens et lésion de la moelle, par M. le docteur Théodor Valentines.

L'étude de cette maladie nouvellement connue, que l'on nomme aujourd'hui paralysie musculaire progressive, atrophique, graisseuse, etc., a déjà parcouru plusieurs phases. Les premiers travaux se bornaient pour la plupart à consigner les symptômes cliniques, à décrire les lésions musculaires. Dans un travail plus récent lu à l'Académie de médecine (*Archives générales de médecine*, 1853), M. Cruveilhier, remontant plus haut dans les connaissances pathogéniques, indiquait comme cause de l'altération musculaire une

lésion du système nerveux, une atrophie des racines antérieures, motrices, des nerfs rachidiens.

M. Th. Valentines, de Kiel, dans une nouvelle observation, après avoir constaté les lésions musculaires, reconnu les lésions des racines nerveuses telles que M. Cruveilhier les a décrites, indique en outre une altération marquée de cette partie de la moelle d'où naissent les nerfs malades. Ce serait donc, si le fait observé par M. Valentines se confirme ou est constaté dans d'autres observations, un pas nouveau dans la question ; le siége de la maladie ne serait ni dans le muscle, ni dans le nerf, mais pourrait s'étendre à la moelle.

Sous le rapport des symptômes et des lésions musculaires, le fait que nous empruntons au *Journal de Prague* ne diffère en rien de ceux de MM. Cruveilhier, Aran, Duchenne, Niepce, etc. Nous regrettons que l'espace ne nous permette pas de consigner, avec tous les détails dont il est accompagné, ce fait intéressant ; nous insisterons principalement dans notre résumé sur les détails anatomiques nouveaux.

Chez un homme de quarante-cinq ans, appartenant à la classe aisée de la société, on vit se développer, dans l'espace de deux ans, les principaux symptômes de la paralysie musculaire progressive : faiblesse et amaigrissement commençant par les mains et s'étendant ensuite aux membres inférieurs, atrophie graduellement croissante des masses musculaires, qui furent le siége de mouvements fibrillaires et cessèrent peu à peu de se contracter sous l'influence de l'électricité; enfin, il survint, à la fin de la maladie, une difficulté de la parole et de la déglutition. Le malade mourut après avoir offert les symptômes d'une bronchite légère.

Les muscles présentèrent à l'autopsie tous les degrés de l'infiltration graisseuse; stries des fibres moins marquées, dépôt entre les fibres élémentaires de granulations graisseuses, de vésicules; enfin, dans quelques endroits, disparition presque complète de la fibre musculaire.

Toutes les racines antérieures des nerfs rachidiens étaient, d'une manière frappante, plus petites que les racines postérieures; le rapport entre ces deux ordres de racines était :: 1 : 6. La substance des racines antérieures était plus molle, un peu plus rosée, que celle des postérieures. Toutes ces lésions se rencontraient dans toutes les racines antérieures des nerfs rachidiens; mais elles étaient surtout marquées à la partie inférieure de la région cervicale et à la partie supérieure de la région dorsale. A l'examen microscopique, on trouvait dans la substance des racines antérieures beaucoup de tubes nerveux granulés, infiltrés de graisse, ce qui n'existait pas dans les racines postérieures.

Les méninges rachidiennes présentaient dans la région indiquée plus haut un épaississement que l'auteur croit pouvoir rapporter à une ancienne phlegmasie. La moelle, au niveau des trois dernières vertèbres cervicales et des quatre premières vertèbres dorsales, était à son centre un peu plus molle que dans le reste de son étendue, et contenait beaucoup de corps granuleux qu'on ne retrouvait pas ailleurs.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas donné une description plus exacte de la moelle ; ce qu'on a appelé depuis M. Gluge les corps granuleux ne sont plus aujourd'hui un élément caractéristique en microscopie ; mais, tel quel, le fait publié par M. Valentines n'en est pas moins fort intéressant comme confirmatif de l'opinion émise par M. Cruveilhier. (*Prager Vierteljahrs. f. d. prakt. Heilk.*, 1855, v. XLVI, p. 1.)

De l'exanthème papuleux dans le typhus abdominal,
par le docteur Von Hœnigsberg.

L'Allemagne ne paraît pas, à en croire ses médecins les plus distingués, avoir, comme nous l'observons généralement à Paris, une fièvre continue unique, caractérisée par la présence constante des lésions des plaques de Peyer; aussi la fièvre générique nommée typhus comprend-elle, dans l'acception la plus ordinaire, le typhus exanthématique et le typhus abdominal, ce dernier étant notre fièvre typhoïde de Paris. Cette classification rappelle un peu celle des médecins anglais. Notre ami et savant confrère le professeur Jennez, du collége de l'Université de Londres, dans une série de mémoires sur la fièvre continue, a prouvé l'existence simultanée, à Londres, de la fièvre typhoïde et d'une autre maladie sans lésions, le *typhus fever*. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que les descriptions de M. Jennez concordent exactement avec celles des auteurs allemands.

Le mémoire de M. Von Hœnigsberg a pour but de démontrer, d'après des faits recueillis à l'hôpital du faubourg Wieden, l'existence d'une variété de typhus avec taches papuleuses, nos taches rosées lenticulaires et la localisation intestinale, et puis une autre maladie, le typhus avec roséole (le *Mulberry Rash* des Anglais), sans lésions intestinales, avec troubles bronchiques. Il y a, pour notre confrère de Vienne, deux variétés de typhus, deux manifestations extérieures de la même maladie, celle avec taches rosées lenticulaires, l'autre avec roséole.

La description de l'éruption cutanée étant identique avec celle que la plupart de nos livres classiques donnent des taches de la fièvre typhoïde, nous ne la transcrirons pas ici. D'autres auteurs en Allemagne se sont occupés également de cette question; nous renvoyons pour cette étude aux mémoires de MM. Virchow (*Archiv. f. path. Anat.*, vol. II, fasc. 2, p. 235), Dietl, Lindwurm, Oesterlen, etc. (*Zeits. d. k. k. Gesell. d. Aerz. zu. Wien*, 1855)

Empoisonnement chronique par le tabac,
par le docteur Ravoth.

On a publié beaucoup de dissertations contre l'abus de la fumée de tabac ; mais, il faut le dire, on a généralement plutôt disserté que relaté des faits pratiques. Aussi avons-nous cru devoir insérer le fait intéressant publié par le docteur Ravoth, qui prouve combien les effets habituels de l'usage de ce narcotique peuvent être graves et facilement méconnus.

Obs. — Un médecin, âgé de cinquante-deux ans, était depuis sa jeunesse un fumeur passionné ; depuis l'âge de dix-sept ans, il était sujet à des étourdissements, à des vertiges, de la faiblesse, de l'incertitude dans la marche. Ces accidents plus ou moins développés ne disparaissaient jamais. Après avoir examiné le malade dans un moment où les accidents étaient très prononcés, M. Ravoth crut, dans la pâleur de la peau, la faiblesse du pouls, la sueur légère et le grand affaiblissement des forces, reconnaître l'action narcotique provenant des inhalations de la fumée de tabac. Sur son avis le malade renonça quelque temps à cette habitude funeste; pendant ce temps, les accidents disparurent, pour reparaître de nouveau, lorsque le malade voulut reprendre l'usage du tabac. A partir de ce moment, fixé d'une manière positive sur la source des accidents qu'il éprouvait depuis plus de vingt ans, il renonça complétement à la fumée de tabac ; sa santé a toujours été depuis excellente. (*Allgem. Med. Centr. Zeit.* 1855, n° 72).

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Structure des polypes muqueux (*Ueber den Bau der Schleimpolypen*), par Ch. Billroth, in-folio de 36 pages, avec 5 planches gravées sur cuivre. Reimer, Berlin, 1855.

Depuis longtemps une opinion générale qui règne dans la science rattache les polypes muqueux à un développement anormal des glandes. Nous possédions sur ce sujet des travaux fort remarquables, mais nous manquions cependant d'un ensemble d'observations histologiques précises, montrant nettement la structure générale de ces productions morbides et les modifications qu'elles présentent suivant leur siége. M. Billroth a eu l'heureuse idée de combler cette lacune : l'examen d'un grand nombre de pièces provenant des diverses cavités où se présentent les polypes muqueux, l'a conduit à formuler les conclusions suivantes, qui doivent modifier légèrement les idées généralement reçues à cet égard.

Les polypes muqueux résultent d'une véritable hypertrophie de la muqueuse *dans toutes ses parties*; ils sont formés : 1° d'une

couche épithéliale analogue à celle de la membrane sur laquelle ils sont implantés; 2° d'une substance fondamentale qui consiste ordinairemant en un tissu conjonctif plus ou moins homogène, parsemé de nombreux noyaux, mais dépourvu de fibres élastiques; cette dernière circonstance ne manque pas d'un certain intérêt, en ce qu'elle démontre que les polypes ne sont point une dépendance du tissu conjonctif sous-muqueux, comme l'avaient pensé MM. Rokitansky et Lebert, mais bien une production nouvelle, de la nature de la muqueuse elle-même, particularité qui distingue aussi les polypes muqueux des polypes fibreux. La substance fondamentale du polype est ordinairement garnie de papilles distinctes, et cela lorsque la muqueuse sur laquelle il a pris naissance en est elle-même pourvue; ainsi l'on trouve des papilles très évidentes sur les polypes de l'utérus, de l'urèthre et de l'oreille ; tandis que ceux du nez en sont dépourvus, puisque la muqueuse nasale n'offre point de papilles nettement développées.

Mais le fait le plus remarquable, c'est le grand développement qu'ont pris les glandes et la formation de glandes nouvelles : les glandes sont caractéristiques des polypes muqueux. Elles sont situées dans l'épaisseur des polypes ; il n'est donc pas exact de croire, comme on l'a fait jusqu'ici, que la muqueuse recouvre simplement les polypes qui la poussent au-devant d'eux. Les glandes affectent souvent des formes qui n'existent pas normalement dans la muqueuse saine. Elles se distinguent, en général, par les grandes proportions qu'elles ont acquises.

La distribution vasculaire est la même dans les polypes muqueux que dans les muqueuses.

L'auteur a trouvé des nerfs une seule fois dans un polype muqueux du nez. Meissner a vu, dans deux cas, un petit rameau nerveux s'engager dans l'épaisseur d'un polype de l'oreille.

Les kystes, si fréquents dans les polypes muqueux, sont dus à l'élargissement des vésicules glandulaires.

Le mode d'examen employé par M. Billroth doit être mentionné ici, pour ceux qui voudraient contrôler ses résultats. Autant que possible, l'auteur a étudié ses pièces et à l'état frais et après l'action des réactifs. Pour découvrir les glandes des muqueuses et des polypes, la méthode de Middeldorpf lui semble la plus avantageuse : elle consiste, comme on sait, à faire bouillir la pièce dans l'acide acétique étendu, à la dessécher et à pratiquer les sections nécessaires ; l'acide acétique doit être d'autant plus concentré que le tissu est plus dur. Les tranches ainsi obtenues, placées sous le microscope et humectées avec un peu d'eau, reprennent leur volume primitif et présentent, dans un état d'intégrité parfaite et avec une grande netteté, tous les éléments qui les composent ; les nerfs seuls ont été détruits. En y ajoutant de la soude caustique, on rend les préparations plus transparentes, ce qui permet de recourir aux grossissements les plus forts.

L'ouvrage de M. Billroth témoigne d'un observateur habile et consciencieux ; de semblables travaux sont pour la science des acquisitions précieuses, car, fondés uniquement sur des faits immuables, ils ont peu à redouter des épreuves du temps.

Marc Sée.

VIII.

VARIÉTÉS.

— Nos lecteurs auront certainement remarqué le très intéressant feuilleton que M. Diday a publié sous le titre : *Dupuytren et Roux à l'Hôtel-Dieu* (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 897). Ce feuilleton ayant donné lieu à des critiques où le caractère et les habitudes scientifiques de M. Diday sont mis en cause, notre distingué collaborateur a adressé à la *Gazette médicale de Lyon* une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Dans l'avant-dernier numéro de la Gazette hebdomadaire, j'avais raconté les phases émouvantes de l'entrée de Roux à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cette étude du passé, qu'une circonstance solennelle rendait opportune, presque nécessaire, je l'avais entreprise, — remarquais-je dès les premières lignes, — *dans l'intérêt de la vérité*. Aussi, distribuant le blâme et l'éloge, selon mes souvenirs, aux deux personnages historiques de cette grande scène, avais-je dû, pour rester impartial, arracher de temps en temps, soit à l'un, soit à l'autre, le voile conventionnel dont la littérature académique s'attache à couvrir leurs défauts. C'était un devoir, *un pénible devoir*, disais-je en terminant. Mais un sentiment de justice me pressait de l'accomplir ; et plus d'un contemporain m'a félicité de la fidélité du tableau.

» Un homme, toutefois, s'est rencontré parmi les témoins du débat, que cette impartialité même a singulièrement dépisté. « M. Diday parle de Roux et de Dupuytren, s'est-il dit ; donc il est pour l'un ou pour l'autre : lisons. » Puis, avançant dans sa lecture, il trouve que, tout en discutant la valeur du premier, je ménage assez peu le second. Désappointé, mon Aristarque réfléchit, relit, cherche au fond de chaque phrase de quoi me ranger dans l'un des deux camps; même incertitude. Mais c'est un homme d'esprit, et son parti est bientôt pris : « M. Diday a voulu plaider pour Dupuytren ; mais il est si naïvement doué... — M. Diday —, que, sans le savoir, sans s'en rendre compte, il a laissé tomber sur son ancien maître l'attaque qu'il avait préparée contre le rival de celui-ci. Enfant terrible ! »

» Cette qualification — que, par un hasard gracieux, je reçois justement à l'expiration de mon neuvième lustre — m'honore plus que, vraisemblablement, je ne saurai l'exprimer ; et c'est pour reconnaître du fond du cœur une aussi bienveillante appréciation que j'écris ces lignes. Ce n'est pas la première fois, du reste, que l'épithète m'est adressée, et ce n'est pas sous une seule plume que j'ai eu le plaisir de la trouver. En syphilographie, par exemple, il paraît que je suis un être tout à fait embarrassant à classer. Je m'intitule élève et ami de Ricord ; et, au fait, je demeure en loyale et sympathique communion avec lui sur tous ses dogmes fondamentaux, parce que j'en ai pratiquement reconnu la justesse. Bon! Me voilà affilié à l'hôpital du Midi. — Mais, également pour raison pratique, la non-contagion de certains accidents vénériens, dans certaines circonstances, me trouve moins convaincu. Faut-il, pour cela, me placer dans le camp opposé ? On le voudrait ; mais, hélas ! le gage n'est pas tout à fait suffisant. A moins donc de me ranger parmi ces types *incertæ sedis*, à la fois désespoir et ressource des dermatographes, il n'y a qu'une opinion à se former sur un homme aussi compromettant : « S'il n'articule le mot d'ordre textuel d'aucun des deux camps opposés, c'est que, étourdiment, il les aura amalgamés dans sa mémoire ! »

» Chers confrères, je suis vraiment sensible à l'intention qui vous porte à me chercher une place. Mais, du fond de ma retraite — vous aurez sans doute quelque peine à le croire —, franchement, je n'éprouve aucun besoin d'être catégorisé.....

» P. Diday. »

— La Faculté de médecine de Montpellier, appelée à donner son avis touchant la demande faite au ministre par M. le docteur Goffres, médecin principal de première classe des armées et agrégé libre de la Faculté, de rentrer en exercice, a émis un vote favorable sur cette pétition. La Faculté a pris cette décision en raison des circonstances exceptionnelles dans lesquelles s'est trouvé M. Goffres, qui n'a pu faire son temps d'exercice, et à cause des travaux scientifiques de ce médecin. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

— Le 5 novembre, est mort après une longue maladie le docteur Corneliani, professeur de clinique à l'Université de Padoue.

— Le 11 novembre, est mort à Erlangen le docteur Kreutzer, ancien professeur à l'École vétérinaire centrale de Munich, par suite d'un coup de couteau qu'il s'est porté dans la poitrine dans un accès d'aliénation mentale.

— Le docteur Chambers, depuis longtemps médecin particulier de la reine d'Angleterre, vient de mourir.

— Le docteur Haindl, directeur du grand hôpital de Vienne, vient d'être emporté par le choléra, à l'âge de cinquante-deux ans.

— L'Association des médecins du département de la Seine tiendra sa séance générale dimanche prochain 27 courant, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 28 de ce mois. M. Flourens y lira l'Éloge de l'illustre géologue L. de Buch.

— Un nouveau journal va paraître à Bordeaux : c'est l'*Union médicale de la Gironde*. Ce journal publiera les travaux de la *Société de médecine de Bordeaux*.

— Un des derniers numéros du *Quarterly Review* contient un article très intéressant et très curieux sur l'histoire des annonces en Angleterre, depuis celle du *Mercurius politicus*, en 1652, jusqu'à celles du *Times*, en mai 1855. L'auteur de cet article a recueilli des renseignements sur les dépenses faites pour les annonces par certains industriels. Parmi les

plus importantes, nous remarquons Holloway, pour des pilules purgatives, 750,000 francs par an; Rowland et fils, pour l'huile de Macassar, 250,000 francs; le docteur de Jongh, pour son huile de foie de morue, 250,000 francs. A l'heure qu'il est, la moyenne des recettes du *Times* pour les annonces dépasse 75,000 francs par semaine. Les annonces médicales se font remarquer par leur nombre et leur extravagance.

— *De l'âge de discernement d'après les différentes législations.* — Nous trouvons dans un curieux mémoire de M. Vingtrinier, ayant pour titre : *Des enfants dans les prisons et devant la justice* (Rouen, 1855), les documents suivants sur l'âge du discernement chez les enfants. Ils montrent combien les lois de chaque nation ont varié à ce sujet.

Dans le droit romain, au-dessous de dix ans et demi, l'enfant était déclaré *doli non capax*; à quatorze ans et au-dessus, il pouvait encourir toutes les peines, et même la *peine capitale*.

Dans le code autrichien, tous les délits d'un enfant au-dessous de onze à quatorze ans sont considérés comme infraction de simple police; à quatorze ans cesse toute protection particulière.

La loi brésilienne admet présomption d'innocence jusqu'à quatorze ans.

A la Louisiane, au-dessous de dix ans, l'enfant ne peut être poursuivi, et de dix à quinze, il y a lieu de décider s'il y a eu discernement.

L'antique loi des Bourguignons (*loi Gombette*) paraît avoir fixé à quinze ans l'âge du *discernement civil;* car à l'article 3, titre 87, on lit que tous les actes commis avant cet âge étaient attaquables pendant quinze ans.

La loi anglaise actuelle n'admet d'incapacité absolue que jusqu'à l'âge de sept ans. Des enfants de dix, neuf et huit ans ont été condamnés à mort.

En France, sous le règne de saint Louis, les enfants à quatorze ans, accusés d'un délit, étaient, suivant l'ordonnance de 1628, condamnés au fouet ou payaient une légère amende. Au-dessus de quatorze ans, l'amende était de 20 à 40 livres; on y ajoutait quelquefois l'emprisonnement de six à huit jours. Plus tard, et pour les cas les plus graves, ils étaient condamnés à l'exposition, qui consistait en une suspension sous les aisselles (supplice auquel succomba, en 1772, le frère du fameux Cartouche).

Aujourd'hui, pour toute espèce de crime, pour toute espèce de délit, les tribunaux ou les cours d'assises appliquent la même loi et la même peine dans le cas de *délit* grave ou minime, comme dans les cas de crime, après avoir déclaré les enfants *coupables du fait*, mais *sans discernement;* alors les enfants sont dits *acquittés*. Cet acquittement leur épargne la condamnation; mais ils sont retenus dans une maison de correction pour y être élevés jusqu'à vingt ans aux frais de l'administration. (*Annales médico-psychologiques.*)

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Novembre. Sur le traitement des dépôts urineux, par *Tixier*. — Fracture esquilleuse de l'humérus, par *Giscaro*. — Leçon clinique, par *Dieulafoy*. — *Phlegmatia alba dolens;* abcès de la fosse iliaque; mort; autopsie, par *Maysonié*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 1856. N° 1. Expériences sur la physiologie du cœur faites à l'École vétérinaire de Lyon, par *A. Chauveau* et *J. Faivre*. — Caractères généraux des pyrexies, spécialement des fièvres catarrhales et muqueuses, par *Devay*

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Décembre. Effets de la combustion générale sur les tissus du corps, par *Dégranges*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — Fin décembre. Prétendue dégénérescence de l'espèce humaine, etc. (suite), par *Anglada*. — Sur l'ulcération de la fourchette, par *H. Blanc*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 9e livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*. — Sur le traitement de la fistule salivaire, par *Vandenkieboom*. — Examen du ventre au point de vue obstétrical, par *Hubert*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — 1856. Nos 1. Considérations sur le cancer, par *Van Holsbeck*. — 2. Erreurs de diagnostic en matière de syphilis, par *Thiry*. — 3. De la chirurgie conservatrice, par *H. Boens*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — 1856. Nos 157. Cas d'accouchement compliqué, par *H.-G. Trend*. — Deux calculs vésicaux produisant la perforation de la vessie, par *T. Bell*. — 158. Présentation placentaire, par *Beecroft*. — Hémorrhagies secondaires après l'amputation, par *N. Ward*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — Septembre. Sur les épidémies, par *S.-H. Dickson*. — Pathologie et traitement de l'état chylo-séreux des urines, par *C. Witsell*. — Double hydropisie ovarienne avec épanchement abdominal, par *H.-R. Easterling*. — Plaie de l'artère cubitale traitée par compression, par *J.-S. Rich*. — Anesthésiques en application topique contre les brûlures récentes, par *J.-R. Nunn*. — Efficacité de l'eau de Gleen-Springs (district de Spartanburg) contre certaines maladies. — Topographie médicale de la Floride, par *E.-S. Gaillard*.

DUBLIN MEDICAL JOURNAL. — N° 887. Cliniques et revues. — 888. *Idem*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Décembre. Communicabilité du choléra par les déjections, par *W.-P. Alison*. — Infanticide; considérations médico-légales, par *R. Wiseman*. — Traitement local de l'érysipèle par le gutta-percha, par *G. Hamilton*. — Cas de suffocation homicide, par *H.-D. Littlejohn*. — Mort par le chloroforme, par *W.-A. Roberts*. — Strangulation par les mains; mort par violence externe; considérations médico-légales, par *Al. Keiler*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 288. Traitement des fièvres par des doses élevées et répétées de sulfate de quinine, par *T.-H. Peacock*. — Clinique, par *G.-M. Jones*. — 289. Traitement des fièvres, etc., par *Peacock*. — Emploi de la potasse fondue dans le traitement des furoncles, par *B. Travers*. — Rétroversion de l'utérus en gestation; redressement instantané, par *J. Morris*.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES. — 1855. Octobre. Sur l'anatomie pathologique de la pneumonie aiguë, par *Da Costa*. — Tableau de vie de la cité de Baltimore, par *C. Frick* — Sur le choléra de Pittsburg en septembre et octobre 1854, par *Gallaher*, *Pollock* et *Draine*. — Statistique de 258 cas d'obstruction intestinale, par *Forster Haven*. — Notes sur le fort Merrill et les barraques de Ringgold (Texas) (médecine militaire). — Climat du fort Moultrie et de l'île de Sullivan, par *J.-B. Porter*. — Anomalies artérielles, par *G.-S. Isaacs*. — Cas de grossesse extra-utérine, par *S.-L. Kurtz*. — Hernie diaphragmatique, par *C.-W. Chancellor*. — Hydrocèle guérie par l'injection iodée et le séton, par *Lefever*.

THE LANCET. — 1856. N° 1. Clinique de l'hôpital de Balaclava, par *Radcliffe*. — Sur l'arc sénile, par *Ed. Canton*. — Dérangement interne de l'articulation du genou, par *W. Todd White*. — Sur la lèpre, par *Wilson*. — Notes relatives à la chirurgie opératoire, par *Knox*. — Sur les moyens de reconnaître la strychnine, par *M. Halt*. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Acton*. — Rapport de la météorologie, par *Thomson*. — Observation d'entérite avec constipation, par *Redfort*. — Intozoaires de l'homme, par *J. Green*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N° 52. Analyses.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 50. Choléra de Tregolo, par *L. Rizzi*. — Expériences sur la vision, par *A. Vittadini*. — Empoisonnement par la jusquiame, par *L. Zamboni*. — 51. Sur le centre nerveux olfactif, par *Lussana*. — Expériences sur la vision, par *Vittadini*. — 52. Choléra de Sixta, par *P. Taroni*. — Expériences, etc., par *Vittadini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 52. Maladies régnantes de San-Miniato, par *Pieragnoli*. — 8e année. N° 1. Indications et contre-indications de la noix vomique et de la strychnine dans la paralysie, par *Bufalini*. — Importance du traitement analeptique, notamment de l'emploi de l'huile de foie de morue, par *C. Ghinezzi*. — 2. *Idem*. — Constitution médicale de Cantagallo, par *Alessandri*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — 1856. Nos 1. Considérations anatomo-pathologiques sur un abcès du bas-ventre, par *P. Salvolini*. — 2. Appareil pour les fractures des extrémités, par *Berruti*. — Traitement des fièvres intermittentes, par *Rotta*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 31 décembre. Emploi de l'iode pur dans les syphilides de préférence aux mercuriaux, par *Fantonetti*. — Mémoire sur le choléra, par *De Pietra*.

IL PROGRESSO. — Décembre. Accusation d'assassinat; considérations médico-légales, par *F. Freschi*. — Calomel et opium dans la diarrhée cholérique, par *O. Turchetti*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 99 (le 100 manque). — 101—102. — Nouveau moyen curatif du choléra, par *Tomas de Anaezqueta*. — 103. Quelques considérations sur le choléra, par *Sanchez y Gomes*. — 104. *Idem*. — Sur l'hygiène publique. — 105. — Etat actuel de la thérapeutique, par *Nieto*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 73. — Usage des eaux minérales, par *Casares*. — Perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes, par *Da Sylva*. — Sur les os du carpe et du métacarpe, par *T. de Carvalho*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier d'octobre. De l'éclampsie des femmes en couches. — Sur la société de médecine d'Athènes et sur les richesses scientifiques non encore explorées en Grèce. — Observations sur le pus des ulcères syphilitiques primitifs, par *Gennadès*. — Sur l'ancienne médecine, par *Reinhold*. — Sur le prix marchand de la quinoïdine, par *A. Vastas*. — Sur la dystocie pour cause de prolapsus utérin, par *Kigallas*. — Cahier de novembre. De la nature des fièvres, par *Zaagogiannès*. — Sur le pus des ulcères syphilitiques primitifs, par *Gennadès*.

Livres nouveaux.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE. De l'Ontologie ou études des êtres. Leçons professées au Muséum d'histoire naturelle par M. *Flourens*, recueillies et rédigées par *Charles Roux*, revues par le professeur. 1 vol. in-8° de 184 pages. Paris, J.-B. Baillière. 3 fr. 50

COURS D'ACCOUCHEMENTS : MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS. Leçon d'ouverture; par le professeur BINAUT. Gr. in-8 de 24 p. Lille, Reboux.

DE LA KÉRATITE ET DE SES SUITES, par M. le docteur *Castorani*. 1 vol. in-8 de 156 pages. Paris, Germer Baillère. 3 fr.

DES RAPPORTS DE LA MÉDECINE AVEC LA PHILOSOPHIE. Discours prononcé à la rentrée (1855) du cours de clinique chirurgicale, par le professeur *Ch. Sédillot*. Gr. in-8 de 30 p. Strasbourg, Silbermann.

DU SCEPTICISME EN MÉDECINE. Discours d'ouverture (1855) du cours de clinique interne, par le professeur FRANCIS DEVAY. Gr. in-8 de 30 p. Lyon, Savy.

MÉMOIRE SUR LA SURDITÉ NERVEUSE, par le docteur E. TRIQUET. Gr. in-8 de 48 pages. Bruxelles, Tircher.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 1er FÉVRIER 1856. — N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Circulaire aux recteurs relative à de nouveaux concours pour des emplois de chirurgien et de pharmacien stagiaires.

Paris, le 24 janvier 1856.

Monsieur le Recteur, M. le maréchal ministre de la guerre vient de m'informer que de nouveaux concours pour un nombre indéterminé d'emplois de médecin et de pharmacien stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire s'ouvriront :

A Strasbourg, le 4 février prochain ;
A Montpellier, le 18 du même mois ;
A Paris, le 3 mars suivant.

Les principales conditions à remplir pour être admis à ce concours sont :

1° D'être né Français ;
2° D'être docteur en médecine ou pharmacien de 1re classe ;
3° De n'avoir pas dépassé l'âge de trente ans à l'époque de l'ouverture du concours ;
4° De souscrire un engagement d'honneur de se vouer, pendant cinq années au moins, au service de santé militaire.

Les épreuves que les candidats auront à subir sont, pour les médecins :

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ;
2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie maritimes ;
3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Pour les pharmaciens :

1° Une réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;
2° Une épreuve orale sur une question de chimie ;
3° Une épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Le classement général des trois concours aura lieu à Paris. Ce classement sera fait d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats. En cas d'égalité de deux concurrents, il sera fait une nouvelle lecture de leurs composition en séance du jury.

Ainsi que vous le verrez par les termes du programme que je viens d'analyser, et dont je vous transmets deux exemplaires, la durée du stage à l'École ne pourra dépasser une année, et pourra même être abrégée si les besoins l'exigent. Pendant leur séjour au Val-de-Grâce, les docteurs et les pharmaciens admis seront exercés, les uns à tout ce qui constitue le soin des malades, les autres à la préparation des médicaments et à la tenue des officines.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Le droit de réponse sous un point de vue particulier. — La Société anatomique et les médecins homœopathes. — Misère de la profession médicale ; à quoi elle tient. — Du tarif des honoraires. — Société de prévoyance des médecins du département de la Seine.— Demande d'une organisation médicale en Espagne.— Débâcle du journalisme médical en 1856.— Condamnation infamante d'un médecin.

Réflexion faite, excellentissime et patientissime confrère, nous ne voyons pas pourquoi nous mettrions au rebut les divers sujets de causerie que nous avions rassemblés pour votre distraction, récréation et édification personnelles, et que n'ont pu admettre les limites obligées du dernier feuilleton. Vous avez pour rôle d'écouter sans souffler mot tout ce qu'il peut nous arriver de dire tout haut, fût-ce en rêvant. Vous êtes vis-à-vis de nous un confident de tragédie passé à l'état perpétuel ; nous sommes donc dans notre droit en vous parlant tant qu'il nous plaît. Et, en conséquence, après vous avoir laissé sur une dissertation peu exhilarante de jurisprudence médicale, nous vous raccrochons par la manche, et nous continuons.

Que l'on voit de fâcheux
Venir de nos plaisirs interrompre le cours !

Pour votre malheur, c'est encore une question de légalité qui se présente tout d'abord. Vous avez vu (n° 2, p. 28) l'acte par lequel la Société anatomique de Paris a exclu de son sein plusieurs membres voués à la médecine homœopathique. En notre qualité d'organe de la Société, nous avons reçu cet acte et lui avons donné la consécration d'une publicité qui, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, a le caractère officiel. Quelques jours après, nous a été remise, avec prière d'insertion, une protestation motivée avec la signature de trois des intéressés. En référer au bureau de la Société nous a paru être notre premier devoir ; mais, en même temps, il ne nous a pas semblé que cela dégageât entièrement notre responsabilité personnelle, ni envers nous-même, ni à l'égard de la loi. Et comme la question qui naît ici de notre position particulière emprunte une impor-

Les uns et les autres seront soumis aux obligations de la discipline militaire et recevront, pendant leur séjour à l'École, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,160 francs.

L'État pourvoit d'ailleurs aux dépenses d'habillement, de coiffure et d'armement qu'entraîne, soit l'admission à l'École, soit l'entrée dans l'armée après les examens de sortie.

Au terme de leur stage, les candidats obtiennent le brevet du grade de médecin aide-major de 2e classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 janvier 1856, M. Azam, professeur-suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur-suppléant pour la chaire de chirurgie, d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants à ladite École, en remplacement de M. Rousset, appelé à d'autres fonctions.

M. Plumeau, docteur en médecine, est nommé professeur-suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Azam, appelé à d'autres fonctions.

M. Segay, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Oré, qui reste exclusivement chargé des fonctions de professeur-adjoint.

— Par arrêté, en date du 24 janvier 1856, M. Morisson, professeur-adjoint de pathologie chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire du même enseignement à ladite École.

— Par arrêté, en date du 24 janvier 1856, M. Marchand, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire de médecine légale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Caussé, dont la démission est acceptée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 24 au 29 janvier 1856.

23. Holder, William, né à Liverpool (Angleterre). [*L'ongle incarné.*]

24. Vilpelle, Louis-Édouard, né à Meaux (Seine-et-Marne). [*De la transmission des maladies des animaux à l'homme.*]

25. Champeaux, Nicolas, né à Vieil-Saint-Rémy (Ardennes). [*Des hémorrhagies puerpérales.*]

26. Petit, Eugène-Étienne, né à Écot (Haute-Marne). [*De la noix vomique et de la strychnine.*]

28. Marquézy, Toussaint-Paul, né à Rouen (Seine-Inférieure). [*Une observation de fistule néphro-gastrique.*]

29. Bertin, Pierre-Eugène, né à Colombey (Meurthe). [*Essai historique et critique sur les attaques dirigées contre la vaccine.*]

30. Ollier, Jean Philippe Raoul-Léonard, né à Châteauroux (Indre). [*Exposé des différents modes de traitement des ulcérations du col de l'utérus.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 31 janvier 1856.

PÉRIODE D'OPPORTUNITÉ POUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNITAL.

Il vient de s'agiter, au sein de la Société de chirurgie, une de ces questions vitales d'indication opératoire, trop souvent oubliées pour des inventions ou perfectionnements de procédés; questions qu'on s'étonne de ne pas voir mises plus fréquemment à l'ordre du jour par ceux des membres de l'assemblée dont la parole, appuyée sur une expérience acquise dans les conditions les plus propres à lui donner force et crédit, peut rendre de telles discussions si fréquentes pour le maintien des pures doctrines ou le rappel aux saines traditions chirurgicales.

C'est l'opération du bec-de-lièvre, et notamment la fixation de l'époque d'opportunité pour la pratiquer, qui a fait l'objet du débat. Précisant son opinion avec l'incisive clarté à laquelle son caractère donne tant de poids, M. Michon a, le premier, nettement énoncé qu'un enfant qu'on opère, dès sa naissance, d'un bec-de-lièvre compliqué *peut être considéré comme sacrifié.* Et quant à lui, il refuse toujours de prendre sur lui une telle responsabilité, et attend à quinze ou dix-huit mois.

M. Denonvilliers a émis le même avis. Après avoir, non pas contesté, mais discuté les faits de succès obtenu, à cet âge, par M. P. Dubois, il conclut contre l'opération précoce, qu'il réserve tout au plus pour les cas simples. M. Lenoir, dans la difformité compliquée, a constaté la même difficulté d'obtenir la réunion, la même faiblesse de résistance au coup que l'acte opératoire porte au nouveau né. Et M. Guersant, au

---

tanee réelle à l'habitude généralement prise par les sociétés savantes d'adopter un journal pour leur organe, nous l'examinerons en toute liberté, espérant que cette solution sera trouvée juste par ceux mêmes qu'une première impression aurait pu incliner vers un sentiment contraire.

A ne considérer que l'équité naturelle, tout journal qui reproduit les actes et les travaux d'une société est personnellement responsable du fait matériel de la publication; celui-là l'est encore plus que les autres qui a le privilége de représenter au dehors la société. Qu'il n'ait participé d'aucune sorte, ni dans le fond, ni dans la forme, aux communications qu'il est chargé d'insérer, il importe peu; ces communications lui créent exactement la même situation que les articles de *Correspondance* ou les *Mémoires originaux*, auxquels sa rédaction est absolument étrangère. Dans l'un comme dans l'autre cas, il encourt l'application du droit de réponse. Une société n'étant pour lui, au demeurant, qu'un correspondant collectif, ne saurait le nantir d'une immunité que ne lui apporte pas un correspondant privé. Bien plus, s'il est une circonstance où il soit plus particulièrement équitable et utile d'assigner un siége fixe à la responsabilité d'une publication, vous jugerez avec nous, cher confrère, que c'est quand celle-ci émane d'une réunion organisée, qui est en réalité anonyme. Là même est la moralité de la critique; elle est dans le droit, toujours ouvert aux intéressés, de se défendre sur le terrain et avec les armes choisis pour l'attaque. L'exercice de ce droit suppose assurément certaines conditions sur lesquelles ce ne serait pas le lieu d'insister; nous-même avons cru devoir plusieurs fois nous y refuser, soit parce que la rectification, au lieu de nous venir de source directe, nous arrivait par procuration non autorisée, soit parce qu'elle sortait de la question en litige, soit encore à cause d'un défaut de convenance dans la forme; mais nous nous rendons cette justice que nous avons toujours respecté le droit quand il a été revendiqué régulièrement.

Ces principes purement moraux ne sont que pour nous; bien qu'ils nous paraissent inattaquables, nous sentons bien que nous ne pouvons les imposer à personne. Aussi avons-nous hâte de passer aux principes de jurisprudence qui obligent tout le monde.

nom de son expérience spéciale, a rendu un arrêt non moins sévère, non moins explicite.

On le voit, les partisans de l'opération hâtive, absents vraisemblablement de cette séance, n'ont pas trouvé de représentant pour soutenir leur opinion, ailleurs formulée si absolument. A peine deux avocats leur sont ils venus prêter incidemment le secours d'un talent volontairement enchaîné dans les limites de la circonstance atténuante. M. Denonvilliers, précisant d'abord ce qu'on doit entendre par bec-de-lièvre *compliqué*, n'appelle de ce nom que celui où il y a fissure de la mâchoire supérieure, avec ou sans proéminence du tubercule incisif. « Or, ajoute-t-il avec beaucoup de sens, quand il s'agit de prendre un parti pour ou contre l'opération dans les premiers mois, on s'est jusqu'ici borné, soit à considérer les avantages qui en résultent (cessation de la difformité, régularité des fonctions de succion et de déglutition, rapprochement des parties osseuses divisées), soit de faire valoir, au contraire, ses dangers (hémorrhagie, insuccès de la réunion, section des chairs par les fils, défaut de nutrition). Mais nul n'a placé, d'une main impartiale, les deux éléments dans la même balance ; nul n'a pris la peine d'instituer, avant le jugement, un examen comparatif. »

Rien de plus sensé que cette réflexion, comme rien de plus varié, de plus arbitraire, on peut le dire, que les motifs en vertu desquels tel chirurgien accepte ou même recherche, dans cette circonstance, le rôle actif que d'autres refusent, au contraire, avec une sage ténacité. Une série de cas heureux, la promesse de soins assidus, l'insistance des parents, raisons si souvent invoquées, sont vraiment légères pour autoriser une décision si grave. En fait de bec-de-lièvre compliqué, nous ne connaissons, pour notre compte, qu'une circonstance vraiment déterminante. C'est le cas où la difformité empêcherait complétement la déglutition du lait. Or, il ne se produit que très exceptionnellement ; et presque toujours, dès la première semaine, le petit malade s'habitue parfaitement au passage de ce liquide qui s'opère par les fosses nasales en même temps que par la bouche.

La considération que M. Denonvilliers demande pour les avantages et les dangers comparés de l'opération, M. Marjolin la réclame avec non moins de justesse pour le procédé lui-même. Il est évident que ce point mérite la plus sérieuse attention ; car, relativement au tubercule osseux, par exemple, si l'on peut le laisser en place, on sauve presque certainement la vie. Et, sous ce rapport, voyant la différence profonde qu'imprime aux résultats la conservation ou l'ablation de ce segment d'os si vasculaire, nous serions tentés de réformer la définition du bec-de-lièvre compliqué. Celle dans laquelle on réserverait ce nom aux cas où existe la *proéminence* du tubercule incisif, insoutenable assurément au point de vue tératologique, mériterait de faire loi dans le langage opératoire (1).

C'est effectivement la conclusion univoque de cette discussion que le rejet, pour les nouveau-nés, de toute tentative destinée à *exciser* la saillie osseuse moyenne. L'excision, même partielle, comporte des périls non moins graves. Nous pouvons citer, à l'appui de cette proposition, l'exemple d'un enfant de trois mois, chez qui la mort survint après la résection, faite par Dupuytren, de la moitié antérieure seulement du tubercule incisif. L'opération, pratiquée le 3 mai 1834, fut, dans la même journée, suivie d'une hémorrhagie qui, malgré les soins les plus assidus et la cautérisation répétée, le jeta dans une prostration aux suites de laquelle il succomba en cinq jours (2).

Sous ce rapport, le *refoulement* du tubercule osseux en arrière constitue une atténuation au danger, soit que, d'après Blandin, on lui ait d'abord creusé sa place au moyen d'une perte de substance pratiquée derrière lui à la cloison dont il représente l'extrémité antérieure, soit qu'on le luxe purement et simplement, comme M. Gensoul l'a, le premier, exécuté.

D'ailleurs, cette presque unanimité des honorables membres contre l'opération hâtive du bec-de-lièvre compliqué a produit, séance tenante, l'une de ces transformations que toute idée juste, par sa propre force, exerce si facilement au milieu d'esprits aussi logiques, et sur un terrain où nul parti pris ne pouvait engendrer l'opposition ou la ténacité systématiques. La difformité *compliquée* ayant, d'un commun accord, été rayée du nombre des indications à opération, peu à peu on en est venu à demander sur quoi reposait la justification de l'opération pour la fissure *simple*. Si, en effet, les suites ont ici moins de gravité, la nécessité du remède, par contre, y est

(1) Nous avions écrit ces lignes avant d'avoir eu connaissance du passage de la séance du 16 janvier, où M. Verneuil émet une opinion entièrement semblable. Cette concordance, avec un chirurgien aussi distingué, nous est particulièrement précieuse.

(2) On a tout récemment blâmé mon appréciation du *caractère chirurgical* de Dupuytren. Ce fait est un exemple frappant de la tendance instinctive qui le conduisait, presque à son insu, à atténuer la cause des revers, même les moins imputables à un tort de sa part. Ici la mort fut mise sur le compte d'une affection spasmodique (et c'est sous ce titre qu'elle figure dans mon cahier d'observations), tandis que M. Tessier lui-même, — qui me reproche aujourd'hui ce qu'il n'appellera pas désormais sans doute mes insinuations, — alors interne des autopsies, affirma que cet enfant, chez qui tous les organes avaient été trouvés par lui littéralement exsangues, avait réellement succombé aux conséquences de l'hémorrhagie.

Le droit de réponse est réglé par l'article 11 de la loi du 25 mars 1822, dont voici les termes : « Les *propriétaires* ou *éditeurs* de tout journal ou écrit périodique seront tenus d'y insérer, dans les trois jours de la réception, ou dans le plus prochain numéro, s'il n'en était pas publié avant l'expiration des trois jours, *la réponse de toute personne nommée ou désignée* dans le journal ou écrit périodique, sous peine d'une amende de 50 fr. à 500 fr., sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auxquels l'article incriminé pourrait donner lieu. Cette insertion sera gratuite, et la réponse pourra avoir le double de la longueur de l'article auquel elle sera faite. » Ce dispositif est absolu ; il n'établit aucune distinction entre les diverses sources d'où peuvent émaner les articles d'un journal, et ne subordonne le droit de réponse qu'au *fait* de la publication, en attribuant exclusivement ce droit à la personne nommée ou désignée dans l'article auquel il est répondu. Rien de plus juste. La loi n'a pas, plus que la conscience individuelle, à se préoccuper des circonstances qui influent sur le contenu d'un journal. Que celui-ci ait pris tels ou tels arrangements avec une société savante, c'est son affaire. Il édite, tout est dit ; car c'est l'*éditeur ou propriétaire* qu'oblige la loi. On conçoit aisément les abus que pourrait amener un système contraire. Il deviendrait permis d'exercer indéfiniment une critique sans contrôle sous le couvert d'une société, à la seule condition de n'injurier ni ne diffamer. Rien n'empêcherait même de créer de petites sociétés tout exprès. On a vu des choses plus extraordinaires !

On a longtemps hésité sur la question de savoir si une réponse excédant la longueur *maximum* déterminée plus haut pouvait être refusée ; mais la loi du 9 septembre 1835, article 17, a tranché la difficulté. *L'insertion est, dans tous les cas, obligatoire*, à la charge, par l'auteur de la réponse, de payer les frais de l'excédant, *conformément au tarif des annonces*. De nombreux arrêts de la cour de cassation ont d'ailleurs achevé de fixer sur ce point la jurisprudence.

Ainsi, pas de doute possible. Un journal qui sert d'organe à une société est responsable de la publication des articles que cette société lui envoie, et le droit de réponse peut s'exercer contre lui

moins évidente; car il n'y a là ni fente osseuse dont la réunion des parties molles puisse accélérer le rapprochement, ni gêne de la déglutition à soulager, ni aspect hideux à corriger. Ainsi, devenus plus sévères à mesure que l'analyse des considérations applicables au cas extrême leur fournissait des lumières, les juges de cet intéressant procès ont peu à peu trouvé la sentence aussi légitimement applicable au prévenu jusque-là réputé innocent qu'à l'accusé principal. Et c'est sans provoquer aucune objection valable que M. Gosselin, judicieux interprète de la conviction qui s'était formée durant le cours du débat, a hautement recommandé, même pour les cas simples, de ne pas opérer l'enfant avant six mois, et sans que sa constitution se soit habituée aux milieux et au genre de nourriture auxquels il est soumis.

Quelque insignifiante qu'elle puisse paraître auprès des imposants suffrages qui l'ont consacrée, notre adhésion personnelle ne manquera pas à ce jugement; et c'est avec une satisfaction complète que nous voyons les chirurgiens rentrer, sous ce rapport, dans la voie hors de laquelle d'heureuses, mais aventureuses, exceptions avaient pu les égarer. Lorsque le praticien prend le fer en main pour remédier à une difformité, il est une condition sans laquelle un succès même ne saurait absoudre son entreprise : c'est celle de la sécurité absolue, règle invariable à laquelle on ne tolère de dérogation que si les conséquences immédiates de la difformité menaçaient prochainement l'existence (telle que la perte de salive résultant de l'absence de lèvre inférieure). Pourquoi donc enfreindre ce précepte pour les nouveau-nés, dont l'existence, si frêle que quelques gouttes de sang peuvent la compromettre, demanderait au contraire à haute voix un redoublement de sévérité dans les mesures destinées à empêcher les tentatives opératoires projetées sur leurs personnes? Il ressortira de cette discussion une conclusion acceptée par tous : c'est que nul motif sérieux, avouable, n'autorise à agir sur eux dès les premiers jours; que l'opération précoce doit désormais s'appeler prématurée ; qu'enfin, s'il est admis que la vaccination n'est rationnellement praticable qu'après le troisième mois, on ne voit pas quel motif pourrait rapprocher en deçà de cette limite l'indication d'une opération que rien ne rend urgente, et dont les périls diminuent en raison directe du temps de répit que l'on voudra bien accorder à ces êtres disgraciés, mais si intéressants.

Encore si cette précipitation (qu'il sera bien permis maintenant de qualifier de déplorable) réalisait les avantages qu'elle revendique pour sa justification! Oui, assurément, la réunion est plus aisée dans le jeune âge. Assurément aussi la cicatrice datant d'une époque si ancienne acquerra une ressemblance plus complète de couleur et de consistance avec la peau ambiante. Assurément, enfin, les parties molles et osseuses du voisinage, la joue, le nez, le rebord alvéolaire et les dents, se développeront plus régulières si on leur restitue de bonne heure les conditions de pression continue qu'elles trouvent dans l'intégrité de la lèvre. Mais si précieux que soient les effets d'une restauration devançant le progrès de la croissance, il ne peut dépendre d'un retard de quelques mois de les annihiler. Bien plus (et c'est à M. Denonvilliers que revient l'honneur de cette judicieuse remarque), il n'y a pas, en fait, de chéiloraphie plus imparfaite que celle qui s'exécute de si bonne heure. Des tissus mous, fuyants, que le moindre mouvement compromet, que la suture déchire, peuvent cependant, à force de soins, être convenablement taillés, affrontés sans violence, suturés avec ménagement; mais, la crainte de l'hémorrhagie dominant l'opérateur, à coup sûr il restreindra autant que possible l'étendue des incisions, économisera sur la largeur du lambeau à exciser pour l'avivement, surseoira à l'exécution des procédés destinés à éviter l'encorchure du bord libre, ne décollera que dans une mesure incomplète la partie de la lèvre adhérente au bord alvéolaire, etc., etc., etc.

Cette crainte n'est pas chimérique. La pratique de l'un des plus habiles chirurgiens engagés dans ce débat, et, plus que sa pratique, ses conseils écrits, la légitiment surabondamment. Joint à tant d'autres considérations, ce motif confirme la proscription que nous avons été heureux d'entendre lancée d'une tribune aussi écoutée ; et nous espérons bien que, ramenée à ses véritables termes, la question sera désormais assez complétement instruite pour qu'aucun chirurgien n'ose maintenant, à moins d'inanition par dysphagie, porter avant trois ou quatre mois le bistouri sur un nouveau-né atteint de bec-de-lièvre.

Au reste, on trouvera sur ce sujet, dans les Quarante ans de pratique de M. Roux, une dissertation pleine d'intérêt et de mouvement, qui vient toute à l'appui des adversaires de l'opération précoce. P. Diday.

Les Académies ont été, cette semaine, riches de communications importantes.

A l'Académie des sciences, M. Cruveilhier a commencé, dans une lecture concise et pleine de faits, l'exposé de ses observations sur une affection qu'il a le premier signalée et décrite: l'ulcère

---

aussi légitimement que si les articles émanaient de sa propre rédaction. Cette différence d'origine ne peut affecter qu'un autre genre de responsabilité indiqué également dans l'article 11 de la loi de 1822, et qui est susceptible d'entraîner l'application d'une pénalité ou la condamnation à des dommages-intérêts. Le devoir de l'éditeur est donc tout tracé. Il doit d'abord obtempérer à la demande d'insertion de la réponse, sauf règlement de compte avec l'auteur ou les auteurs.

Conformément à ces principes, nous reproduisons aujourd'hui même (voir aux *Variétés*) la réclamation de MM. les homœopathes. La Société anatomique approuvera certainement une résolution conforme aux prescriptions de la loi et à celles d'un libéralisme éclairé. Il n'y avait pas lieu, dans l'espèce, d'user du bénéfice de la loi en ce qui concerne les frais d'excédant, chacun des signataires ayant droit de répondre individuellement, ce qui triple la longueur exigible : mais comme la Gazette hebdomadaire n'a pas de *tarif d'annonces*, elle profite de l'occasion pour faire savoir aux amateurs de réplique que, dans certaines circonstances dont nous restons juge, il pourra leur en coûter 2 francs 50 centimes la ligne.

—Vous connaissez, cher confrère, l'éternelle plainte des médecins sur leurs propres misères. Il n'y a guère que Young, de mélancolique mémoire, qui ait eu lieu de se lamenter aussi constamment; encore n'était-ce que la nuit. Le corps médical accuse le sort le jour comme la nuit, à l'aube comme au crépuscule. Est-ce pour rien ? Demandez à ce petit réduit de la commune de Bercy, où vient de se terminer, dans toutes sortes d'angoisses, l'existence longtemps enviée d'un des maîtres de la génération actuelle. Cet exemple a retenti dans la publicité ; mais il n'en manque pas de semblables. Il faudrait feuilleter les registres de certain hospice de Paris ; il faudrait plonger un regard indiscret dans plusieurs mansardes, pour savoir quelles profondes et secrètes racines a poussées dans les parties les plus prospères en apparence de la profession , ce mal qui en traîne tant d'autres à sa suite, cette autre *porta malorum* plus réelle, hélas ! que celle de l'hypochondre, le terrible souci de la gêne domestique ! On en accuse trop peut-être l'organisation actuelle de la médecine. La suppression du second

simple de l'estomac. Cette première note ne comprend encore que la description anatomique et les caractères généraux de la lésion. Ultérieurement, M. Cruveilhier s'occupera des caractères de physiologie pathologique propres à établir le diagnostic, ainsi que des moyens de traitement. — La compagnie a également entendu, avec un grand intérêt, une lecture de M. Brown-Séquard, qui a le mérite rare de réunir à de curieux résultats de physiologie expérimentale une application pratique de haute importance. On verra au *Compte Rendu* de l'Académie que ce travail jette un jour nouveau et inattendu sur le mode de production de l'épilepsie.

Nous signalons, à l'Académie de médecine, un nouveau document sur cette partie de la physiologie et de la pathologie qu'on pourra bientôt appeler la *glycologie*, tant elle prend d'extension. M. Poggiale a entrepris de vérifier expérimentalement si, en réalité, dans le diabète, le passage du sucre dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang. Suivant lui, le sucre peut exister dans le sang et dans les urines même en présence des alcalis, et la nature des climats n'influe pas sensiblement sur la quantité du sucre contenu dans l'organisme, ainsi que le pense également M. Cl. Bernard. La glycosurie serait due « à une oxydation incomplète du sucre, par suite d'une lésion du système nerveux. » — Nos lecteurs, que nous avons eu le soin de tenir au courant de l'affection appelée *leucoémie* ou *leucémie* (*Gazette hebdomadaire*, tome II, page 552), accorderont aussi une attention particulière au nouvel exemple qu'en vient de rapporter M. Blache, et à la courte discussion qui s'en est suivie. Comme l'a expliqué M. Guérard avec une lucidité parfaite et une profonde entente du sujet, la leucémie n'est pas ce qu'on connaissait depuis longtemps sous le nom de *sang blanc*. Le sang leucémique est rouge ; mais l'analyse microscopique y montre une proportion anormale de globules blancs ; tandis que le sang dit *blanc* prend réellement cette couleur dans la palette en se refroidissant, soit par suite de la présence d'un corps gras, soit par toute autre cause. Ce sont donc des affections essentiellement différentes. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES CRAMPES DES NOURRICES, par M. Jules Verdier, docteur-médecin à Barre-des-Cévennes (Lozère).

L'épuisement causé par une sécrétion de lait disproportionnée à leurs forces expose les nourrices, surtout celles qui ne prennent aucun soin de leur alimentation, à une foule d'incommodités, et en particulier à une sorte de crampes très douloureuses que, si mes souvenirs me servent bien, on ne rencontre guère que chez elles. Cette affection, qui a pour la première fois fixé mon attention en 1852, mérite celle des praticiens, sinon par le danger qu'elle fait courir aux malades, du moins par les tortures qui en accompagnent les accès. Je vais en rapporter ici quelques exemples. Ils pourront jeter un peu de lumière sur ce sujet, dont il ne paraît pas, si j'en juge par le silence des auteurs que j'ai lus, qu'on se soit beaucoup occupé jusqu'à ce jour.

Obs. I. — D'un tempérament lymphatique, sujette d'ailleurs à des douleurs rhumatismales, âgée de trente-deux ans, madame J... allaitait son cinquième enfant bien portant et âgé de quatre mois. A la suite d'aliments lourds qu'elle prit le soir du 31 janvier 1852, elle éprouva la nuit suivante des contractions violentes dans les muscles des membres, principalement dans ceux des avant-bras, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises les jours suivants. Elles se prolongeaient pendant une ou deux heures, et se trouvaient escortées par une douleur si forte qu'elle arrachait des cris à la malade. Quand l'affection se produisait dans l'avant-bras, tout le membre était étendu, ainsi que les doigts, que la malade tenait écartés. Elle ne pouvait fléchir ni laisser fléchir, presser ni même toucher les parties affectées, à cause de l'aggravation de douleurs que tout cela lui procurait. Pendant ces accès, la malade se penchait, comme entraînée par le poids du bras qu'elle portait presque à terre ; la figure s'animait, le pouls acquérait une fréquence fébrile. Pendant les rémissions, au contraire, pas de signes de réaction ; seulement, langue blanche avec un enduit jaunâtre à la base, haleine fétide, ventre paresseux et pas d'appétit.

Il y avait quelques jours que cet état durait lorsque je fus consulté. Une purgation, le laudanum, l'éther, un liniment préparé avec la belladone, des vésicatoires aux jambes, procurèrent un soulagement assez marqué pour faire négliger les restes de cette affection. Ce fut un grand mal ; car la malade eut des retours de crampes dans le bras gauche, d'abord très rares, mais qui, en se perpétuant, ont fini par revenir à des intervalles fort rapprochés, et ont amené l'émaciation et la paralysie du membre affecté.

Obs. II. — Dans le même temps, mes conseils furent réclamés par une jeune femme de la commune de Freissinet, aussi nourrice et lymphatique, dont la situation était exactement la même, et chez laquelle les soins prescrits à ma première malade eurent un succès qui ne s'est pas démenti.

Obs. III. — Chez une troisième femme de la commune de Gabrial, âgée de trente-cinq ans, lymphatique, mère et nourrice de deux filles rachitiques dont elle venait de sevrer la plus jeune, la maladie débuta inopinément, le 26 décembre 1851, par une crampe violente dans le médius de la main gauche, qui se fléchit et se renversa en même temps sur le dos de la main, avec une sensation aiguë de douleur dans ce point. Bientôt, la même crampe et la même douleur s'étant propagées au bras, à l'épaule et au cou, le bras fut porté en arrière et la tête entraînée vers l'épaule. Dans ce moment, la douleur devint telle que la malade perdit connaissance, tomba par terre, et ne revint de son évanouissement

---

ordre, une répression plus sévère du charlatanisme et de l'exercice illégal seraient des palliatifs déjà précieux sans doute, mais insuffisants. Voyez l'Angleterre : la pratique médicale y participe de l'esprit de liberté qui est propre au pays ; elle y a plusieurs degrés ; le diplôme n'y est pas entouré de garanties excessivement sévères ; l'annonce y fleurit à plaisir ; et partout on envie chez nous la chance du praticien anglais. Les mœurs jouent en tout ceci un grand rôle. En France, il y a un contraste frappant entre les exigences de représentation auxquelles un médecin est assujetti et la maigre situation que le monde lui fait ordinairement, et c'est pour cela qu'on peut mourir pauvre avec une clientèle étendue. Quel remède? le tarif des honoraires ? Non ! Pas de tarif, pas d'impôt forcé sur la santé publique ; pas de boutique à prix fixe au lieu d'une profession libérale ; pas de niveau passé sur les justes inégalités des positions professionnelles, c'est-à-dire sur les degrés de l'intelligence, de la capacité, de l'activité, ces éléments si essentiels de l'appréciation d'un chiffre d'honoraires. Pas de tarif ; mais que les médecins osent s'estimer eux-mêmes ce qu'ils valent ; que chacun, en restant juge de ce que lui commandent les circonstances, en se réservant le droit de ne pas placer un malade pauvre entre l'humiliation de l'aumône et le chagrin de l'hôpital, impose résolument le juste prix de ses services à ceux qui peuvent les payer. Le chiffre ici est un signe de la dignité ; nous ne craignons même pas de dire qu'il en est le plus frappant aux yeux du public. L'homme vaut ce que coûtent ses soins ; rien de plus vulgairement logique.

C'est donc l'excessive réserve de la plupart des praticiens, cette réserve étendue à toutes les fortunes et à toutes les positions sociales, qu'il faudrait corriger. Nos voisins savent s'en affranchir, sans concert préalable, sans résolutions délibérées, sans tarif ; pourquoi cela et pourquoi ne les avons-nous pas encore imités ? C'est que les médecins anglais, dans l'accomplissement le plus scrupuleux de leurs devoirs, ne perdent pas de vue qu'ils font une affaire et n'en rougissent pas, tandis que les médecins français ont, du caractère de leur profession, un sentiment plus délicat, partant fort honorable, mais qui a le défaut d'être peu lucratif. La concurrence, encore une fois, ne joue en ceci qu'un très petit rôle,

qu'une demi-heure après. La même crampe et la perte de connaissance se renouvelèrent le soir. Cette seconde crise laissa de l'engourdissement dans la partie, où de légères crampes, accompagnées d'une douleur moins violente, continuèrent de se faire sentir de temps en temps. Le 31 décembre, la malade ayant pris du café le matin, son attaque se reproduisit avec les mêmes phénomènes que la première fois, c'est-à-dire que la crampe se propagea du doigt au bras, à l'épaule et au cou; mais la douleur eut moins d'acuité. Cette femme, qui est habituellement constipée, n'avait pas eu de selles depuis le début de sa maladie, qui d'ailleurs n'offrait aucun phénomène de réaction. L'huile de ricin, une potion laudanisée, l'éther, les lavements, les pédiluves, procurèrent un assez prompt soulagement, que la guérison suivit de près.

Obs. IV. — A la même époque, à Barre, une femme de trente-deux ans, de tempérament lymphatico-nerveux, qui, quelques années auparavant, avait été atteinte d'hystérie, déjà mère de cinq enfants, dont le plus jeune, qu'elle nourrissait, avait sept mois, commença de se plaindre, de temps en temps, de contractions fortes et douloureuses dans les avant-bras, pendant lesquelles les mains se trouvaient tournées dans le sens de la pronation, avec écartement et inflexibilité des doigts. Les paroxysmes duraient d'une demi-heure à une heure, et revenaient plusieurs fois le jour Le début de cette affection avait été précédé par des fourmillements et une sensation d'engourdissement dans les bras. L'usage de l'éther et quelques soins de régime firent disparaître assez rapidement cette affection; mais elle s'est renouvelée en 1855, à l'occasion de son sixième enfant, âgé d'un an, qu'elle nourrit. Les crampes sont accompagnées de quelques étouffements, mais elles ont une moindre violence que la première fois, ce qui est commun aux autres cas que j'ai observés cette année. La malade a fait la remarque que les crampes se calment toutes les fois qu'elle se nourrit bien, et s'exaspèrent aussitôt qu'elle néglige son régime. Une bonne alimentation et l'usage de l'éther ont suffi dans ce cas pour procurer la guérison, qui ne s'est pas démentie, bien que la malade n'ait sevré son enfant qu'à la fin de l'été.

Obs. V. — Une femme de vingt-deux ans, voisine de la précédente, mère de deux enfants, maigrit beaucoup pendant qu'elle allaitait le premier; les ganglions du cou s'engorgèrent et entrèrent en suppuration, et des crampes auxquelles elle était sujette se firent sentir avec une fréquence insolite et beaucoup d'aggravation. Ayant sevré son premier enfant parce qu'elle se trouvait grosse, les crampes cessèrent, et elle reprit un peu d'embonpoint. Au commencement de 1854, nourrissant son second enfant âgé de quatre mois, elle a vu ses crampes se renouveler avec un surcroît de violence qu'elles n'avaient pas présenté la première fois, affectant tous les membres, et revenant plus particulièrement la nuit que le jour. Quand les crampes ont lieu dans les avant-bras, où elles sont plus communes et plus fortes, un ou plusieurs doigts se fléchissent sur la paume de la main, et se maintiennent pendant quelques minutes dans cet état, qui est accompagné d'une très vive douleur. Cette jeune femme est en même temps sujette à des étouffements hystériques et à des extinctions subites de la voix, qui se renouvellent plusieurs fois le jour et qui sont provoqués par la plus légère émotion. Les calmants ont été essayés chez cette femme sans beaucoup d'effet; mais son affection a cédé plus tard à l'influence d'un bon régime et peut-être encore des chaleurs de l'été, qui sembleraient agir dans ce cas à l'opposé de ce qu'on les voit produire dans plusieurs autres affections d'origine cérébrale, que la chaleur aggrave manifestement.

J'ai encore observé, tant en 1852 qu'en 1855, quelques autres cas de crampes chez les nourrices, que je ne rapporterai point. Les phénomènes propres à cette affection sont fort simples: ils consistent dans un léger gonflement et le durcissement des muscles qui sont le siége de la contraction spasmodique, et dans l'entraînement involontaire, suivant le sens de la flexion ou de l'extension, des parties que ces muscles sont destinés à mouvoir, avec production d'une douleur aiguë, dilacérante, qui ne cesse qu'au bout d'un temps variable, peut se prolonger au delà d'une heure, et laisse quelquefois après elle une sensation d'engourdissement dans la partie. Cette affection n'est pas fébrile; mais pendant les paroxysmes, quand la douleur est violente, le pouls devient fréquent, la physionomie se colore, et il se développe de la chaleur à la peau. Nous avons rapporté un cas où l'excès de la douleur amenait la syncope.

Les crampes des nourrices diffèrent sous plusieurs rapports des crampes ordinaires, qui n'ont communément lieu que la nuit, et sont le plus souvent provoquées par une position vicieuse du membre, qu'il suffit de changer pour en faire cesser les conséquences presque immédiatement. Ces dernières crampes n'affectent ordinairement que les mollets ou la plante des pieds; celle des nourrices, au contraire, reviennent indifféremment le jour et la nuit, se déclarent pendant la veille aussi bien que pendant le sommeil, et quelle que soit d'ailleurs la position du membre, dont le changement de situation ne fait cesser ni la convulsion ni la douleur; elles affectent indistinctement tous les membres, mais ont toutefois une préférence marquée pour les extrémités supérieures; quelquefois, comme nous l'avons vu, elles affectent les muscles du cou. Nous pourrions encore ajouter que les crampes ordinaires se montrent en tout temps et en toute saison, attaquant préférablement les personnes d'une constitution sèche, à muscles bien dessinés, et qu'elles n'annoncent aucun danger pour la santé, tandis que les crampes des nourrices attaquent de préférence les femmes lymphatiques ou scrofuleuses, ac-

---

puisqu'elle est sensiblement la même des deux côtés du détroit. Et d'ailleurs l'influence que nous attribuons aux mœurs, aux habitudes, ne s'accuse pas seulement dans le taux des honoraires; elle ressort plus clairement encore du mode de paiement. On sait qu'un *physician* qui entreprend le traitement d'un malade reçoit le prix de deux consultations à sa première visite, et le prix d'une consultation à chaque visite subséquente; de sorte qu'une visite est toujours payée d'avance. Un certain jour on ne lui glisse rien dans la main: c'est une manière honnête de l'avertir qu'on n'a plus besoin de ses soins. O Eldorado!

En attendant, cher confrère, que cette agréable coutume s'acclimate chez nous, en attendant que nous nous aidions suffisamment nous-mêmes, aidons-nous les uns les autres. Dimanche a eu lieu, sous la présidence de M. Paul Dubois, la séance annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine. Le secrétaire général, M. Cabanellas, a réjoui le cœur de toute l'assistance, et réjouira le vôtre, en racontant les bienfaits déjà répandus et en montrant les belles perspectives ouvertes à son œuvre pieuse par les ressources toujours croissantes de l'association. Il résulte du compte rendu de M. le docteur Vosseur, le zélé et digne trésorier, que le total des recettes, pour l'année 1855, a été de 17,519 fr. 90 c. Les rentes perpétuelles s'élèvent déjà au chiffre de 5,105 fr. Grâce à Dieu, c'est de quoi soulager déjà bien des infortunes. Ce que la prospérité engloutit si vite alimente longtemps l'économie nécessiteuse.

— Si le mal de l'un guérissait celui de l'autre, nous engagerions nos confrères à jeter un peu les yeux sur l'Espagne. Le mouvement politique qui s'est accompli naguère dans ce pays y a suscité dans le corps médical un mouvement tout pareil à celui que nous avons vu ici en 1848. Mêmes espérances, mêmes visées, mêmes tendances...... et aussi mêmes déceptions! Il est vraiment curieux (on peut être curieux de choses tristes: *Suave mari magno turbantibus æquora ventis.....*), il est curieux de voir comment, de l'autre côté des Pyrénées, on a suivi pas à pas les errements qui nous ont si mal réussi, et à quel point les excitations de la presse médicale ont ressemblé par le fond et la forme, par le but et par les moyens,

cidentellement débilitées, sont assez communes dans certains moments, et qu'il se passe ensuite des années entières sans qu'on en rencontre de nouveaux exemples; enfin, quand elles persistent au delà d'un certain temps pour devenir habituelles, elles donnent un juste motif de craindre l'atrophie et la paralysie du membre malade, comme cela se voit dans notre première observation.

Les femmes sur lesquelles j'ai observé l'espèce de crampe sur laquelle je me suis proposé d'appeler l'attention des praticiens étaient, comme je l'ai dit, lymphatiques ou atteintes de scrofules; la plupart avaient été mères plusieurs fois; elles avaient nourri leurs enfants et nourrissaient encore de nouveau lorsque l'affection s'est déclarée; plusieurs avaient d'ailleurs déjà présenté des signes d'affection hystérique. On ne peut douter que l'épuisement causé par l'allaitement n'ait produit la maladie; mais il a nécessairement fallu le concours d'une autre cause pour y donner lieu, puisque son règne n'a pas la perpétuité de celles dont nous venons de parler. Il y a toujours, en effet, des femmes lymphatiques, disposées à l'hystérie, qui n'usent pas d'une alimentation suffisamment réparatrice pendant qu'elles nourrissent leurs enfants, et cependant la crampe ne se montre chez elles qu'à des époques éloignées et dans certaines saisons. Je l'ai observée en 1852 et en 1855, chaque fois vers le milieu et la fin de l'hiver; mais je serais embarrassé d'expliquer par quoi l'hiver de ces deux années avait pu contribuer au développement de la maladie, car il n'avait présenté de remarquable que d'être peu rigoureux.

Je ne suis guère plus éclairé sur la cause des différences que la maladie a présentées à ces deux époques. Les crampes que j'ai observées en 1852 étaient d'une violence extrême, accompagnées d'une douleur atroce; les paroxysmes de cette douleur duraient d'une demi-heure à une et même deux heures, et de plus la maladie affectait avec plus d'exclusion les membres supérieurs. En 1855, les crampes ont été moins violentes, n'ont pas duré le plus souvent au delà de quelques minutes, et, quoique leur siége de prédilection fût dans les extrémités supérieures, les extrémités inférieures n'ont pas laissé que de participer plus ou moins aux atteintes de la maladie.

Les crampes des nourrices constituent une affection plus cruelle que dangereuse, bien qu'il ne paraisse pas qu'il soit permis de douter, d'après notre première observation, qu'elles soient sous la dépendance d'une affection cérébrale. Il ne serait donc pas sage de s'abandonner à un excès de sécurité. La même observation montre à quels maux cruels et incurables peut exposer cette maladie, lorsqu'on en a négligé le traitement.

Bien qu'un tempérament faible, une constitution détériorée par des causes antécédentes, jouent un rôle important dans la production de la crampe des nourrices, l'expérience m'a cependant appris que ces conditions ne seraient pas suffisantes sans le concours d'un mauvais régime. C'est pourquoi je pense qu'une alimentation convenable et suffisamment réparatrice préviendrait sûrement la maladie. Une pareille alimentation constitue aussi l'indication dominante lorsque la maladie est déjà déclarée. Mais comme ce moyen est lent dans ses effets et que les malades sont en proie à des tortures dont on ne saurait trop tôt les délivrer, les calmants sont indiqués, et il est souvent utile de leur préparer la voie par quelque médication évacuante qui améliore l'état des fonctions digestives et serve en même temps à opérer une dérivation salutaire par rapport à l'organe cérébral. Beaucoup de malades présentent des signes d'embarras gastrique qu'il importe de combattre, parce que le rétablissement de l'appétit est une condition de succès dans le traitement, et parce que d'ailleurs l'administration des narcotiques, indiquée par la douleur et le spasme, ne serait pas sans inconvénients si l'état gastrique n'avait pas tout d'abord été combattu. Je me suis très bien trouvé de l'emploi de l'éther et des préparations opiacées. On en obtient ordinairement un soulagement très marqué, qui permet d'attendre patiemment les bons effets qu'il y a lieu de se promettre d'une alimentation réparatrice. L'allaitement étant la cause qui a produit et qui entretient la maladie, il serait avantageux de le faire cesser; mais, comme l'enfant ne se trouve pas toujours alors en âge d'être sevré, et que de puissantes raisons s'opposent le plus souvent à ce qu'on lui donne une autre nourrice, il faut être prévenu que la continuation de l'allaitement n'est pas un obstacle insurmontable à la guérison, et qu'à l'aide des soins dont nous avons parlé, surtout d'une alimentation appropriée, on vient assez sûrement à bout de toutes les difficultés (1). (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 janvier 1856.)

(1) Il est évident que l'affection observée par l'auteur est celle qui est connue sous le nom de *contracture des extrémités*, et sur laquelle nous avons appelé l'attention; il n'y a pas longtemps (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 322). Cette affection se présente fréquemment sous forme épidémique. L'intérêt du présent travail est donc dans ce fait que la contracture n'a frappé que des nourrices et paraît avoir eu pour cause occasionnelle l'allaitement. C'est une bonne observation à consigner pour l'histoire de ce genre d'affection. A. D.

à celles dont nous avons gardé le souvenir. Après les odes enthousiastes viennent les élégies; les quelques feuilles de Madrid qui ont survécu à la ruine de tant d'espérances n'ont plus guère que des paroles de découragement; et si elles tirent encore quelques fusées pour la conquête d'une organisation médicale, c'est par une sorte d'imitation des armées vaincues, qui ne veulent pas avoir le dernier, même en battant en retraite.

— A propos de journaux défunts, quelle débâcle cette année, cher confrère! La Néva est manifestement en avance de plusieurs mois: c'est un craquement, un grondement, un tumulte, une confusion, une succession de chocs et d'engloutissements comme on n'en avait pas vu, peut-être, de mémoire d'habitué. De précieux débris ont été emportés: vous les reconnaîtrez aisément parmi ceux que nous recueillons au hasard: La Revue médico-chirurgicale, la Gazette médicale de Montpellier, la Gazette médicale de Toulouse, la Presse médicale, il Progresso (de Gênes), el Heraldo medico, el Porvenir medico. En voici, de bon compte, sept, et nous en oublions certainement. Ne croyez pas, cher confrère, que nous soyons capable de vous réciter une seconde fois, à cette occasion, le vers de tout à l'heure: *Suave mari magno*, etc.; non, nous bénissons plutôt la providence qui envoie à la littérature médicale des compensations, l'Union médicale de Toulouse, la Liguria et l'Unité. Notre droit pour nous, et Dieu pour tous.

Agréez, etc. A. Dechambre.

P. S. Ce feuilleton était écrit quand le journal le Droit nous a apporté une petite nouvelle qui est de circonstance. Le nommé Rouvreuze, médecin, vient d'être condamné, par la cour d'assises de la Seine, à six années de réclusion, pour viol commis sur une malade soumise à sa visite. M. Rouvreuze était attaché à une des officines qui portent le nom de *Raspail* sur la devanture, et là, dans l'arrière-boutique, il donnait, moyennant 1,200 francs par an *et une remise sur le prix* des médicaments, des consultations *gratuites*.

A. D.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

On sait que, depuis une huitaine d'années, M. H. Carnot a déclaré la guerre à la vaccine, contre laquelle il a dirigé les efforts d'une statistique opiniâtre. La Gazette hebdomadaire, *après s'être pendant quelque temps mêlée au débat, avait pris la résolution de s'abstenir jusqu'à production de documents nouveaux. Sur ces entrefaites, M. le docteur Bertillon publia dans l'*Union médicale, *contre les assertions de M. Carnot et de ses adhérents, un travail qui a eu un véritable retentissement, et nous a paru d'ailleurs placer la discussion sur son vrai terrain. Nous crûmes devoir donner une analyse de ce travail (voy. t. II, p. 915). A son tour, M. Carnot, usant d'un droit bien légitime, a pris occasion de notre analyse pour exposer de nouveau, dans deux notes successives, sa doctrine et ses arguments. L'autorité que M. Bertillon s'est acquise en cette matière nous a engagé à livrer le travail de M. Carnot à son examen, et c'est le résultat de cet examen que nous publions ci-après. Nos lecteurs auront ainsi en abrégé les éléments essentiels de la question.*

A. D.

Discussion sur la vaccine, à l'occasion de plusieurs lettres de M. H. Carnot, par M. le docteur Bertillon.

Nous voyons avec plaisir M. H. Carnot réédifier sa doctrine : nous suivrons avec intérêt ses déductions ; nous entendons seulement prendre notre temps dans cet examen. M. Carnot est retraité et nous ne jouissons pas encore de cet avantage ; il puise sans déplacement dans les riches bibliothèques de la capitale, nous n'avons pas ce privilége ; il a plusieurs disciples dont on sait le zèle, et nous sommes seul à nous occuper de la partie statistique. De notre côté, nous tâcherons de rester dans les termes d'une polémique permise. Pouvons-nous compter sur la réciprocité dans le camp opposé ? Pour en être plus certain, nous tairons les noms de ceux qui nous ont donné ou qui nous donneraient le droit d'en douter. Cela étant bien entendu, nous livrons tout de suite et la première lettre de M. Carnot et les réflexions que cette lettre nous suggère.

Monsieur,

J'ai répondu à MM. Ch. Dupin et Villermé, membres de l'Institut ; mes quelques élèves suffisent, et au delà, pour répondre à leurs confrères. Je pourrais donc m'abstenir.

Si toutefois vous désirez aussi que la lumière se fasse, comme le demandait l'*Union médicale* le 8 décembre dernier, je suis tout disposé à y contribuer. C'est dans ce but que j'ai l'honneur de vous adresser préalablement cet article.

MORTALITÉ RELATIVE. — DANGER DE MORT.

La différence essentielle de ces deux expressions est généralement inconnue des médecins, et il résulte des erreurs graves de cette confusion.

Pour fixer les idées, supposons qu'on demande quelle était, au XVIIIe siècle, entre vingt et trente ans, la mortalité relative, et quel était le danger de mort.

Admettons que, de 100 individus de vingt ans, 90 survivaient à trente. La mortalité relative *annuelle* était de 1 pour 100.

Admettons, en outre, avec Deparcieux, qu'entre ces deux âges la *courbe de vie* était une ligne droite, ou, en d'autres termes, que les décès suivaient la progression arithmétique : 1, 2, 3..., jusqu'à 10, en dix ans. Dès lors, la population correspondante était évidemment représentée par un *trapèze* dont la base supérieure était 100, l'inférieure 90 et la hauteur 10. La surface était donc de 950 ; c'est-à-dire que, sur 950 habitants de vingt à trente ans, il en mourait annuellement 10. Le danger de mort était de 1 pour 95.

Donc : 1° *Le danger de mort est toujours plus grand que la mortalité relative.*

Je dis *toujours*, car si, au lieu d'être une ligne du premier ordre, la *courbe de vie* était d'un degré supérieur, la population serait moindre.

Admettons, maintenant, que de nos jours la *courbe de vie* soit encore une ligne droite à cet âge, mais que la mortalité relative soit de 2 pour 100.

Le *trapèze*, dont l'aire représente la population, aura alors une base supérieure toujours égale à 100, une base inférieure égale à 80, et la population sera de 900 habitants, dont 20 mourront, en moyenne annuelle. Le danger de mort sera de 1 pour 45.

Ainsi, la mortalité relative augmentant dans le rapport de 1 à 2, le danger de mort s'accroît dans le rapport de 9 à 19, *au moins*.

Je dis *au moins* pour prévenir le cas où la *courbe de vie* ne serait plus aujourd'hui une ligne droite, comme au temps de Deparcieux.

Donc : 2° *L'accroissement de la mortalité relative indique,* AVEC CERTITUDE, *un accroissement* PLUS GRAND *dans le danger de mort.*

Cela posé et bien compris :

Pour connaître la mortalité relative à une époque, *il suffit* d'un relevé mortuaire contemporain, tandis que, pour connaître le danger de mort, il faut, en outre, un dénombrement par âges ou une hypothèse sur la nature de la *courbe de vie.*

J'ai toute confiance dans les relevés mortuaires ; j'en ai peu dans les dénombrements par âges, et point du tout dans les hypothèses. Les géomètres n'acceptent pas de fausse monnaie !

C'est pourquoi je me suis borné jusqu'à présent, dans mes divers mémoires, à comparer, avant et après la vaccine, la mortalité relative, *bien certain* de ne présenter ainsi au public que des résultats *inférieurs* à la vérité.

En pareille circonstance, tel m'a paru être le devoir d'un bon citoyen. S'il est permis à celui qui apporte à son pays la nouvelle d'une victoire d'en exagérer les avantages, il doit, au contraire, en cas de défaite, atténuer la vérité, sans cependant mentir ! Le mensonge est toujours dangereux, et la sécurité trompeuse qu'il donne momentanément à une nation est cruellement rachetée par les ruines qu'en semblable occasion elle voit d'année en année s'accumuler autour d'elle.

Veuillez agréer, etc. H. Carnot.

Nous ne pouvons accepter de ces prémisses de M. H. Carnot ni l'arithmétique ni le langage. En effet, il nous dit : « Si, sur 100 individus de 20 ans, 90 survivent à 30 ans, » la mortalité relative *annuelle* est de 1 p. 100. »

La mortalité *relative !* Relative à quoi ? Cette expression exigerait un régime exprimé ou sous-entendu par une explication préalable, que nous ne trouvons pas dans la note de M. Carnot ; ou plutôt l'expression *mortalité relative* est une redondance : c'est comme si l'on disait rapport relatif. Pour tous les auteurs, pour le Dictionnaire de l'Académie comme pour les statisticiens, la mortalité est « le rapport moyen » des décès à la population (1). »

Voilà pour le langage ; voyons maintenant l'arithmétique.

Notre contradicteur suppose que 100 vivants se réduisent à 90 en dix ans, soit en *moyenne annuelle* UN décès par an. Mais UN décès pour quelle population ? Est-ce pour 100 vivants ? Non, c'est là un *maximum* qui n'existe que la première année. Est-ce sur 90 ? Pas davantage, puisque c'est le minimum de la population. Il est clair que puisque UN est

(1) Guillard, *Démographie*, p. 206.

le nombre *moyen annuel* des décès, *on ne peut le comparer* qu'à la population MOYENNE *annuelle*, c'est-à-dire à 95 $\left(\text{car } \frac{100+90}{2} = 95\right)$, sans qu'il soit besoin d'un trapèze pour expliquer et comprendre cela. Les mêmes réflexions s'appliquent textuellement au second exemple de M. Carnot. *Sa* mortalité *relative* de 2 pour 100, soumise aux lois de l'arithmétique, devient une mortalité de 2 sur 90, puisque 90 est la population *moyenne* de la période décennale qu'il considère, et par conséquent la seule qu'il puisse comparer aux décès moyens annuels. Ainsi la mortalité « relative annuelle » moyenne, ou simplement la mortalité, sera de UN sur 95 dans le premier cas, et de UN sur 45 dans le second, absolument comme le danger de mort, de sorte que nous maintenons que la différence de ces deux expressions (mortalité et danger de mort), inconnue aux médecins, dit M. Carnot, l'est aussi aux statisticiens. Si nous nous trompons, nous le prions de nous citer ses auteurs comme nous lui avons cité les nôtres.

Mais enfin qu'entend donc M. Carnot par sa mortalité *relative*, laquelle n'est pas relative à la population moyenne?

Nous croyons être rigoureusement fidèle à sa pensée en définissant *cette mortalité relative :* le résultat de la comparaison du *nombre moyen* des décès (UN décès) avec le *nombre* NON *moyen* des vivants (mais avec leur maximum 100)!

Ce n'est pas notre faute si cette définition est un barbarisme arithmétique.

« Les géomètres n'acceptent pas de fausse monnaie! » nous dit M. Carnot. Fort bien; c'est pourquoi nous voudrions l'empêcher d'en fabriquer sans le savoir, et de nous la passer : ce qu'il fait savamment en encadrant de trapèze et de *courbes qui sont des lignes droites* une erreur arithmétique.

Enfin M. H. Carnot nous dit :

« Pour connaître la mortalité relative à une époque, *il* » *suffit* d'un relevé mortuaire contemporain, tandis que pour » connaître le danger de mort il faut, en outre, un dénom- » brement par âge ou une hypothèse sur la courbe de vie. »

Une hypothèse *sur la courbe de vie?*

M. Carnot croit-il que la plupart des médecins, auxquels il dit s'adresser, comprendront ce que cela veut dire? Nous osons en douter. Nous pensons bien pourtant que son intention a été d'être compris. Il aurait dû dès lors dire simplement :

« Pour connaître le danger de mort, il faut, outre le relevé mortuaire, un dénombrement par âge des vivants; ou bien il faut construire préalablement, au moyen de certaines hypothèses (population stationnaire, par exemple), une table de survie ou une table de population (1). »

Dans ce langage, M. Carnot eût été généralement entendu; mais alors il était pris en flagrantes et multiples contradictions.

Comment! Vous dites que, pour apprécier *votre* mortalité *relative*, vous n'avez besoin que de la mortuaire, et dans l'exemple que vous nous avez donné plus haut vous l'avez déduite, non d'une mortuaire, mais d'une table de survie (2)!

(1) La *table de survie* suppose que, un certain nombre de naissances étant donné, on les suive d'âge en âge en notant les survivants.

La *table de population* dit combien on compte de vivants à chaque âge; elle n'a d'autre prétention que d'exprimer ce fait. Si la mortalité et les naissances étaient immuables, elle se confondrait avec la table de survie.

(2) *La mortuaire*, ou *table mortuaire*, indique le décès à chaque âge pendant une période déterminée.

Vous avez supposé que 100 âgés de vingt ans étaient réduits en dix ans à 90 âgés de trente ans; ce n'est pas là un relevé mortuaire, j'imagine, mais bien une table de survivance.

Quoi! auriez-vous encore la prétention d'apprécier, *comme autrefois* (1), la mortalité (relative ou non relative) en ne considérant que le nombre des décédés, sans les comparer au nombre des vivants *qui les ont fournis?*

Que diriez-vous de votre contradicteur, simple médecin de campagne, si, pour prouver son habileté, il disait qu'il n'a perdu cette année que 4 enfants, tandis que M. Blache en a perdu 45! Les chiffres pourraient être vrais, mais la conclusion serait ridicule (Plût à Dieu que nous pussions en perdre autant!). Telle est pourtant votre opération quand vous et quelques-uns de vos *élèves* imaginez apprécier la mortalité à différentes époques par la seule considération des décès, et cela pour obtenir une mortalité RELATIVE! A quoi sera-t-elle donc relative, si ce n'est aux vivants? Et si c'est relativement aux vivants, comme dans vos exemples, par quelle contradiction dites-vous que, pour apprécier *cette* mortalité *relative*, vous n'avez besoin que d'un relevé mortuaire?

Y a-t-il donc là une erreur de votre rédaction ou de notre entendement? Mais non, puisque vous réitérez plus bas que vous avez toute confiance dans les relevés mortuaires, et aucune dans les résultats des calculs et hypothèses destinés à remplacer les tables de dénombrements par âge (tables de survie et de population). Et pourtant c'est sur une table de survie que vous vous êtes appuyé pour calculer vos mortalités relatives de 1 pour 100, de 2 pour 100! Hé! quand on a une table de survie qui vous inspire confiance, on ne s'amuse pas à des considérations aussi peu arithmétiques que celle de *votre* mortalité prétendue relative; on calcule tout de suite la vraie mortalité, le danger de mort. Mais vous ne croyez pas aux recherches destinées à remplacer le dénombrement par âge, recherches dénommées par vous *hypothèse sur la courbe de vie*, et qui, dans la langue vulgaire, s'appellent tables de survie, tables de population.....

Nous nous répétons, et notre rédaction tourne dans *la courbe* de vos contradictions sans trouver une issue.

Nous ne nous élevons pas pourtant contre le doute *cartésien* que vous avez à l'endroit des tables, résultats du calcul, et qui ont la prétention de donner la distribution des vivants à chaque âge. Nous en *prenons acte*, au contraire, et nous sommes curieux de savoir comment vous apprécierez la mortalité aux différents âges avec les *seules* mortuaires; comment vous la calculerez *dans la ville de Paris* avec les *seules* mortuaires, SANS HYPOTHÈSES NI DÉNOMBREMENT!

Concentrons et rapprochons les conclusions de M. Carnot, afin d'en faire sentir toute l'originalité.

1° Un relevé mortuaire *suffit* pour apprécier la *mortalité relative*. (Ainsi appelée apparemment par ce qu'elle n'est pas relative aux vivants.)

2° La *mortalité relative* s'apprécie par la comparaison du *nombre* MOYEN des décès avec le *nombre* NON MOYEN des vivants *donné* par une *table de survivance*. (Dans ce cas, la mortalité est dite *relative*, à cause de la relation hardie ci-dessus indiquée.)

3° Les *tables de survivance* et de population n'ont aucune valeur, *car* ce sont elles qui *déterminent cette courbe de vie*, résultat hypothétique des calculateurs; et les dénombrements par âge ne valent pas beaucoup mieux.

(1) *Union médicale*, 8 décembre 1855.

Ces prémisses étant posées, trouver à différentes périodes la mortalité de la ville de Paris ! ! !

Quel est l'Œdipe qui résoudra ce problème? Quel est le don Quichotte qui entreprendra cet exploit ?

Pour nous, nous conclurons :

1° Que la mortalité (qui est toujours relative) et le danger de mort sont deux points de vue d'une *seule et même chose ;*

2° Qu'il n'y a qu'une méthode d'apprécier la mortalité ou danger de mort aux diverses périodes de la vie : c'est de comparer le nombre des décédés de chaque âge au nombre des vivants qui les fournissent. Si l'un des deux termes de ce rapport est inconnu, la mortalité est inconnue ; s'il est imparfaitement ou hypothétiquement connu, le danger de mort est imparfaitement ou hypothétiquement connu, etc.

3° Que la *mortalité relative* de M. Carnot est le résultat d'une faute d'arithmétique exprimée par une faute de langage.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je suis heureux de voir qu'une méprise m'a fait attribuer à M. Chauffard des opinions et des préjugés qu'il n'a pas.

Je reconnais qu'en remplaçant, dans sa thérapeutique des fièvres intermittentes, le sulfate de quinine par le quinquina en substance, il a eu l'intention de provoquer une action plus douce que celle qu'exercent les sels de quinine, et surtout d'y adjoindre l'influence d'une puissance tonique.

Cet habile collègue me permettra néanmoins de lui faire observer qu'il est quelque peu cause de l'erreur dans laquelle je suis tombé à son égard, attendu qu'il m'eût été bien difficile de deviner son intention par l'espèce de quinquina qu'il a cru devoir substituer aux sels de quinine.

En effet, pour agir, non pas plus fortement que ces sels, mais autrement qu'eux, il a fait choix précisément du quinquina jaune, l'espèce dont le mode d'action est la plus rapprochée que possible de celle des sels de quinine et la plus éloignée de la puissance tonique.

Le quinquina jaune, contenant de 30 à 40 grammes de quinine par kilogramme d'écorce, et seulement 15 p. 100 de matière extractive, est l'espèce la plus riche en propriétés fébrifuges et la plus pauvre en propriétés toniques.

Il est probable que j'aurais mieux compris son intention si je l'avais vu se servir dans ce cas, comme le recommande le Codex, du quinquina gris, qui ne contient que 10 à 12 grammes par kilogramme de cinchonine, l'alcali le plus doux, mais qui aussi renferme, en revanche, 25 p. 100 de matières astringentes, qui en font l'espèce de quinquina la plus tonique de toutes.

Il eût été plus dans les règles, et je n'eusse point été exposé à me trouver en dissentiment avec un médecin dont le mérite et le talent reconnus de tout le monde le sont aussi de moi.

Veuillez agréer, etc., BRIQUET.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac*, par M. *Cruveilhier*. — Dans la première partie de ce travail, l'auteur cherche à établir qu'il existe une maladie de l'estomac qui est anatomiquement caractérisée par un ulcère simple de cet organe. Cet ulcère consiste dans une perte de substance, ordinairement circulaire, à bords indurés, coupés à pic ou en talus, à fond grisâtre et également induré, de dimension variable depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centimètres de diamètre.

Cette maladie, ou plutôt cette lésion, qui paraît assez fréquente, est essentiellement différente de l'ulcère cancéreux de l'estomac, avec lequel elle avait été confondue jusque dans ces derniers temps, et avec lequel elle est encore tous les jours confondue dans la pratique.

En opposition avec le cancer de l'estomac, qui suit fatalement sa marche envahissante et destructive, et qui, dans l'état actuel de la science, est marqué au sceau de l'incurabilité la plus radicale, l'ulcère simple de l'estomac tend essentiellement à la guérison.

L'ulcère simple de l'estomac est susceptible d'une cicatrisation parfaite, et cette cicatrisation se fait, non à l'aide d'une membrane muqueuse accidentelle, mais bien à l'aide de la production d'un tissu fibreux, très résistant, très dense, qui diffère essentiellement du cancer squirrheux, avec lequel il avait été confondu.

Lorsque l'ulcère simple, après avoir détruit toutes les tuniques de l'estomac, a franchi les limites de cet organe, la perte de substance est réparée par les organes environnants, que recouvre un tissu cicatriciel, et qui finissent eux-mêmes quelquefois par participer au travail d'ulcération.

La gravité de l'ulcère simple de l'estomac survit en quelque sorte à sa guérison, attendu que la cicatrice de cet ulcère est souvent le siége d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidents de la maladie.

L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes des vomissements noirs et des déjections noires, et la cause la plus ordinaire de la mort par gastrorrhagie, avec ou sans hématémèse. M. Cruveilhier divise les gastrorrhagies en faibles, en moyennes et en foudroyantes. L'hémorrhagie faible est presque inévitable dans l'ulcère simple jusqu'à la formation de la cicatrice. Le sang est fourni dans ce cas par une foule de petits vaisseaux érodés et coupés à pic à la surface de l'ulcère. La source la plus ordinaire des gastrorrhagies graves, et surtout des gastrorrhagies foudroyantes, c'est la perforation de l'artère splénique ou de l'artère coronaire stomachique.

L'ulcère simple de l'estomac est la cause la plus ordinaire de la mort par perforation spontanée de cet organe.

Ces deux grands accidents, l'hémorrhagie et la perforation, ont plus souvent lieu *consécutivement*, c'est-à-dire par l'ulcération de la cicatrice, que *primitivement*, c'est-à-dire pendant la formation de l'ulcère.

M. Cruveilhier se propose, dans une seconde lecture, d'exposer : 1° les caractères de physiologie pathologique à l'aide desquels on peut reconnaître cette maladie au lit du malade ; 2° les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut la guérir. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches expérimentales sur la production d'une affection convulsive épileptiforme, à la suite de lésions de la moelle épinière*, par M. *Brown-Séquard*. — L'auteur, par de nombreuses recherches, s'est assuré que cette affection convulsive peut se produire à la suite des lésions suivantes : 1° section transversale complète ou presque complète d'une moitié latérale de la moelle épinière ; 2° section transversale simultanée des cordons postérieurs, des cornes grises postérieures et d'une partie des cordons latéraux ; 3° section transversale des cordons postérieurs seuls ; 4° section transversale des cordons latéraux ; 5° section transversale des cordons antérieurs ; 6° section transversale de la moelle épinière tout entière dans les régions dorsale ou lombaire ; 7° piqûre de la moelle épinière.

Les lésions de la moelle paraissent être de moins en moins capables de produire l'affection épileptiforme, à mesure qu'elles sont faites plus près de l'extrémité caudale.

L'époque d'apparition de cette affection se trouve presque toujours dans la troisième semaine après l'opération.

Les convulsions ont lieu quelquefois sans excitation extérieure ; mais on peut, en général, les provoquer très aisément, soit en irritant un des côtés de la face, dans les cas où la lésion n'existe que sur une moitié latérale de la moelle, ou les deux côtés indifféremment quand les deux moitiés de la moelle ont été lésées ; soit encore en empêchant l'animal de respirer pendant un temps très court.

Cette affection convulsive ressemble beaucoup à l'épilepsie : elle ne paraît en différer qu'en ce que l'animal crie pendant l'accès, si on le pince. L'auteur a constaté que le nombre des accès augmentait considérablement chez les animaux qu'il enfermait dans un étroit espace et auxquels il donnait beaucoup de nourriture.

A l'autopsie des animaux atteints de cette affection convulsive, M. Brown-Séquard a trouvé, outre la lésion artificielle de la moelle, un état de congestion de la base de l'encéphale et du ganglion de Gasser, des deux côtés quand la lésion existait sur les deux côtés de la moelle épinière, et seulement du côté de la lésion quand elle n'existait que sur une moitié latérale de la moelle.

Des faits rapportés dans ce travail l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire, chez les mammifères, une affection convulsive ayant beaucoup d'analogie avec l'épilepsie. Il semble, en conséquence, que, chez l'homme, ce n'est pas seulement par une simple coïncidence qu'on a rencontré des altérations de la moelle épinière chez les épileptiques. — 2° des lésions de la moelle épinière peuvent produire un changement tel dans la vitalité du nerf trijumeau ou de la partie de l'encéphale où ce nerf aboutit, que l'excitation des ramifications de ce nerf à la face occasionne des convulsions. De plus, la moitié droite de la moelle épinière a cette influence sur le nerf trijumeau ou l'encéphale du côté droit, et la moitié gauche de la moelle sur l'une ou l'autre de ces parties du côté gauche (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Chimie appliquée. — *Études chimiques du champignon comestible, suivies d'observations sur sa valeur nutritive*, par M. *Lefort*. — L'auteur s'est assuré, par des analyses nombreuses, que le champignon de couche, contrairement à ce qui a été avancé par Vauquelin, ne contient pas de matière animale proprement dite. L'eau et la cellulose forment ses parties prédominantes. Cependant, par les principes azotés et par le sucre et la mannite qu'il renferme, il forme encore un aliment plastique et réparateur très avantageux. Néanmoins, l'auteur le croit inférieur à beaucoup d'autres végétaux féculents, qui, peut-être moins riches en azote, sont plus facilement assimilables, et surtout aux haricots, auxquels on le compare. Sous le rapport de l'azote seulement, il vient se ranger entre le pain brun et les pois. (*Comm.* : MM. Payen, Decaisne, Peligot.)

Chirurgie. — M. *Velpeau* présente à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Carret*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, une note sur un appareil nouveau pour le traitement des fractures des membres. Cet appareil se compose d'une feuille de carton ramolli pour emboîter le membre, et de quelques tours de bande pour fixer le carton pendant sa dessiccation. En se durcissant, le carton s'amincit, se moule sur les parties et s'y colle, en les régularisant. Par son *retrait*, il exerce une légère compression permanente, en même temps qu'il devient inflexible et inamovible.

Choléra — M. le *ministre de l'instruction publique* transmet un mémoire de M. *Onésime Simon*, sur le traitement du choléra au moyen d'un remède de son invention.

— Recherches analytiques sur le sang de personnes mortes du choléra, par M. *Beretti*.

— Note sur le traitement du choléra épidémique, par M. *Delfraysse*, de Pradines (Lot).

Ces travaux sont renvoyés à la *Commission du legs Bréant*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Une notice de M. le docteur *Valat*, de Montpellier, sur une épidémie de choléra qui a sévi à Autun en 1855 — *b*. Le rapport final de M. *Dusouil* sur une épidémie cholérique qui a régné dans l'arrondissement de Melle en 1854. (*Commission du choléra.*) — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère en 1854. — *d*. Les rapports des médecins des épidémies pour les arrondissements de Lyon et de Villefranche sur les épidémies qui ont régné en 1854 dans ces arrondissements. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Une note de M. le docteur *Fiévet*, ex-médecin militaire, sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra. — *f*. Un mémoire de M. le docteur *Rouband*, de Visan (Vaucluse), sur le traitement des fièvres intermittentes. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g*. Une demande d'avis et d'analyse de la source des Dames située à Cussel, près Vichy. — *h*. Une demande en autorisation d'exploitation de trois sources minérales situées à Barbazan (Haute-Garonne). (*Commission des eaux minérales.*) — *h*. Une lettre par laquelle le ministre informe l'Académie que, conformément aux conclusions du rapport adopté dans les séances du 20 et du 24 novembre 1855, il met à la disposition de la savante compagnie cinq médailles d'argent et cinq médailles de bronze pour les médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies en 1854. — *i*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département des Ardennes. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre qui annonce la mort de M. le docteur *Rétif*, membre correspondant de l'Académie à Sens. — *b*. Un paquet cacheté sur un nouveau procédé d'électro-puncture adressé par M. le docteur *Boulu*. — *c*. Des lettres de MM. *Grassi*, *Robiquet* et *Langlois*, qui demandent à être portés sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. (*Renvoi à la section.*)

Lectures et Mémoires.

Chimie médicale. — M. *Poggiale* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale*. Le sucre fourni par les aliments, ou formé par le foie, ne se rencontre jamais à l'état normal dans les sécrétions naturelles. Il disparaît donc dans l'économie pour y remplir des fonctions de calorification que la science moderne a déterminées : l'oxygène de l'air inspiré se combine, suivant la plupart des chimistes, avec l'hydrogène du sucre pour former de l'eau ; un autre équivalent d'hydrogène est remplacé, par substitution, par un équivalent d'oxygène, et il se forme de l'acide carbonique. D'autres chimistes admettent que le concours de l'oxygène et des carbonates alcalins est nécessaire pour la destruction du sucre ; il en résulte alors des sels organiques qui se transforment en eau et en acide carbonique. Comme conséquence, on suppose que, dans le *diabète*, le passage du sucre dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang. Cette opinion a été soutenue particulièrement par M. Mialhe : elle est fondée sur les réactions offertes par la glycose en dehors de l'organisme. M. Poggiale a institué des expériences dans le but de vérifier ces faits.

Dans une première série d'expériences, l'auteur nourrit des chiens adultes avec de la viande et du bouillon additionnés de 20 à 120 grammes de bicarbonate de soude : il soumet les chiens aux inspirations du chloroforme ; il ouvre l'abdomen ; il analyse avec soin le sang extrait de l'artère crurale, de la veine cave inférieure, des veines hépatiques, et celui qu'on retire directement du tissu du foie. Il constate alors que le sang des animaux nourris de viande avec ou sans bicarbonate de soude contient sensiblement la même quantité de sucre, les urines étaient fortement alcalines. La transformation du sucre en eau et en acide carbonique n'est donc pas favorisé, comme on l'a cru, dans l'économie par la présence d'une proportion considérable d'alcalis. L'expérience a même confirmé un des faits annoncés par M. Bernard, à savoir que le sang des animaux (même de ceux qui sont soumis à l'action du bicarbonate de soude), fournissait d'autant moins de sucre, qu'il était recueilli plus longtemps après le repas.

Dans une deuxième série d'expériences, M. Poggiale a cherché à déterminer la quantité de sucre contenue dans le sang des animaux nourris avec des aliments féculents ou sucrés, mêlés au bicarbonate de soude. Cette nouvelle étude a confirmé les résultats qui viennent d'être rapportés. Sur trois chiens soumis à ce régime et sacrifiés trois heures après le repas, M. Poggiale a trouvé des quantités notables de sucre dans le sang de la veine cave inférieure,

de l'artère carotide, dans le tissu du foie et même dans les urines.

D'où l'auteur conclut que le sucre peut exister dans le sang et dans les urines, même en présence des alcalis. Ces expériences démontrent également, comme M. Bernard l'avait déjà prouvé, que le foie et le sang des animaux nourris avec des matières féculentes ou sucrées ont donné des proportions de sucre qui s'éloignent peu les unes des autres. Il n'existe donc pas de rapport direct, comme on l'a cru, entre la nature des aliments et la quantité de sucre contenue dans l'organisme. L'auteur a même observé, dans le cours de ces recherches, que, lorsqu'on soumet ces animaux à une abstinence complète, la glycose ne tarde pas à disparaître dans le sang qui a traversé les poumons. Mais si l'on détermine en même temps le sucre contenu dans le foie, on voit que la proportion de ce principe décroît lentement et ne disparaît pas même chez les chiens à jeun depuis vingt-deux jours et voués à une mort certaine.

M. Poggiale a sacrifié deux chiens après huit jours d'une abstinence absolue ; il ne trouve pas de trace de sucre dans le sang de la veine porte ni dans celui de l'artère crurale. Le sang des veines hépatiques et le tissu du foie en contiennent encore des quantités notables ; il en conclut que la sécrétion du sucre par le foie persiste jusqu'à la mort ; qu'elle diminue sans doute comme les autres sécrétions, mais qu'elle ne disparaît pas.

Dans une troisième série d'expériences, à l'exemple de MM. Cl. Bernard et Lehmann, M. Poggiale injecte un demi-gramme de glycose dissous dans l'eau distillée, et il retrouve le sucre dans les urines. Dans une expérience comparative, on a injecté la même quantité de glycose additionnée de 1 gramme de bicarbonate de soude, et les résultats ont été identiques. Si l'on remplace le bicarbonate de soude par l'acide tartrique, le plus souvent le sucre ne paraît pas dans les urines. Il suit de là que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

Dans une quatrième série d'expériences, l'auteur s'est proposé d'étudier avec soin l'action des alcalis, des carbonates et des bicarbonates alcalins sur la glycose en dehors de l'organisme. Ces recherches permettent d'affirmer que, dans le laboratoire comme dans l'organisme, les bicarbonates alcalins n'agissent pas sur la glycose, et qu'il faut élever la température du mélange à 95° pour que l'action ait lieu.

M. Poggiale termine par cette conclusion, que la quantité d'alcali n'étant ni augmentée ni diminuée dans une foule de cas où la glycose passe dans les urines, ce phénomène est dû plutôt à une oxydation incomplète du sucre par suite d'une lésion du système nerveux. (*Commission déjà nommée* pour l'examen d'un premier mémoire de M. Poggiale.)

Pharmacie. — M. *Bouchardat*, au nom d'une commission composée de MM. Bussy, Ricord et Bouchardat, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. *Laurent*, pharmacien, relatif à la préparation de divers médicaments à l'aide d'un *nouvel appareil pour la concentration dans le vide*. L'appareil de MM. Laurent et Eyrot fils occupe un emplacement très limité ; une seule personne peut le manœuvrer ; il peut être utilisé comme appareil distillatoire, et enfin il est d'un prix modéré. M. Laurent retire particulièrement de grands avantages de cet appareil pour la préparation des extraits, des alcoolats, des eaux distillées, et pour la rectification et la purification des alcools.

La commission propose de remercier l'auteur de son intéressante communication. (*Adopté.*)

Pathologie interne. — M. *Blache* donne lecture d'une *observation de leucoémie splénique à forme hémorrhagique*. L'auteur résume d'abord en peu de mots l'état de la science sur cette affection. Soupçonnée par Haller, entrevue par M. le professeur Bérard, la maladie dont il s'agit n'a pris véritablement place dans les cadres nosologiques que depuis 1845, où M. Virchow, en Allemagne, MM. David Craigie et H. Bennett, en Angleterre, publièrent leur travail sur la matière. Pourtant, M. Virchow seul reconnut alors la nature véritable de l'altération du sang, en constatant une augmentation considérable des globules blancs et une diminution correspondante des globules rouges ; enfin, le premier, il prononça le nom de *leucoémie*. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées en Allemagne, en Angleterre et en France.

M. Virchow, dans un ouvrage récent, distingue deux variétés de leucoémie. La première, qu'il nomme *splénique*, est caractérisée par une hypertrophie constante de la rate et une hypertrophie presque constante du foie, la distension énorme des grosses veines du tronc, celle du cœur droit, par un sang blanchâtre plus ou moins décoloré, avec augmentation considérable des globules blancs proprement dits ou leucocytes. La deuxième variété, ou leucoémie *lymphatique*, est caractérisée par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, par des tumeurs ganglionnaires à la région axillaire, à la région cervicale, sans nulle altération du foie ni de la rate. Dans cette variété, le sang contient une quantité considérable de *globulins* ou corpuscules incolores semblables à ceux de la lymphe.

En outre, M. Virchow décrit deux formes différentes de la maladie, sans dire si elles répondent à l'une ou à l'autre variété anatomique : 1° Une forme *fébrile*, caractérisée par la fièvre hectique, des troubles digestifs, la diarrhée, etc ; 2° une forme *hémorrhagique*, caractérisée par des hémorrhagies abondantes à l'intérieur ou à l'extérieur, et qui amènent promptement la mort.

L'observation suivante est relative à une lucoémie splénique, à forme hémorrhagique.

Obs. — Léon Tesnier, treize ans, entré le 26 octobre 1855 à l'hôpital des Enfants, a été atteint dans son pays de plusieurs accès de fièvre intermittente.

Habitude extérieure. — Maigreur et pâleur excessives ; faiblesse générale ; douleurs dans le ventre, qui est gros, mais sans trace d'ascite. Hypertrophie considérable de la rate et du foie constatée par la palpation et la percussion. Larges ecchymoses autour des malléoles ; taches nombreuses de purpura sur la partie antérieure de la poitrine.

Fonctions. — Toux rare ; râles muqueux disséminés en différents points de la poitrine. — Battements du cœur normaux. — Aucun bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. — Peau sans chaleur. — Pouls régulier, sans fréquence.

Traitement. — Tisane amère ; fer réduit, 10 centigr.; vin de quinquina. Nourriture substantielle.

10 novembre. Anasarque et ascite ; urines fortement albumineuses, mais claires, limpides, sans aucune trace de sang. — 11 et 12. Diminution de l'anasarque. — 13. Aucun signe d'ascite. Urines moins albumineuses. — 14. Aucune trace d'albumine dans les urines. — 15. Ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales. — 23. Étourdissements ; douleurs de tête ; toux fréquente, râles abondants ; fièvre. — 25. Nouvel épanchement sous-conjonctival ; épistaxis légère ; moins de fièvre. — Les jours suivants, les épistaxis se reproduisent, la faiblesse générale augmente.

1er décembre. Augmentation notable du volume du foie. On pratique au malade une piqûre légère, d'où l'on retire 6 grammes de sang pour l'étude. — 4. Pouls petit ; un peu de surdité. — 5. Vomissements bilieux abondants ; coma profond ; puis insensibilité et résolution des membres ; râle trachéal. Pouls fort, 96 pulsations, 36 respirations par minute. — Saignée, 50 grammes. Mort à dix heures du matin.

Autopsie quarante-six heures après la mort. — Rigidité cadavérique ; bouffissure des joues ; ecchymose des paupières ; taches purpurines sur le thorax.

Cavités encéphalique et rachidienne. — Les espaces sous-arachnoïdiens sont pleins d'une sérosité trouble, rougeâtre, analogue au sérum du sang recueilli dans la saignée faite avant la mort. Les ventricules latéraux contiennent chacun un caillot allongé, mou, diffluent, d'une teinte vineuse ; ces caillots se prolongent en avant dans le ventricule médian par les trous de Monro très dilatés ; en arrière, ils descendent vers l'étage inférieur, qui en est rempli. Du ventricule médian, le caillot se prolonge à travers l'aqueduc de Sylvius jusque dans le quatrième ventricule, qu'il remplit tout entier ; il occupe le sillon postérieur de la moelle allongée. Les ventricules sont encore remplis par une abondante sérosité ; des hémorrhagies capillaires se montrent çà et là sur leurs parois.

La cavité rachidienne et la moelle n'offrent aucune altération,

depuis le trou occipital jusqu'à la troisième vertèbre dorsale ; mais, à partir de celle-ci jusqu'au sacrum, on trouve une hémorrhagie méningée et des caillots siégeant entre la dure mère et les arcs vertébraux.

Cavité thoracique. — Tissu cellulaire sous-sternal infiltré de sang. Pas d'épanchement dans les plèvres. Persistance du thymus, fortement congestionné. Les troncs veineux sont très distendus.

Péricarde rempli d'une sérosité sanguinolente. Surface du cœur pâle, parsemée de quelques ecchymoses ponctuées. Cœur dilaté ; caillots diffluents dans les ventricules. Pas de lésion des orifices.

Légère congestion à la base des poumons, avec coloration rouge à la coupe.

Cavité abdominale. — Pas d'épanchement dans le péritoine ; ecchymoses sous-péritonéales.

Le foie, énormément hypertrophié, descend jusqu'au cæcum à droite, et son lobe gauche touche la rate. Il pèse 2 kilogrammes 491 grammes. Il est d'une teinte rose pâle ; à la coupe, d'une coloration d'un gris rougeâtre analogue à celle de la rate. Sa consistance est molle ; par l'écrasement, il se réduit en une sorte de pulpe comparable à la boue splénique.

La rate est énorme ; elle pèse 626 grammes ; elle est d'une couleur rosée, et d'un rouge lie de vin pâle à la coupe. Le tissu est ferme, mais très friable.

La veine porte laisse écouler une grande quantité de sang boueux d'un brun rougeâtre.

Les reins, enveloppés d'un tissu cellulaire fortement ecchymosé, sont hypertrophiés. Épanchements sanguins assez considérables dans les calices et les bassinets.

Des ecchymoses s'observent sous les tuniques séreuse et muqueuse de la vessie.

La muqueuse intestinale ne présente rien de remarquable, si ce n'est une extrême pâleur.

Examen microscopique et chimique du sang (par MM. Ch. Robin et Isambert). — Le sang était d'une couleur lie de vin analogue à la boue splénique ; le caillot était mou et diffluent. Le sérum contenait un grand nombre de granulations graisseuses qui lui donnaient une teinte laiteuse. Le sérum du sang défibriné donnait par le repos une couche crémeuse qui venait surnager sur les globules. Les globules rouges étaient deux fois moins nombreux que les globules blancs. Ce n'était pas la proportion des globules blancs ou leucocytes proprement dits qui était augmentée, mais celle des globulins, qui sont aux leucocytes ce que les noyaux libres en général sont aux cellules en général.

L'analyse chimique a montré : Une augmentation notable de la proportion d'eau ; une diminution des matériaux solides du sérum ; une diminution plus notable encore des globules rouges ; une augmentation considérable des matières grasses ; une diminution de la fibrine.

M. *Caventou* rappelle que, il y a plus de vingt ans, il a soumis à l'analyse un *sang blanc* qui provenait d'un malade observé par M. Gendrin. L'observation a été publiée dans les *Annales de chimie et de physique*. Berzelius a inséré ce fait dans la première édition de son *Traité de chimie*, et il n'eût pas manqué de revendiquer pour les Allemands la priorité de cette découverte, si en effet il avait été publié antérieurement quelque chose sur ce sujet en Allemagne.

Ce sang blanc ne contient qu'une petite quantité de globules rouges ; la chaleur en coagule l'albumine, mais cette albumine paraît s'éloigner notablement de l'albumine normale par quelques-unes de ses propriétés ; l'acide chlorhydrique concentré ne le colore pas en bleu.

M. *Lecanu* a également observé, en 1830, un sang blanc dont la coloration était surtout déterminée par la présence d'une grande quantité de globules de graisse. C'est là un fait fort commun.

M. *Chatin* : J'ai analysé, il y a sept ou huit ans, à l'hôpital Beaujon, le sang d'un malade de M. Sandras, et j'ai publié cette analyse. M. Caventou a observé du sang blanc albumineux : le mien devait sa coloration à un corps gras qui, par le repos, venait s'amasser à la surface et donnait avec l'éther une solution transparente. Il paraîtrait donc y avoir du sang blanc de deux sortes, au moins.

M. *Collineau* a observé, il y a déjà bien longtemps, du sang rouge au sortir de la veine, qui devenait blanc par le repos et le refroidissement.

M. *Gibert* prétend qu'il n'y a aucun rapport entre les observations que l'on vient de citer et celle de M. Blache. Rien n'est plus commun que cette altération du sang dans la cachexie aqueuse qui accompagne le purpura. La priorité de la découverte n'appartient ni aux Allemands ni aux Anglais. Le nom de *leucoémie*, inventé par Virchow, ne sert qu'à mettre en saillie un des symptômes de la maladie qui n'est que secondaire.

M. *Caventou* n'a eu d'autre but que de rectifier l'assertion de M. Blache à propos de l'historique du sang blanc, et rappeler que le fait qu'il avait eu l'occasion d'observer était antérieur aux travaux de M. Virchow et de M. Bennett.

M. *Guérard* : Il s'agit ici moins d'une question de chimie que d'une question de médecine. Ce qu'il y a de nouveau dans le sujet qui nous occupe, c'est la relation qu'on a trouvée entre la proportion des globules blancs et rouges et les résultats fournis par l'observation clinique. D'ailleurs, cette augmentation des globules blancs n'est pas apparente dans le sang qui sort de la veine, à moins peut-être d'un degré très avancé de la maladie : ce sang n'est pas blanc, il est rouge. L'altération spéciale ne se reconnaît qu'au microscope, et les phénomènes pathologiques conduisent à la rechercher. Les faits cités par MM. Caventou, Chatin, etc., se rangent dans une tout autre catégorie. La seule question en litige est la suivante : L'augmentation des globules blancs du sang donne-t-elle lieu à des phénomènes spéciaux constituant une maladie nouvelle ; ou bien, au contraire, les symptômes observés coïncidant avec cette augmentation de globules blancs ne dépendraient-ils pas de diverses cachexies, et en particulier de la cachexie paludéenne ?

A quatre heures, l'Académie se réunit en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er FÉVRIER 1856.

Rapport de M. *Jacquemin* sur un Mémoire de M. *Forget* sur la grenouillette.

Rapport de M. *Durand-Fardel* sur l'ouvrage de M. le docteur *Leroy* (Raoul), d'Étiolles, intitulé : *Des paralysies des membres inférieurs.*

Rapport de M. *Boys de Loury* sur un mémoire de M. le docteur *Desayvre*, intitulé : *Etudes médicales sur la manufacture d'armes de Châtellerault.*

Société anatomique.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Présentation de pièces. — Hydrocèle de la tunique vaginale ; kyste du cordon surmonté par un sac herniaire ; difficultés de diagnostic. — Petite tumeur anévrysmale, comblée par un caillot résistant, de l'artère hypogastrique, dont les parois présentent de nombreuses concrétions calcaires et quelques déchirures. — Main d'un individu ayant été grièvement blessé, il y a trente ans, par la rupture d'un fusil ; fractures et luxations de métacarpiens et de phalanges ; atrophie des muscles de l'éminence thénar. — Kyste de l'ovaire traité depuis six semaines par l'injection iodée ; formation de fausses membranes à l'intérieur. — Fracture du rocher gauche chez un enfant de quinze ans ; particularités relatives au siége et à la direction de la fracture. — Cancroïde du gland et de la verge amputé au fer rouge par M. Ricord. — Anévrysme disséquant très étendu de la crosse de l'aorte ; rupture dans le péricarde, mort instantanée. — Rétrécissements de l'œsophage chez une femme ayant avalé, il y a sept mois, de l'acide sulfurique ; inanition ; maigreur musculaire ; gangrène du poumon ; mort. —

Lecture et adoption du procès-verbal. — Communications relatives à la pièce d'étranglement interne présentée dans la séance précédente.— Calculs biliaires venant d'une femme de soixante-douze ans, qui les a rendus par une fistule pratiquée à l'aide de la potasse ; la malade est en voie de guérison. — Nécrose du radius et du cubitus ; régénération d'un seul os, qui est probablement le radius; amputation du membre. — Vieille coxalgie chez une fille scrofuleuse ; clapier et fistules stercorales ; une fistule fait communiquer le clapier avec l'intérieur de l'articulation. — Fracture multiple de la rotule ; vaste épanchement sanguin.

Le secrétaire, Trélat.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de M. le professeur A. Bonnet, par M. R. Philipeaux. Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, accompagné de 67 planches intercalées dans le texte. 1 vol. in-8 ; Paris, 1856, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le quart de siècle qui s'accomplit en ce moment a vu les deux périodes extrêmes de la fortune de la cautérisation. En 1830, le langage des cliniques officielles s'en tenait résolûment à son égard au pis-aller si explicite de l'aphorisme d'Hippocrate. Sous Dupuytren, les cautères ne paraissaient au jour qu'en cas de pustule maligne, pourriture d'hôpital ou carie invétérée. Et quant aux caustiques, on n'y connaissait guère que la pierre infernale, la potasse, le beurre d'antimoine, et les pâtes arsenicales.

Quelle révolution en moins de vingt-cinq ans ! Le progrès médical, s'imprégnant du positivisme qui présidait autour de lui à toutes les recherches scientifiques, a volontairement quitté la voie la plus brillante pour s'engager dans le sentier le plus sûr. Partout le bistouri le cède au fer rouge. Nul perfectionnement opératoire n'est viable s'il ne comprend, au moins dans l'un de ses temps essentiels, l'emploi de la méthode cautérisante. Dix caustiques nouveaux, de Filhos, de Velpeau, de Rivallié, de Pétrequin, de Vienne, de Landolfi, à l'acide nitrique monohydraté, à l'acide chromique, par l'électricité, etc., sont proposés pour répondre aux mille indications qui surgissent de cette renaissance. Par un entraînement significatif, le nom du plus méritant de ces inventeurs est devenu un substantif commun, car la pâte au chlorure de zinc s'appelle désormais *le Canquoin*. Enfin, la nécessité de grouper ces applications, de réunir en faisceau toutes ces découvertes, devient un besoin que les académies n'ont pu pressentir bien longtemps avant le public; car le succès assuré, presque consommé du livre de M. Philipeaux prouve assez qu'il est venu répondre à un vœu déjà impatiemment formé par tous ceux qu'intéressent les conquêtes de l'art de guérir.

De ce mouvement continu, progressif, si hardiment, si salutairement réformateur, où est le point de départ ? Quel fut le promoteur ? Pour ceux qui ne voient pas une révolution dans un fait isolé, mais dans une série d'actes intentionnels reliés par le principe qui en explique à la fois l'enchaînement et le succès, la réponse ne saurait être douteuse ; et M. Bonnet aura, par ses travaux, conféré à l'école lyonnaise l'honneur capital de cette réhabilitation. Depuis son mémoire sur la cure des varices par la potasse (1836) jusqu'à sa récente lecture à l'Institut sur la cautérisation des goîtres suffocants, dans ses études dogmatiques et cliniques si riches, si variées, un double but apparaît, poursuivi sans relâche : démontrer l'innocuité de la méthode cautérisante, comparativement aux autres procédés de diérèse ou d'exérèse chirurgicale; établir que la substitution de cette méthode est possible sans désavantage dans la plupart des cas où jusque-là l'instrument tranchant était seul employé.

Nous n'entrerons point — ce ne serait pas ici le lieu — dans le détail des preuves de tout ordre sur lesquelles le génie de M. Bonnet a su fonder la plus solide et la plus fructueuse des réformes contemporaines. Deux faits d'observation en diront plus à cet égard que toutes nos remarques. Le premier, c'est que malgré la lenteur, les souffrances, la difformité consécutive, l'apparente barbarie qu'on peut reprocher à l'acte cautérisateur, en dépit de la prompte simplicité, de l'élégance expéditive des procédés rivaux, partout où il a pu marquer sa place il l'a gardée. Varicocèle, varice, épiplocèle irréductible, hémorrhoïdes, bubons fongueux, goître, kystes, fistule lacrymale, abcès scrofuleux, etc., vingt noms, si nous le voulions, rappelleraient cette prééminence désormais incontestée des caustiques, que la clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon a si largement concouru à révéler et à rendre définitive.

Le second fait s'emprunte plutôt à l'histoire des médecins qu'à celle des malades. Nulle part plus que dans notre jalouse sphère, l'adage qui fait aux prophètes une loi de s'expatrier ne trouve sa consécration; et il faut, certes, avoir trois fois raison pour l'avoir devant ses voisins et émules. Ni cette épreuve ni la garantie qu'elle donne n'ont manqué à M. Bonnet. Depuis qu'il a fait comprendre et fait voir les suites si bénignes de la cautérisation, loin de le contredire, — pouvoir souverain du vrai utile ! — c'est à qui de ses rivaux suivrait le plus tôt son exemple, marcherait le premier dans sa voie. Sans parler d'applications que je ne dois point nommer, à côté de lui, M. Barrier imaginait le porte-caustique pour les amygdales, M. Desgranges la destruction, par ce moyen, des polypes naso-pharyngiens ; M. Floret parvenait à faire par les caustiques l'ablation du col utérin avec non moins de précision qu'avec l'instrument tranchant.

Cette énumération, que nous eussions pu rendre plus longue, nous ramène naturellement à l'ouvrage de M. Philipeaux, qui vient à propos compléter notre démonstration en peignant l'étendue et la fécondité de cet élan reçu de Lyon et partout suivi à la recherche des applications de la médication cautérisante. L'auteur — dont le rôle ne s'est d'ailleurs point borné à celui d'un intermédiaire passif — avait de bonne heure compris tout l'avenir de la méthode. Versé dans les projets, les méditations, les essais du promoteur, il a plus d'une fois concouru avec lui à la réalisation d'une pensée commune, et pouvait, mieux que personne, se rendre le fidèle et judicieux interprète d'idées à l'éclosion desquelles il avait parfois fait plus qu'assister le premier. Aussi, ce que l'on trouve avant tout dans ce livre, est-ce la reproduction exacte des recherches accomplies par M. Bonnet d'abord, puis par les principaux représentants de l'école lyonnaise, sur la grande question du cautérisation, considérée sous ses diverses faces, physiologique, chimique et clinique. Mais les travaux des autres savants qui ont contribué à l'extension, au perfectionnement de la méthode, n'ont point souffert de cette prédilection naturelle, et leurs noms tiennent dans ces pages la place qu'on pouvait attendre de l'hospitalité dont l'auteur semble, en quelque sorte, exercer les devoirs envers eux.

La division du livre de M. Philipeaux offre une simplicité extrême. Elle devait être suggérée à l'auteur, elle pouvait être pressentie par le lecteur, en raison de la direction à la fois philosophique et pratique que l'étude de cette partie de la chirurgie a récemment suivie. Il était, en effet, naturel de décrire d'abord dans son ensemble la méthode, puis ses applications; de là deux grandes sections. Précisant, en premier lieu, les caractères généraux de ce puissant moyen, l'auteur prouve que son emploi expose incomparablement moins aux hémorrhagies, aux érysipèles, à l'inflammation diffuse, à l'infection purulente, que tout autre agent de division des tissus vivants. Il nomme ensuite les nombreux agents de cautérisation, décrit leur composition, fait voir, par des expériences attentives et multipliées, la nature spéciale, les limites, les effets primitifs et consécutifs de chacun d'eux, et termine par un parallèle entre la cautérisation par le feu et celle par les caustiques. Dans cette analyse, à laquelle la chimie, les vivisections, les ustions cadavériques, les observations chirurgicales, prêtent un appui aussi varié qu'instructif, le praticien trouvera des armes à opposer aux exigences pathologiques les plus diverses et les plus impérieuses qui puissent l'assiéger, et le savant y assiéra une

base solide d'explication pour des phénomènes dont la solution le préoccupait sans doute, en même temps qu'un point d'appui pour de nouvelles applications d'un levier dont l'innocuité d'action permet, pour ainsi dire, de multiplier à l'infini les essais dans tous les sens.

Au sujet de cette même innocuité, nous ne pouvons retenir un reproche dont l'énoncé, assez rare de la part de la critique, aura vraisemblablement le privilége de surprendre l'auteur. Tout prévenu qu'il soit en faveur de la cautérisation, M. Philipeaux, sous ce rapport du moins, selon nous, ne demande pas encore assez pour elle. Dire que les plaies par cautérisation sont à l'abri des graves accidents qui attristent les suites des incisions, c'est beaucoup, sans doute, c'est la vérité assurément; mais ce n'est pas toute la vérité. Tant qu'on énoncera la loi, tout en lui reconnaissant des exceptions possibles, on n'aura rendu pleine justice, ni au salutaire pouvoir de cet admirable remède, ni à ce que la saine observation permet, en réalité, de revendiquer pour lui. Quant à nous, ces exceptions, en droit, nous ne les admettons pas. La nature, qui dit cent fois oui, ne saurait, dans des conditions identiques, répondre pour la cent et unième fois par un non. Si le résultat diffère, si après une série d'épreuves heureuses la cautérisation vous donne un revers, cherchez avec soin autour du malade, cherchez avec loyauté en vous-même, et toujours vous parviendrez à expliquer par une différence dans les circonstances essentielles du fait la différence de l'issue qu'il a eue. Si le caustique n'a détruit qu'une partie des surfaces suppurantes, si le malade portait d'autres foyers latents ou manifestes, si une épidémie d'érysipèles régnait dans le milieu où vous avez opéré, si un état typhoïde a simulé les accidents de résorption purulente, sachez voir la véritable cause de l'insuccès là où elle est. Imitez le laboureur : s'il voit tout un côté de son champ sans épis, se paie-t-il de mots en disant que c'est là *un fait exceptionnel?* Non : il poursuit la cause, et presque toujours la découvre dans une circonstance dont la révélation n'est point perdue pour la récolte de l'année suivante. Ne soyez pas plus fataliste que lui, et n'accusez pas plus la cautérisation qu'il n'accuse les grains jetés en terre d'avoir, par pur caprice, trompé ses espérances.

La seconde section du livre contient tous les enseignements relatifs à l'emploi de la cautérisation dans diverses maladies. Ici l'auteur a introduit une seconde division, et étudie le remède selon qu'il est appliqué sur la partie même qu'on veut guérir ou dans un point plus ou moins éloigné de cette partie (cautérisation directe dans le premier cas, révulsive ou dérivative dans le deuxième).

De ces deux parties, la première est incontestablement la plus attachante. C'est un spectacle plein d'intérêt pour le vrai praticien amoureux de son art et en rêvant la perfection, que cette longue série de maladies dans le traitement desquelles le fer rouge ou les caustiques se sont signalés par des services tellement précieux que leur appropriation à ces cas est devenue une conquête définitive de la chirurgie contemporaine. Sans doute, M. Philipeaux n'a pas échappé entièrement à la confusion, écueil véritable pour celui qui était appelé à dresser le premier un si riche inventaire. Ainsi les maladies des tissus, celles des régions et celles des organes, donnent lieu à des répétitions dont le volume s'est à peu près inutilement grossi. Mais ce défaut, d'ailleurs si aisément réparable, est bien suffisamment compensé par la variété des sujets et l'originalité des aperçus qui surgissent à chaque page. M. Philipeaux, en effet (et en cela il a dignement imité son maître), ne s'astreint pas à cet ordre didactique qui, sous prétexte de clarté, donne à chaque chapitre le charme d'un questionnaire ou l'attrait d'un état de comptabilité. A nos écrivains les plus méritants, la pensée, assurément, serait venue d'un plan répétant, à l'occasion de chaque maladie et dans la même succession, les considérations d'étiologie, pronostic, indication, manuel opératoire, suites, résultats, nécropsie, etc.; lui, tout au contraire, s'inspirant du piquant et instructif enseignement auquel il s'est donné mission de nous initier, voit de plus haut et plus loin. Chaque sujet lui suggère un ordre spécial et exprès. Dans toute question, il saisit vite et bien le point vital : là, un symptôme jusqu'alors mal interprété; ici, un détail anatomique ; plus loin, une donnée d'observation vulgaire. La physiologie lui révèle le danger de certains goîtres... Le fer rouge, porté sur une blessure qui commençait à provoquer des accidents graves, enraie leur développement... Dans la cautérisation des veines, le chlorure de zinc permet de juger si la totalité du vaisseau est comprise dans l'eschare... Volontairement réfractaire aux lois classiques, l'auteur, aussi peu soucieux de se montrer méthodique que complet, se borne à prouver solidement ces points capitaux, et le plus souvent la conséquence jaillit ensuite d'elle-même sous forme d'un précepte qui, d'ailleurs, est entouré, selon son importance, de tous les détails propres à en rendre l'application facile.

A côté des avantages d'un pareil agencement, on en pressent aussi les inconvénients inévitables. Le livre garde toutes les qualités d'une collection de mémoires originaux empreints de ce premier jet de la pensée créatrice, qui, en France, a la privilége d'imposer l'attention, d'entraîner la sympathie, et souvent d'emporter d'emblée les suffrages les plus réfléchis. Mais le jugement définitif qui consacre les découvertes, cet arrêt de l'opinion publique, juge suprême de l'intervention de l'acier chirurgical comme de celle du fer des armées, ne se conquiert point ainsi. Quelque simple, quelque sûr que paraisse l'un des moyens de remplir l'indication, il faut, avant de l'adopter, savoir si un autre moyen n'y parviendrait pas mieux encore, ou du moins s'il ne conserverait pas, en dehors de l'agent principal, une sphère d'application aux besoins de laquelle il serait seul en mesure de suffire. Or c'est cette appréciation comparative entre la cautérisation et les autres ressources opératoires qui nous semble avoir parfois été un peu sacrifiée par M. Philipeaux. Certes, nous le reconnaissons volontiers, un semblable travail, un parallèle raisonné entre la cautérisation, d'une part, et tous les autres agents, reproduit à l'occasion de chaque sujet, aurait exigé un cadre immense : car, avec l'extension qu'a si heureusement pris l'emploi du fer et des caustiques, la comparaison, devant porter sur la plupart des maladies qui composent le domaine de cette branche de la science, serait devenue un traité complet de thérapeutique chirurgicale. Néanmoins, bornée aux cas où elle était nécessaire, nous croyons que cette tâche, d'ailleurs imposée à l'auteur par la nature et par les intérêts même de son œuvre, ne présentait à son talent éprouvé aucune difficulté insurmontable. Presque partout il nous donne raison lui-même, en esquissant les traits saillants de ce parallèle, qu'il a bien su faire complet et probant pour quelques parties où il était indispensable (le varicocèle, les hémorrhoïdes), qu'il a même étendu dans des proportions plus qu'ordinaires, lorsque (comme pour les infiltrations urinaires), voulant citer incidemment l'une des plus ingénieuses idées de son maître, il n'a pas balancé à rattacher à son sujet le procédé d'incision des rétrécissements uréthraux imaginé par M. Bonnet.

Nous avons hésité à demander encore à l'auteur le sacrifice ou l'abréviation de quelques observations trop détaillées. Mais c'est, au contraire, là un service à lui rendre, en signalant à sa plume les vides destinés, lors du remaniement pour l'édition prochaine, à recevoir les additions dont nous venons de rappeler l'importance. Tel qu'il est aujourd'hui, le livre de M. Philipeaux deviendra certainement et promptement populaire : il le sera pour les praticiens comme pour les élèves; car s'il séduit ceux-ci par la simplification de l'art, presque partout ramené au plus rapide et au plus inoffensif de ses moyens d'action, il aura encore plus de faveur auprès des praticiens qu'il vient initier aux indications, à l'exécution, aux succès d'un agent héroïque dont peu d'entre eux, sans doute, avaient jusqu'ici soupçonné la véritable puissance. Prévenir l'inflammation diffuse et l'infection purulente, donner aux opérations sur les veines l'efficace sécurité vainement poursuivie jusqu'à présent, emporter sans danger ces énormes tumeurs du cou dont la chirurgie n'avait su que présager les funestes conséquences, tarir ces infiltrations urinaires rebelles à toute tentative opératoire, retrancher avec autant de précision que de sûreté un segment de l'utérus frappé de cette affreuse dégénérescence qui ne rétrograde jamais..., voilà quelques-unes des questions dont la chirurgie lyonnaise, grâce aux efforts de son représentant le plus illustre, a dû l'heureuse solution à l'emploi hardi, mais raisonné, des agents cau-

térisants. C'est à la publication de ces conceptions, des règles qui en assurent l'application, des faits qui en montrent la justesse et l'utilité, que l'ouvrage de M. Philipeaux a été consacré. Une idée qui prépare à un certain degré la rénovation de la chirurgie doit suffire à la fortune d'un livre.

P. Diday.

VII.

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du 12 janvier 1856 de votre journal annonce, au compte rendu de la Société anatomique, notre exclusion de cette société.

Une radiation pure et simple n'eût été de notre part l'objet d'aucune réclamation, car nous sommes accoutumés à des violences de cette nature. Mais les circonstances qui accompagnent cette mesure, et l'intention manifeste de la rendre infamante, nous font un devoir de protester et de faire remarquer que :

1° Contre les habitudes de la Société et contre toutes les règles de l'équité, nous avons été condamnés en notre absence, et même sans avoir été prévenus.

2° Notre exclusion a été prononcée pour le seul motif que nous professons en thérapeutique une opinion différente de celle de nos collègues, et que nous avons franchement exprimé cette opinion dans un journal de médecine.

3° L'initiative de cette mesure appartient à des hommes qui se donnent pour des libres penseurs et des amis de la tolérance.

4° Enfin (et c'est ici que se révèle le caractère (1) de cet acte), nos noms ont été accolés à celui d'un malheureux frappé par la justice, et qu'il eût été plus généreux de laisser dans l'oubli.

Nous comptons, Monsieur le rédacteur, sur votre impartialité, et nous vous prions de vouloir bien insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc. F. Gabalda. — F. Frédault. — P. Jousset.

Paris, 21 janvier 1856.

L'hospice de convalescence pour les ouvriers, que l'Empereur fait construire au midi du bois de Vincennes, commence à s'élever au-dessus du sol. (*Constitutionnel.*)

— On se préoccupe, dit-on, à Londres, ainsi qu'à Paris et en Allemagne, du futur congrès médical qui doit avoir lieu en septembre 1856. Le but principal de ce congrès, auquel seraient invitées à prendre part toutes les notabilités médicales du globe, serait l'extinction, sinon complète, du moins partielle, des maladies qui déciment le plus fréquemment les classes ouvrières. Le projet de ce congrès, annoncé de tous côtés, a été néanmoins démenti récemment par des journaux anglais.

— L'enseignement médical vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Estor, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Montpellier. M. Estor était âgé de soixante ans.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Fuchs, professeur de clinique médicale à Gœttingue, et auteur de deux grands ouvrages sur la pathologie interne et sur la dermatologie.

— A la suite d'un concours remarquable, M. E. Bœckel fils a été nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— Le choléra a sévi à Vienne (Autriche) pendant une grande partie du dernier semestre de 1855. 6717 individus ont été atteints de la maladie, et 2962 y ont succombé.

A peine le choléra était-il éteint, que le typhus s'est déclaré avec intensité, au point de nécessiter la création d'hôpitaux provisoires.

— La Faculté de Vienne a proposé, pour remplacer feu M. Rosas, professeur d'ophthalmologie, les trois candidats suivants : 1° Stellwag von Carion ; 2° Gulz ; 3° Ed. Jæger.

— Par décision du 19 janvier, les concours pour la nomination d'un certain nombre de chirurgiens de marine qui doivent s'ouvrir le 1er avril prochain auront pour objet : — *A Brest :* 5 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour la Guyane ; 9 de chirurgien de 2e classe ; 9 de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Martinique et deux pour le Sénégal. — *A Toulon :* 2 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour Mayotte ; 7 de chirurgien de 2e classe, dont une pour la Guadeloupe et une pour le Sénégal ; 7 de chirurgien de 3e classe. — *A Rochefort :* 2 places de chirurgien de 1re classe ; 3 de chirurgien de 2e classe, dont une pour le Sénégal ; 3 de chirurgien de 3e classe, dont une pour le Sénégal.

— La *commission administrative* des hôpitaux et hospices civils de Marseille vient de décider qu'à l'avenir le personnel médical attaché aux établissements hospitaliers de cette ville se recrutera par la voie du concours.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

(1) Nous supprimons une épithète que nous ne nous croyons pas obligé d'insérer.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Applications des silicates alcalins solubles au durcissement des pierres calcaires poreuses à la peinture, à l'impression, etc., avec des extraits textuels des mémoires descriptifs de brevets d'invention qui y ont rapport, par M. le professeur *Frédéric Kuhlmann*. In-8° de 62 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

Études sur les eaux minérales de Nauheim, par le docteur *A. Rotureau*, avec considérations et analyses chimiques, par *Ad. Chatin*. 1 vol. gr. in-18 de 160 p. Paris, Labé.

Rapport sur les mémoires publiés par MM. les ingénieurs Mille et Belgrand et par le préfet de la Seine, relativement à la distribution des eaux dans la ville de Paris et à son assainissement, lu à la Société de pharmacie, par M. *Félix Boudet*. In-8 de 20 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr.

Secours aux noyés, précédé de quelques considérations sur les accidents déterminés par la submersion, par le docteur *Le Cœur*. In-18 de 58 pages. Caen, Delos.

Beobachtungen und Erfahrungen aus dem Gebiete der Gynaekologie und Paediatrik (Observations et expériences en matière de gynécologie et pédiatrique), par *A. Burchard*. In-4° cartonné. Bonn, Weber. 4 fr.

Elemente der Psychiatrik. Grundlage Klinischer Vortraege, von Dr *D.-G. Kieser*. 1 vol. in-8 de XVI—490 pages, avec 11 planches. Bonn, Weber.

Taubstummheit und Taubstummenbildung (De la surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets), par *J.-L. Meissner*. In-8. Leipzig, Winter. 7 fr. 50

Ueber falsche Wege. Ein Beitrag zur Pathologie der Harnwerkzeuge (Sur les fausses voies, contribution à la pathologie des organes urinaires), par *O. Heyfelder*. In-4° cartonné. Bonn, Weber. 3 fr.

Ueber die Staarsteine, par *C.-G. Stenzel*. In-4. Bonn, Weber. 12 fr.

Untersuchungen ueber die ankylotische Stellung des Unterschenkels im Kniegelenk (Recherches sur la position de la jambe dans l'ankylose du genou), par *Robert*. In-8. Giessen, Ricker. 5 fr. 50

Commentaries on the Surgery of the War in Spain, Portugal, France, and the Netherlands; whith Additions relating to those in the Crimea in 1854-1855 (Commentaires relatifs à la chirurgie des guerres d'Espagne, de Portugal, de France, des Pays-Bas et de la Crimée), par *G.-J. Guthrie*. In-8. Londres, Renshaw. 21 fr.

On the Organic Diseases and Functional Disorders of the Stomach (Sur les maladies organiques et les troubles fonctionnels de l'estomac), par *G. Budd*. In-8. Londres, Churchill. 12 fr. 50

On Unsoundness of Mind and its Medical and Legal Considerations (L'aliénation considérée au point de vue de la médecine légale), par *J.-W.-H. Williams*. In-8. Londres, Churchill. 10 fr. 50

AVIS DE LA DIRECTION.

Jusqu'à ces derniers temps, les numéros de la Gazette hebdomadaire étaient protégés par une couverture qui les enveloppait entièrement. Nous avons dû renoncer à cette précaution pour les numéros mis à la poste, l'Administration centrale exigeant la rigoureuse exécution de la loi du 15 mars 1827, qui prescrit que *les journaux doivent être expédiés sous bandes ne couvrant pas plus d'un tiers de la surface du paquet.*

Victor Masson.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 8 FÉVRIER 1856. — N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté en date du 31 janvier 1856, M. TRUCHOT, bachelier ès sciences, maître adjoint à l'école normale primaire de Vesoul, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Sire, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté en date du 31 janvier 1856, M. LEVIEZ, docteur en médecine, est nommé de nouveau, pour une période de trois ans, chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses soutenues du 30 janvier au 6 février 1856.

31. GAUJOT, Constantin-Manuel-Gustave, né à Estrées-Deniécourt (Somme). [*Du refoulement uni à l'élévation du bras, considéré comme méthode générale pour la réduction des luxations récentes de l'épaule.*]

32. HERNANDEZ, Vincent, né à Matanzas (île de Cuba). [*Examen des différents procédés de la taille sous-pubienne, et description d'un nouveau procédé, la taille prérecta'e.*]

33. DUSSUMIER, Isaac-Philippe, né à Bergerac (Dordogne). [*De la thoracentèse et de ses indications dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus.*]

34. SAULIN, Louis-Émile, né à l'île de la Réunion (île Bourbon). [*Traitement de la fièvre typhoïde. Quelques propositions sur les accouchements.*]

35. ECHARTF, Frederico, né à la Havane (île de Cuba). [*De l'éclampsie chez les enfants.*]

36. HACHERELLE, Émile, né à Montmédy (Meuse). [*De la thoracentèse envisagée comme méthode thérapeutique.*]

37. DUSSIAU, François-Frédéric Antoine, né à Dunkerque (Nord). [*De la curabilité de la pneumophymie.*]

38. NOVOED MANUEL PEREYRA DA CUNHA, né à Rio-Janeiro (Brésil). [*De la constipation, de ses causes et de ses effets.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 février 1856.

TRAITEMENT RAPIDE DE LA GALE EN BELGIQUE ET EN FRANCE. NOUVELLES REMARQUES AU SUJET DE LA COMMUNICATION DE M. VLEMINCKX.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Vous avez publié, dans le n° du 25 janvier de votre journal, une lettre de l'honorable président de l'Académie de médecine de Belgique, M. Vleminckx, sur le traitement rapide de la gale, qui mérite, dans l'intérêt des malades et dans celui de notre instruction à tous, de fixer l'attention. Je cède d'autant plus volontiers à la nécessité de prendre la plume, que je me disposais à vous faire une communication, à propos de la contagion de la gale du cheval à l'homme, dont nous avons enfin trouvé, M. Delafond et moi, une explication suffisante.

Le mémoire que j'ai présenté à la Société de médecine du département de la Seine, sur la substitution de la glycérine aux corps gras, comme excipient des agents antipsoriques, et la discussion dans laquelle j'ai dû me défendre d'agir avec trop de précipitation en guérissant la gale en deux jours, ont motivé la lettre en question. M. Vleminckx me fait à son tour le reproche, bien nouveau pour moi, de faire de trop larges concessions aux préjugés, en exigeant pour ce traitement une durée de deux jours, attendu qu'après les nombreuses guérisons *obtenues tant à l'hôpital Saint-Louis que dans l'armée belge, c'est deux heures qu'il faut dire,* DEUX HEURES, *ni plus ni moins.*

Convenez, mon cher rédacteur, qu'il est toujours difficile de contenter tout le monde. A la Société de médecine, on me trouve trop osé; en Belgique, trop circonspect. Entre ces deux extrêmes, serai-je dans le *medium*, où la foule place d'ordi-

naire la vérité? Je voudrais le croire.—Pour M. Vleminckx, le traitement rapide de la gale s'obtiendrait par la destruction toute mécanique des sarcoptes, et la pression de la main armée d'une pierre-ponce, par exemple, suffirait pour cela si ces derniers ne gîtaient partout, même dans les replis les plus cachés; faute de quoi l'on doit avoir recours à des adjuvants et surtout au savon noir, *le meilleur de tous*. De plus, on perdrait trop de vue que tous les effets des galeux peuvent recéler des acares, et que, dans la pratique civile, on ne possède pas les moyens de les détruire convenablement.

Vous avez joint à la lettre de M. Vleminckx la circulaire qu'il a adressée à MM. les officiers de santé de l'armée belge, et où nous trouvons le traitement de la gale constitué comme suit :

1° Friction générale au savon noir d'une demi-heure.

2° Immédiatement après, bain simple d'une demi-heure, dans lequel la friction se continue.

3° Au sortir du bain, friction générale pendant une demi-heure avec le sulfure calcaire.

4° Lavage de tout le corps à l'eau tiède.

Cette énonciation de M. Vleminckx, qu'on guérit la gale en deux heures, *comme on le fait à l'hôpital Saint-Louis*; le troisième article du traitement, prescrivant une friction au sulfure calcaire; le quatrième, conseillant un lavage de tout le corps à l'eau tiède après la friction au sulfure, m'ont laissé un certain vague dans l'esprit. Je me demandais si M. Vleminckx entendait bien réellement attribuer à son traitement et à celui de l'hôpital Saint-Louis la même rapidité d'action et la même efficacité. Je ne savais trop quel était le sulfure calcaire désigné, s'il était en poudre et employé suivant la méthode de Pihorel, et si le lavage laissait le corps du malade encore imprégné de topique, comme cela a lieu après les frictions faites avec la pommade d'Helmerich. Adoptant un moment l'hypothèse qui me paraissait la plus rationnelle, et qui établissait une identité absolue entre la méthode de M. Vleminckx et celle de Saint-Louis, je pris la plume pour démontrer qu'on me reprochait à tort de faire des concessions aux préjugés, et que la méthode de traitement par moi conseillée était tout aussi rapide et tout aussi efficace. Cependant, un scrupule me retint; en pesant mieux la portée des mots soulignés, le ton si affirmatif du style, je soupçonnai que l'auteur était inspiré par une de ces convictions profondes qui autorisent à parler haut et ferme, et que sans doute il guérissait réellement en deux heures; ce que nous n'avons jamais fait à Paris. Pour éclairer définitivement mes doutes, j'écrivis à M. Vleminckx à peu près en ces termes, et bien m'en prit.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'intention de répondre à la lettre que vous avez publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, et de me disculper des reproches que vous m'adressez de faire des concessions aux préjugés, et de mettre deux jours à guérir des malades qui le sont en deux heures à Saint-Louis et dans les hôpitaux de Belgique ; mais, avant de le faire, je réclame de votre obligeance quelques renseignements qui me seraient très précieux.

Je désirerais savoir si vous procédez réellement comme on le fait à Saint-Louis; car, s'il en était ainsi, je serais en droit de vous faire partager le blâme que je mérite, suivant vous.

En effet, voici comment on agit à Saint-Louis: Il y a deux jours de consultation et de traitement par semaine, le mercredi et le samedi. Prenons pour exemple les malades qui se présentent le samedi. Examinés à la consultation de neuf à dix heures, ils se frictionnent au savon noir, sur les onze heures, pendant vingt à trente minutes; prennent un bain d'une demi-heure immédiatement après, et se frictionnent de nouveau tout le corps à la sortie du bain avec la pommade d'Helmerich. Ceci fait, *ils s'habillent ainsi tout couverts d'une couche de pommade qu'ils gardent jusqu'au lundi matin, et ce n'est que ce jour-là, soit quarante-huit heures après la friction, qu'ils se débarrassent complétement du topique.* Je ne sais, par quel étrange abus de mots, on a pu dire qu'on guérissait la gale en deux heures à l'hôpital Saint-Louis. J'ai beau y mettre toute la complaisance possible, je vois des malades qui commencent leur traitement le samedi matin et qui viennent le finir le lundi. Il est peut-être vrai que le traitement opératoire ne dure que deux heures pour le médecin ou ses représentants ; mais à coup sûr, sa durée est bien de deux jours pour les malades; car cette pommade qu'ils conservent sur la peau, du samedi au lundi, ne leur est pas laissée sans intention, et j'imagine qu'elle concourt, par son action prolongée, à assurer la guérison. A ne considérer que ce qui se passe à Saint-Louis, vous voyez donc, très honoré confrère, que je ne suis pas plus timoré que les autres, et que mes malades, soumis deux jours de suite à une friction, au moment de se coucher, et qui paraissent vierges de tout traitement après l'ablution générale du matin, ne sont pas si dignes de commisération. J'aime à croire que le traitement en usage dans les hôpitaux belges, et qui *ne dure que deux heures, ni plus ni moins*, est bien l'expression fidèle des faits, autrement je lui appliquerais ce que je viens de dire de la médication suivie à Saint-Louis, en tant que méthode guérissant en deux heures.

J'avoue ignorer (et des renseignements pris à plusieurs sources n'ont pu m'instruire à cet égard) quelle espèce de sulfure vous employez, s'il est solide ou liquide. Enfin, je me demande si le lavage qui suit la friction équivaut à un bain de propreté qui termine tout le traitement.

Je vous serais donc très obligé, monsieur et très estimable confrère, si vos nombreuses occupations vous permettaient d'éclairer ma religion sur ces différents points.

Telle est, en substance, mon cher rédacteur, la lettre que j'ai adressée à M. Vleminckx. Il me répondit avec un empressement dont je ne saurais trop le remercier. Voici cette seconde missive.

Bruxelles, 28 janvier 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai reçu la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser, et je me hâte de vous envoyer les éclaircissements que vous me demandez:

1° Le sulfure calcaire est remis aux galeux sous forme liquide : 75 grammes suffisent; mais comme le moyen ne coûte pour ainsi dire rien (je vous donnerai ci-après la composition du liquide ainsi que son coût), j'ai permis qu'on allât au delà de 75 grammes. Je suppose qu'à l'heure qu'il est, on en emploie généralement 100 grammes par malade.

2° Le lavage à l'eau tiède se réduit tout simplement à l'immersion dans l'eau, dont le galeux vient de sortir, et dans laquelle il a fait les frictions savonneuses. Il s'y débarrasse du sulfure calcaire qui teint sa peau; rien de plus, rien de moins, et tout est dit.

3° Le galeux traité ne prend ultérieurement *aucun bain*.

Vous voyez, mon cher confrère, que cette pratique est de la dernière simplicité. Elle dure depuis deux ans, *et nous ne savons, pour ainsi dire, plus ce que c'est que la gale*. Veuillez remarquer que le soldat galeux n'est pas pris en mutation. Trouvé galeux à la visite du matin, il se rend à dix heures à l'hôpital; on l'y soumet au traitement que vous savez, et deux heures après il retourne à son service avec armes et bagages.

Nous ne faisons plus usage, dans notre armée, de la pommade d'Helmerich depuis plus de vingt ans. Nous lui avons substitué alors le sulfure calcaire, et je vous affirme qu'il a toujours utile-

ment remplacé cette pommade. Lorsque le moment de généraliser le traitement *rapide* fut venu, nous n'avons pas jugé convenable de changer d'agent antipsorique, et, comme vous le voyez, il nous a rendu tous les services que nous pouvions en attendre.

Je me demande toujours s'il faut, soit l'un, soit l'autre des deux agents que nous employons, et *si l'on ne pourrait pas se contenter des frictions au savon pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure. Je ferai des essais là-dessus, et j'ai presque la certitude que je réussirai.*

Veuillez agréer, etc.,

D^r^ Vleminkx.

Voici la composition du sulfure de chaux liquide :

Pr.	Soufre sublimé	6 kilogr.
	Chaux vive récemment éteinte	3
	Eau en quantité suffisante.	

On délaie, selon l'art, le soufre ainsi que la chaux dans l'eau; on porte le tout à une ébullition soutenue (dans un chaudron de fer) en remuant continuellement, au moyen d'une spatule de bois, jusqu'à ce que la combinaison soit parfaite ; alors on retire le vase du feu, on le laisse refroidir ; puis on décante le sulfure liquide du dépôt en le transvasant dans de grandes bouteilles que l'on bouche hermétiquement.

Les quantités indiquées ci-dessus doivent former 60 *kilogrammes environ* de sulfure calcaire liquide, coûtant *six centimes environ le kilogramme!!!*

Je me félicite, mon cher rédacteur, d'avoir provoqué ces explications ; il ne peut en ce moment y avoir aucun doute dans l'esprit : c'est bien réellement en deux heures qu'on guérit la gale en Belgique, et comme je ne sache pas que nous ayons jamais obtenu en France des guérisons aussi promptes, on ne saurait trop arrêter l'attention publique sur ce point important. Dès qu'on désire guérir la psore le plus tôt possible et fermer la porte des nosocomes aux galeux qui réclament des soins, il n'y a pas à balancer, ce traitement expéditif l'emporte de beaucoup sur les médications que nous conseillons ici. J'ajoute, après un commencement d'expérience que je viens d'en faire, que le soluté n'est en rien douloureux, qu'il ne tache pas la peau, et qu'il ne saurait endommager les vêtements des pauvres malades, puisqu'ils doivent quitter la salle du traitement le corps parfaitement net et propre.

Sous tous ces rapports, la lettre de M. Vleminckx, les explications que j'ai provoquées, et la publication que vous nous prêtez avec tant d'empressement, porteront sûrement leurs fruits.

Je partage, pour mon compte, la confiance que M. Vleminckx a dans le traitement qu'il a institué depuis deux ans, et qui lui permet de dire qu'on ne sait pour ainsi dire plus, depuis lors, en Belgique, ce que c'est que la gale. Nous sommes si loin d'en pouvoir dire autant, que j'appelle de tous mes vœux l'application d'un traitement qui a produit de si heureux résultats. En effet, on a traité à Saint-Louis, en janvier 1853, 336 galeux; en 1854, 578; en 1855, 539; enfin, en 1856, 701. Comme vous le voyez, on ne peut, comme à Bruxelles, chanter victoire. On dirait vraiment que l'acare se joue de tous nos moyens de destruction, et même, en acceptant, sans réserve, comme cause de l'augmentation du nombre des galeux qui se présentent à Saint-Louis, l'affluence toujours croissante que sa réputation lui attire, il faut reconnaître, comme vérité incontestable, que de nombreux malades pourront encore profiter des améliorations qu'on peut apporter à la médication antipsorique.

J'ai reçu la réponse de M. Vleminckx le 30 janvier; le 31, j'ai fait préparer un soluté au sulfure calcaire dans les proportions suivantes :

Chaux vive	100 grammes.
Fleurs de soufre	200
Eau	1000

d'après le mode indiqué par M. Soubeiran et par M. Vleminckx, et j'ai obtenu 1 litre de solution parfaitement limpide, coûtant 20 centimes, qui suffirait au traitement de plusieurs malades.

Il paraît se former dans cette préparation, par le fait de l'ébullition prolongée, un sulfure saturé de soufre, très soluble, qui laisse en s'évaporant sur la peau et sans la tacher une couche épaisse de dépôt bien propre à pénétrer dans les sillons et à y tuer sur place les acares et les œufs. On obtiendrait probablement les mêmes résultats en faisant usage des solutés au sulfure de sodium ou de potassium préparés dans les mêmes conditions : tout paraît dépendre du degré de concentration et de l'excès de soufre contenu dans la dissolution. — Quoi qu'il en soit, deux galeux m'ayant été adressés le 1^er^ février par un de nos confrères qui hésitait à reconnaître la psore, attendu que les vésicules faisaient complétement défaut, j'ai extrait six acares de leurs sillons, les ai soumis à l'action de cette solution au foyer du microscope, et ils sont morts en huit ou dix minutes. — Ces deux malades, l'un atteint de la gale depuis cinq mois et portant de nombreux sillons sur les mains, l'autre depuis six semaines seulement, et n'offrant encore aucun signe pathognomonique, bien qu'ils eussent partagé le même lit, ont été présentés à la Société de médecine, afin de montrer, contrairement à ce que l'on soutient encore : sur le premier malade, qu'une gale invétérée peut exister sans vésicules et offrir, pour ceux qui basent le diagnostic sur cette éruption, des difficultés réelles ; sur le second, qu'il est parfois encore plus difficile de reconnaître la gale à la période d'incubation.

Vérification faite que le soluté au sulfure de calcium avait une notable action toxique sur les sarcoptes extraits des sillons, le samedi 2 février j'ai fait lotionner et frictionner trois malades choisis à Saint-Louis, et sans faire préalablement usage de savon, afin de bien apprécier l'effet que pouvait produire ce sulfure. Ces trois malades ont puisé à pleines mains la solution dans une cuvette, l'ont étendue sur tout le corps, les parties génitales comprises, en opérant une friction énergique, et cela sans ressentir ni la moindre cuisson ni la moindre douleur. Ils ont laissé sécher la solution sur la peau, qui est devenue d'un beau jaune soufré, puis, au bout d'un second quart d'heure, ils se sont plongés l'un après l'autre dans une baignoire, et en sont sortis le corps net, propre et blanc. J'ai vérifié le résultat de cette friction dans la journée, à l'aide du microscope mobile. Sur deux des malades, les acares étaient tous morts ; sur le troisième, dont l'épiderme était notablement plus dur et plus épais, j'ai trouvé quelques sarcoptes encore vivants.

Je conclus de ce simple essai, exécuté dans le but de me rendre un compte plus exact d'une foule de questions secondaires, qu'il eût été trop long de traiter par lettres, que le soluté au sulfure de calcium me paraît devoir remplacer avec avantage nos topiques et nos pommades.

On a vu que M. Vleminckx n'accorde pas au sulfure de calcium toute la faveur qu'il mérite; car après s'être demandé lequel des deux agents, ou du savon, ou du sulfure, tue les sarcoptes, il incline à penser que le savon est l'agent

toxique par excellence. Je ne saurais partager cette manière de voir. J'ai traité des galeux, comme je l'ai communiqué à la Société de médecine (*Gazette hebdom.*, t. II, p. 913), avec le savon noir en lavage et en frictions sans résultat bien satisfaisant, tandis que le soluté au sulfure de calcium, employé de la même façon, a tué, je viens de le dire, tous les sarcoptes sur deux malades. Si j'avais un choix à faire entre le savon ou le sulfure employés seuls, j'opterais sans hésiter pour le sulfure. — J'ai constaté dans mes dernières recherches, que le soufre a une action toute spéciale sur les acares; et ce qui explique l'efficacité du soluté au sulfure de calcium, c'est la quantité considérable de soufre qu'il tient en suspension et qu'il dépose dans les sillons en pénétrant par les petites ouvertures que le parasite a soin de pratiquer à l'épiderme avant de quitter la place où il a butiné, déposé ses œufs et ses fèces. La friction au savon et le bain savonneux sont peut-être indispensables dans la méthode de traitement conseillée par M. Vleminckx, mais on peut, en général, s'en dispenser quand on emploie la pommade. Ainsi dans les guérisons obtenues par les topiques aux essences, au soufre et à la glycérine, je n'ai jamais fait usage de savon ni de bain savonneux, et les malades ont tous parfaitement guéri. Je fais de même dans ma pratique ordinaire, et je n'ai jamais constaté de *récidives*. Je maintiens le mot, et je démontrerais au besoin qu'il est juste quand il s'agit d'une maladie qui peut paraître parfaitement guérie pendant deux ou trois mois, et qui demande parfois une longue incubation avant de produire l'ensemble des symptômes qui lui sont propres.

Je ne peux partager la confiance de M. Vleminckx quant à l'efficacité des frictions sèches et mécaniques comme moyen de destruction des sarcoptes : ces parasites pénètrent parfois dans l'épiderme de la paume des mains, chez les manœuvres, par exemple, à des profondeurs incroyables, où le patient ne permettrait pas à la pierre-ponce d'aller les atteindre. — Enfin, je tiens compte, comme tout le monde, des causes de contagion que peuvent recéler les vêtements, mais je cherche en vain dans les écrits quelle preuve incontestable on a donnée de la transmission de la maladie par les effets des galeux. Il serait à souhaiter qu'une question si capitale fût étudiée avec soin, et je pense, jusqu'à plus ample informé, qu'on lui donne trop d'importance. Les acares de l'homme, déposés au mois de juillet entre deux morceaux de drap, meurent tous avant la fin du troisième jour; il en est de même de ceux du lion, du chien, du chat, du cheval, etc. Je fais donc tout simplement exposer au grand air froid pendant trois jours, les effets des galeux qu'on ne peut laver, et jamais je ne vois la gale reparaître dans les familles.

Je voulais vous entretenir aujourd'hui, très honoré rédacteur, de plusieurs cas de contagion de la gale du cheval à l'homme qui se rattachent étroitement au sujet que je viens de traiter, car ils jettent un jour tout nouveau sur les sources où nous puisons la contagion ; mais cette lettre tient déjà trop de place dans vos colonnes. A bientôt, si vous l'agréez.

Tout à vous confraternellement,

Docteur H. Bourguignon.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur le tissu hétéradénique, par M. le docteur Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 25 juin 1855.

Suite. — Voir les nos 3 et 4, t. III.

Obs. II (*recueillie par M. Lorain, service de M. Nélaton*). — La femme L..., âgée de cinquante ans, est entrée à l'hôpital des Cliniques, le 29 novembre 1854, pour une tumeur de l'orbite. Cette femme présente toutes les apparences de la santé ; elle est grande, bien musclée ; elle a toujours vécu à la campagne (Eure-et-Loir), occupée aux travaux des champs. Il y a trois ans, dit-elle, elle eut une ophthalmie intense, causée par la pénétration d'un épi de blé entre les paupières. Un phlegmon de l'œil se produisit, et un médecin jugea indispensable la ponction de l'organe. L'œil fut vidé et réduit à un petit volume. Depuis cette époque (en admettant cette origine), l'orbite sembla se remplir d'une masse ou tumeur qui chassa en avant le globe oculaire. Peu à peu l'œil cessa d'être mobile, et les paupières elles-mêmes exécutèrent avec peine leurs mouvements ; enfin, depuis six mois, il s'est déclaré des douleurs névralgiques de la face qui ont décidé la malade à consulter des médecins. Elle est venue à Paris, pour réclamer une opération. On constata, à son entrée à l'hôpital, les signes suivants : L'œil gauche, réduit à un très petit volume, présente, à son centre, une petite surface de 1 ou 2 millimètres de diamètre, transparente, qui est la cornée. Les paupières sont à demi ouvertes, elles peuvent être entièrement ouvertes ; elles adhèrent à l'œil ; elles sont infiltrées. L'œil fait une saillie assez notable en dehors de l'orbite, et semble enclavé au milieu d'un tissu compacte, dur, qui ne lui permet pas la moindre mobilité, et qui adhère à l'orbite dans toute son étendue. La sensibilité est abolie sur la joue, au-dessous de l'œil et sur la peau du front du côté malade ; la narine gauche est privée du sens olfactif; une névralgie de la cinquième paire cause, à des intervalles assez éloignés, des douleurs insupportables à la malade. Cette névralgie affecte principalement la branche maxillaire inférieure. Du reste, rien, dans l'état général de la malade, n'annonce un trouble fonctionnel grave : elle digère bien ; elle peut se livrer à un travail actif; son intelligence est assez nette : cependant elle répond lentement aux questions ; mais, à part les troubles très limités du système nerveux de la face que nous avons signalés, il n'y a rien qui dénote une altération des centres nerveux. Un cancer de l'orbite fut diagnostiqué, et, malgré les conditions défavorables dans lesquelles une opération était entreprise, considérant que la maladie était, de sa nature, mortelle, et que la seule chance de salut était dans l'extirpation de la tumeur, M. Nélaton se décida à opérer. L'œil et la masse qui l'enveloppait et qui remplissait l'orbite, furent enlevés complétement avec le périoste de l'orbite, jusqu'à la fente sphénoïdale. Une légère hémorrhagie artérielle fut arrêtée par un tamponnement avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. La malade tomba, aussitôt après l'opération, dans un assoupissement profond, dans une sorte de stupeur ou de coma ; la fièvre s'alluma, et elle succomba cinquante-six heures après, le 6 décembre 1854.

Autopsie. — Elle montra dans quelques organes des altérations séniles n'ayant rien de commun avec la lésion principale observée dans l'orbite et le crâne, et dont nous allons donner la description.

La partie supérieure du crâne étant enlevée et la dure-mère étant incisée, le cerveau est mis à nu. On voit alors une méningite de l'hémisphère gauche, avec production de pus et de fausses membranes et légère adhérence du feuillet pariétal de l'arachnoïde au feuillet viscéral ; la surface du cerveau n'est pas adhérente à la pie-mère : elle est d'une couleur grise, et moins élastique que de coutume. Cette méningite se prolonge dans la scissure médiane et un peu sur le bord de l'hémisphère droit. L'orbite est enlevé entièrement, ainsi que la partie gauche de la base du crâne. Voici ce que l'on constate alors : la tumeur pour laquelle a été pratiquée l'opération se prolonge dans la cavité crânienne, à travers la fente sphénoïdale et le trou optique, jusque dans la région du rocher, où elle s'est épanouie après un développement considérable. Là elle englobe et comprime le ganglion de Gasser et l'origine des trois branches de la cinquième paire de nerfs ; et ainsi s'expliquent les phénomènes de névralgie et d'anesthésie observés pendant la vie. En outre, elle entoure le nerf optique dont elle suit la gaîne, jusqu'à un centimètre du chiasma. Le volume de cette tumeur est le suivant : transversalement, 0,03 ; en épaisseur, 0,025 ; d'avant en arrière, jusqu'au point où elle pénètre dans l'orbite, 0,05. Elle comprime le lobe moyen du cerveau, dont les circon-

volutions sont tassées et ont disparu ; mais elle ne pénètre pas dans la substance cérébrale elle-même. Le tissu nerveux ne participe en rien à la lésion. Nous ferons la même réflexion à l'égard du nerf optique et des autres nerfs qui se rendent dans l'orbite : la tumeur a contracté adhérence avec leurs gaînes et les a pénétrés ; mais les nerfs eux-mêmes ont éprouvé une compression, subi une action mécanique, sans participer en rien à la lésion. Il n'en est pas de même de toutes les parties fibreuses ou composées du tissu cellulaire. La dure-mère a un volume énorme et fait corps avec la tumeur, par les éléments de laquelle elle est pénétrée. La consistance de la tumeur est assez dure, élastique, friable, nette à la coupe, d'un gris clair tirant sur le rose en quelques points. Dans la partie la plus molle, qui est la portion comprimant le cerveau, on fait sortir un suc gris blanchâtre se dissociant facilement dans l'eau. Les parties les plus dures de la tumeur et celles qui ont envahi la dure-mère et le périoste n'offrent pas ce suc. Il en est de même de la portion qui remplissait l'orbite : cette dernière, en particulier, remarquable par sa consistance et son élasticité, se déchire assez facilement dans le sens longitudinal : la déchirure en est striée, filandreuse, tandis que la coloration des parties dures de l'orbite et des aponévroses est d'un gris mat tirant sur le rosé. Celle de la portion qui comprime le cerveau et de la partie la plus profonde de l'orbite offre une couleur entièrement semblable à celle de la substance grise qu'elle touche, et peut être appelée *cérébroïde*, tellement que, les vaisseaux de la pie-mère cérébrale passant sans interruption sur la surface bosselée et arrondie de la tumeur, celle-ci ne peut être distinguée des circonvolutions cérébrales que par un examen attentif, à cause de sa consistance un peu plus grande. Dans la partie antérieure de l'orbite, dans le périoste et la dure-mère, la consistance est du double plus grande, et peut être comparée à celle de la pomme de terre. La tumeur est médiatement vasculaire, moitié moins environ que la substance grise du cerveau ; la partie dure est moins vasculaire encore que la partie molle.

Si, à partir de l'œil, on cherche à suivre le trajet de la tumeur et la place qu'elle occupe, on voit qu'elle occupait tout l'orbite, dont le périoste lui adhérait et avait en partie disparu, comprimait les os qui sont atrophiés, érodés (la partie orbitaire du frontal est perforée dans un très petit espace), pénètre dans le crâne par le trou orbitaire et la fente sphénoïdale (le trou orbitaire est réuni à la fente sphénoïdale, par érosion de la portion du sphénoïde qui limite cet orifice), puis elle s'étend dans le crâne, ainsi que nous l'avons dit, adhérant complétement à la dure-mère. Sa limite postérieure est au niveau du pédoncule cérébral gauche. En avant, la tumeur s'étend un peu sous le lobe antérieur, et comprime le nerf olfactif gauche, ce qui se rapporte aux phénomènes observés pendant la vie (l'odorat était, au dire de la malade, presque aboli de ce côté). Ce nerf est aplati ; du reste, la tumeur le comprime sans lui adhérer. Latéralement, la tumeur n'atteint pas l'espace sous-arachnoïdien antérieur, ses limites exactes sont, à la partie gauche de la base du cerveau, dans les points qui correspondent au lobe moyen et à la scissure de Sylvius. On voit, par ce qui précède, que tous les nerfs qui se rendent à l'orbite étaient compris dans la tumeur et comprimés par elle, quels rapports affectaient ces nerfs avec la tumeur, et quel était leur état anatomique. C'est ce que nous avons cherché à déterminer :

Du côté de la fente sphéno-maxillaire, le produit morbide avait envahi et détruit le périoste de la région temporale et l'aponévrose du muscle crotaphyte. Cette aponévrose est dure, épaisse, lardacée ; elle a perdu son apparence nacrée ; elle a pris une épaisseur de près de 1 centimètre. Cette partie offre la structure déjà décrite, avec quelques particularités que nous allons signaler.

Description de la structure du tissu composant la tumeur dont on vient d'étudier la disposition extérieure.

Je vais actuellement faire connaître la structure intime de cette variété de tissu. Cette observation peut être considérée comme type de cette sorte de produit morbide.

Si, pour examiner la structure intime du tissu, on se borne à racler la surface de la coupe, on obtient une pulpe grenue qui semble entièrement formée de petits grains qui s'observent à la surface du tissu lorsqu'il a été déchiré. Cette manière de procéder dans la préparation est imparfaite ; car on n'observe alors qu'une partie des lobes ou des extrémités des filaments que nous décrirons plus loin. Il faut, pour arriver à reconnaître la structure réelle de ce tissu, en prendre de petits fragments enlevés avec des pinces ou des ciseaux, dissocier ensuite les petits grains et dérouler les filaments en les déchirant aussi peu que possible, ce qu'il est, du reste, impossible d'éviter tout à fait. Lorsqu'on vient à examiner à un faible grossissement le tissu ainsi dissocié, on peut reconnaître qu'il se compose de filaments allongés cylindriques de volume inégal, selon les points de leur longueur, longs au plus de 1 dixième de millimètre, et pouvant descendre à 5 centièmes de millimètre.

Ces filaments, repliés plusieurs fois sur eux-mêmes et sans ordre, présentent un très grand nombre de subdivisions ou prolongements en forme de doigt de gant. Ces prolongements sont aussi ou presque aussi volumineux que le filament dont ils se détachent. Tantôt ils se détachent isolément d'espace en espace ; d'autres fois, quelques-uns se détachent au même point. Leur longueur est habituellement de 1 à 3 dixièmes de millimètre au plus. Presque toujours leur extrémité libre ou en cul-de-sac est un peu plus renflée que le reste. Outre ces prolongements en doigt de gant, qui peuvent être bifurqués, on trouve des corps pyriformes, dont la longueur varie, dans la partie la plus volumineuse, de 1 à 5 dixièmes de millimètre. Ces corps ou grains pyriformes sont attachés aux filaments flexueux dont nous venons de parler, par un prolongement extrêmement mince qui se continue, à la manière d'un pédicule, avec leur partie la plus rétrécie. Ce pédicule est tellement mince, qu'il se brise avec la plus grande facilité, et il est difficile de faire une préparation où se trouvent conservés plusieurs de ces grains avec leur pédicule intact à leur point d'insertion. Lorsque ces grains pyriformes sont devenus libres par rupture de leur pédicule, il est difficile de reconnaître si ces corps ont été adhérents. Il est très commun de trouver ces corps pyriformes surchargés eux-mêmes de plusieurs prolongements en doigt de gant, ou portant à leur tour de plus petits corps pyriformes. Les conformations des prolongements en doigt de gant ou des corps que nous venons de décrire sont si variées, qu'il serait impossible et fastidieux d'en donner une description détaillée ; aussi nous bornerons-nous aux indications précédentes, et à renvoyer aux planches in-folio du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Lebert, qui contiennent les dessins des principales variétés de configuration, d'après les figures qui lui ont été remises par l'un de nous.

Voici maintenant quelle est la structure de ces corps et des filaments ; chacun d'eux présente une enveloppe en gaîne extérieure assez résistante, bien qu'elle n'ait que 4 à 6 millimètres d'épaisseur ; en plusieurs points même elle n'offre que 2 millièmes. Cette enveloppe est transparente, à peine granuleuse, très finement striée par places. Les bords de la déchirure en sont habituellement irréguliers ou filamenteux. Nous noterons ici que les vaisseaux qui se distribuent dans le tissu de la tumeur ne trouvent jamais la tumeur et ne pénètrent pas dans les grains, lors même qu'ils atteignent ou dépassent un demi-millimètre. Ces vaisseaux se distribuent en effet entre les filaments repliés et les grains qui y adhèrent, sans présenter rien de particulier, ni aucun type fixe de distribution. Dans l'intérieur des filaments et de leurs subdivisions, on trouve soit des épithéliums nucléaires seulement, soit des épithéliums nucléaires et des corps oviformes ; tantôt ces épithéliums nucléaires remplissent les filaments ou leurs prolongements en doigt de gant, d'une manière complète, et en font ainsi une sorte de cylindre plein ; dans d'autres filaments, cet épithélium forme une couche plus ou moins épaisse, suivant le volume du filament, et, au centre se trouve un canal assez étroit, qui paraît plein d'un liquide incolore. Ceux des filaments ou des grains pyriformes qui renferment des corps oviformes sont les moins nombreux. Il est impossible de constater une cavité distincte en pareil cas. Les corps oviformes sont épars sans ordre dans la cavité des filaments ou des grains renflés, et les intervalles qui les séparent sont remplis complétement d'épithélium nucléaire qui recouvre exactement leur surface. On trouve toujours un très grand nombre de filaments ou de grains pyriformes déchirés. On peut voir, sur le bord des fragments déchirés, la structure de la membrane propre, et constater qu'un certain nombre d'épithéliums nucléaires restent adhérents sur sa face interne ; mais il est facile de constater que ces noyaux n'adhèrent qu'accidentellement et ne font point partie de l'enveloppe.

Nous arrivons actuellement à la description des corps oviformes. Ceux-ci, tantôt en petit nombre, d'autres fois presque contigus dans la cavité des grains pyriformes ou des tubes en doigts de gant, sont pour la plupart sphériques ; quelques-uns sont ovoïdes, et, lorsqu'ils sont allongés, il n'est pas rare de les trouver un peu

recourbés. En général, ils ont de 4 à 6 centièmes de millimètre ; mais on en trouve quelques-uns n'ayant que 2 à 3 centièmes. D'autres, mais en petit nombre, offrent de 8 à 9 centièmes de millimètre : ceux-ci se rencontrent particulièrement, pour ne pas dire exclusivement, dans les grains pyriformes les plus gros. Parmi ceux qui sont ovoïdes, on en trouve quelques-uns qui dépassent en longueur un dixième de millimètre, et qui n'ont que 5 centièmes environ en largeur. Tous ces corps oviformes étaient homogènes, sans paroi ni cavité distincte, sans contenu granuleux ou autre ; quelques-unes pourtant, mais en petit nombre, présentaient, à leur partie centrale, des stries extrêmement fines s'irradiant du centre vers la surface. D'autres offrent un contenu central, granuleux avec ou sans noyau nucléolé. Ceux-là sont quelquefois soudés ensemble en nombre variable par deux points opposés de leur périphérie. Quelques-uns, enfin, pourvus ou non de ce contenu granuleux, offrent des zones concentriques pâles au nombre de deux ou trois environ. (Voyez fig. 2, n^{os} 1 et 2, représentant deux corps oviformes, dont le dessin, fait à 500 diamètres, a été réduit des trois quarts pour en rendre possible la représentation dans cette figure.) L'acide acétique n'a aucune action sur ces corps; l'acide sulfurique les gonfle un peu sans les dissoudre ; l'iode se comporte avec eux comme avec toutes les substances azotées : il les rend d'un jaune brun, sans teinte violacée ni bleuâtre.

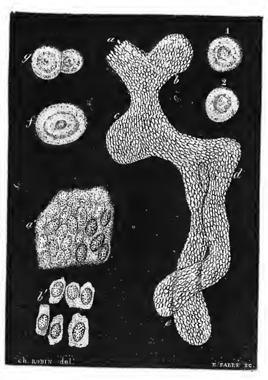


Fig. 2.

En résumé, ce qu'il importe de mentionner ici, c'est cette sorte de type filamenteux ramifié que présente dans sa structure ce produit morbide, c'est cette enveloppe extérieure homogène contenant les épithéliums appliqués à sa face interne. Ce qu'il importe encore de noter, c'est que ces épithéliums ne sont pas accumulés épars et sans ordre, et que ceux que l'on trouve ainsi dans la préparation peuvent être reconnus comme n'offrant cette disposition qu'accidentellement.

Obs. III (*recueillie par M. Marcé, interne des hôpitaux, service de M. Velpeau, alors remplacé par M. Follin*). — Nicolas Pillière, âgé de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 24 mars, dans la soirée.

Le 25 au matin, on le trouve en proie à une dyspepsie extrême. Le malade, assis sur son lit, se livre aux efforts respiratoires les plus énergiques ; les lèvres et le nez sont cyanosés, le reste de la figure pâle, et les traits sont profondément altérés. Aux questions qu'on lui adresse, il ne répond que par des paroles entrecoupées. Le pouls est accéléré et d'une petitesse extrême.

A la partie antérieure du cou, au niveau du corps thyroïde, et s'élevant pendant le mouvement de déglutition, il existe une énorme tumeur du volume du poing, à peu près, développée surtout à droite de la ligne médiane, n'offrant ni altération de la peau, ni douleur à la pression. Sa forme est assez exactement amincie, sa consistance dure et uniforme ; on n'y rencontre que d'une manière fort douteuse des traces de fluctuation profonde : pas de battements artériels ni de mouvements de soulèvement de la tumeur.

M. Follin, à l'aide d'un trocart explorateur, pratiqua deux ponctions dans la tumeur, autant pour constater la nature des parties profondes, que pour tenter de donner issue au liquide contenu dans des kystes profonds, s'il s'en rencontrait dans la tumeur, et diminuer ainsi la compression de la trachée et des vaisseaux ; une des piqûres donne issue à un liquide jaunâtre contenant des paillettes de cholestérine ; par l'autre, il ne s'écoule que du sang.

On prescrit des sinapismes aux extrémités inférieures. La visite était à peine terminée, que le malade succombait dans un état d'asphyxie complète.

Des réponses qu'il a faites pendant son séjour à l'hôpital et des quelques informations qui ont été prises plus tard, on n'a pu tirer d'une manière bien précise que les renseignements suivants :

Cet homme est né dans les Ardennes, à Mézières ; mais on ne sait quel pays il habitait, et s'il séjournait à Paris depuis longtemps. Il fait remonter à quinze mois l'origine de sa tumeur ; mais voilà deux ou trois mois seulement qu'elle a acquis un volume considérable, et que les accès de suffocation ont commencé à se manifester. Jamais il n'y eut de gêne notable dans la déglutition. Pour traitement, le malade a pris quelques préparations iodées, mais pendant quatre ou cinq jours seulement. J'espère pouvoir, plus tard, joindre à cette observation quelques renseignements plus détaillés.

A l'autopsie, les cartilages costaux furent trouvés presque tous ossifiés, surtout à gauche. Le poumon gauche offrait vers son sommet des adhérences assez solides ; par sa base, et dans un espace large comme la paume de la main, il était entièrement uni à la face antérieure et latérale gauche du péricarde. Le poumon droit est libre de toutes parts.

Des deux côtés, les poumons offrent dans leur lobe supérieur, et surtout vers leur bord tranchant, de l'emphysème vésiculaire très manifeste, et même quatre à cinq bulles d'emphysème sous-pleural des lobes inférieurs sont très fortement engoués, surtout en arrière, et même en quelques points ; à gauche, le tissu rouge, ramolli, offre tous les caractères de l'hépatisation rouge, et va au fond de l'eau. Partout ailleurs c'est de la sérosité sanguinolente et spumeuse.

Le péricarde offre une adhérence générale et complète avec le cœur. L'union est intime, surtout vers la pointe et le bord gauche de l'organe ; elle l'est beaucoup moins à droite, et surtout vers la base ; partout, cependant, avec des tractions lentes et ménagées, on parvient à séparer complétement le péricarde de la surface du cœur.

La tumeur de la région thyroïdienne fut disséquée avec soin.

En la séparant de la peau qui la recouvre, on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous des piqûres, une ecchymose de la largeur d'une pièce de cinq francs. Étalé au devant de la tumeur, et refoulé de manière à former une saillie à convexité antérieure, le sterno-mastoïdien du côté gauche a au moins 6 centimètres de largeur ; à droite, il a à peu près son volume normal ; les sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien de chaque côté sont également élargis et aplatis ; la tumeur, qui remonte en haut jusqu'au niveau de l'os hyoïde, descend jusqu'à la fourchette du sternum.

A droite, la carotide et la jugulaire interne ont conservé leurs rapports normaux ; mais à gauche, tandis que la carotide est restée, ainsi que le tronc brachio-céphalique, accolée à la partie postérieure de la tumeur, qui est comme creusée en sillon pour la recevoir, la veine jugulaire, refoulée en dehors jusqu'aux limites extrêmes de la tumeur, occupe la région sous-claviculaire. On retrouve le nerf pneumogastrique entre les deux vaisseaux, mais également éloigné de l'un et de l'autre.

Des veines très nombreuses se voient à la partie supérieure de la tumeur et à sa face antérieure ; elles vont se jeter dans un plexus veineux assez abondant placé au niveau de l'os hyoïde.

Enfin, par sa face profonde, la tumeur repose sur la trachée, qu'elle entoure complétement, non-seulement en avant et à gauche, mais encore à la partie postérieure ; car un lobe épais de 2 centimètres, partant du côté gauche, vient se placer entre la trachée et l'œsophage, et vient se terminer en avant, à moins de 1 centimètre de la limite la plus antérieure de la tumeur. Aussi la trachée offre-t-elle d'une manière très notable une concavité tournée à gauche, et l'on voit sans peine qu'elle est rétrécie, aplatie dans une grande partie de son étendue.

Le liquide trouble, d'un jaune grisâtre, contenu dans le kyste central de la tumeur, est entièrement formé d'un sérum tenant en suspension une certaine quantité de globules de sang et surtout de cristaux de cholestérine, en quantité telle, que c'est à elle que le liquide doit sa couleur et son aspect micacé lorsqu'on l'agite. Lorsque ce liquide tombe sur un linge qui s'imbibe de la sérosité, il reste couvert d'une couche épaisse de paillettes micacées entièrement formées de cristaux de cholestérine. Le kyste superficiel du sommet de la tumeur offre un aspect brun rougeâtre dû au liquide de couleur et de consistance de gelée de groseilles qui le remplit. On n'y observe que des globules sanguins, les uns intacts, les autres altérés.

Le tissu de la tumeur présente autour du kyste une couche homogène compacte grisâtre, presque demi-transparente, formant paroi autour du kyste central; elle envoie des ramifications peu étendues dans le tissu même de la tumeur. Cette couche, épaisse de 1 millimètre, est formée de tissu fibreux avec une quantité considérable de matière amorphe interposée aux faisceaux de fibres. Dans la profondeur du kyste, celui ci se continue avec des espaces aréolaires, comme caverneux, séparés par des cloisons fibrillaires, les unes ayant la même composition que le tissu précédent et de même consistance; les autres, plus exclusivement formées de tissu cellulaire, sont molles et flexueuses. Ces espaces aréolaires sont remplis du même liquide que celui qui a été décrit dans le premier kyste. Ce liquide a donné de sa couleur à ces cloisons et aux filaments plus mous qui s'en détachent.

Arrivons actuellement à la description du tissu même de ce produit morbide. Dans la plus grande partie de la tumeur, il est homogène, d'un gris blanchâtre, friable, facile à réduire en pulpe par l'action de racler, mais ne donnant pas de suc à la pression. Dans le voisinage du kyste central, le tissu, tout en conservant la même consistance, offre une coloration d'un gris rose, assez différente de la coloration gris blanchâtre opaque que nous venons de signaler. Elle offre à la coupe certain nombre d'orifices veineux béants, longs au plus de 1 à 2 millimètres. Partout ailleurs, le tissu ne renferme que des vaisseaux capillaires, dont la quantité ne semble pas en rapport avec la masse considérable du produit morbide dans lequel il se ramifie. On peut dire, sans exagération, que ce type accidentel est presque dépourvu de vaisseaux, à l'exception des points que nous avons notés tout à l'heure. La surface de la tumeur est recouverte d'une couche de tissu cellulaire de l'épaisseur de 1 millimètre environ, remarquable par la quantité considérable de vaisseaux qu'elle renferme, parmi lesquels se font remarquer surtout les veines toutes aplaties, ressemblant à des veines fréquemment anastomosées et dont quelques-unes offrent 4 et 5 millimètres de diamètre. Avec cette enveloppe générale se continuent des cloisons qui séparent les uns des autres des lobes assez nombreux, que l'on observe particulièrement dans les parties les plus superficielles de la tumeur, surtout à sa partie extérieure et postérieure. Ces lobes, en général isolés les uns des autres, et pouvant être séparés par 10 centimètres, ont un diamètre qui varie depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une noix. Ils sont, comme nous l'avons dit, séparés par les cloisons dont il vient d'être question, et ces cloisons, qui sont moins vasculaires que l'enveloppe extérieure, renferment une quantité de vaisseaux qui tranche à côté du peu de vascularité des lobes qu'elles entourent.

Avant de passer à la description de la structure intime du produit accidentel, il importe de noter que, du côté gauche, le lobe correspondant de la thyroïde offre le volume, la situation et la forme habituelles, si ce n'est qu'il est un peu aplati et allongé. Du côté droit, au contraire, où s'est portée toute la tumeur, celle-ci a pris la place du lobe thyroïdien correspondant; en sorte que ce dernier reste intact à la face supérieure de la tumeur, et tout à fait à sa surface. Ce lobe est seulement plus petit de 1/3 qu'à l'état normal. Sa situation particulière fait que sa forme est changée. Il est aplati de haut en bas et en quelque sorte étalé sur la face supérieure du produit morbide. Le fait essentiel est que les deux lobes de la thyroïde présentent absolument la même structure qu'à l'état normal, sans aucune modification hypertrophique, atrophique ou kysteuse des vésicules closes de l'organe. Les parois et le contenu de celles-ci sont également normaux dans les deux lobes. Le liquide des vésicules offre aussi la couleur et la consistance habituelle, avec des concrétions transparentes homogènes sphériques ou à contours sinueux, et de nature azotée, comme on en trouve dans presque toutes les vésicules thyroïdiennes chez l'adulte.

Arrivons à la description des éléments caractéristiques du produit qui nous occupe.

Le tissu de chacun des lobes en lesquels se subdivise la tumeur offre partout la même constitution. Dans tous les points sans exception, il est formé de tubes ayant l'aspect de ramifications glandulaires, avec cette particularité que le tissu cellulaire qui existe dans les glandes manque ici complétement. En moyenne, ces tubes offrent une largeur de 50 à 70 millimètres : mais il en est qui sont beaucoup plus petits. La longueur de ces tubes ne saurait être déterminée : tout ce qu'on peut indiquer, c'est qu'elle dépasse habituellement 4 à 5 millimètres. Ils sont contournés, quelquefois repliés sur eux-mêmes ; dans leur longueur fig. 2, *b* et *c*, ils offrent çà et là des saillies en forme de cul-de sac et de doigts de gant (*d e*). Presque toujours une de leurs extrémités est subdivisée en deux, trois, quatre et même six culs-de-sac. Il importe de noter que l'expression de *tubes* n'est employée ici que par suite de l'analogie de forme qui existe entre ces productions et les culs-de-sac glandulaires; car nous verrons bientôt que ces filaments ne sont point creux ni tubuleux. Il est possible d'observer, sur les plus courts de ces filaments, que leur extrémité opposée à celle qui est ramifiée est, en général, simple (*a*) ou rarement bifurquée ; mais elle se termine également sous forme de cul-de-sac arrondi, conique ou papilliforme. Il n'est pas rare, en outre, de trouver de ces filaments qui, présentant d'espace en espace des prolongements en forme de doigt de gant sur leur longueur et sur leurs deux extrémités simples. On peut, du reste, d'un ligament à l'autre, observer des variétés de conformation pour ainsi dire innombrables. Il nous reste maintenant à indiquer les caractères des éléments anatomiques qui, par la réunion, constituent la substance de chacun de ces filaments. (Dans la fig. 2 le filament *a b c d e* est grossi à 100 fois.)

Les éléments dont nous voulons parler sont :

1° Des noyaux libres ;

2° Une matière amorphe qui leur est interposée ;

3° Des corpuscules arrondis ou ovoïdes particuliers. Ces noyaux (fig. 2, *a'*; à gauche de la figure) sont tous ovoïdes, longs de 11 à 14 millièmes de millimètre, larges de 6 à 8 millièmes de millimètre; leurs contours sont nets, assez foncés; ils ne contiennent pas de nucléoles, et offrent une grande quantité de fines granulations moléculaires uniformément distribuées et assez foncées. Ces noyaux sont un peu resserrés par l'acide acétique, qui rend leurs bords un peu plus nets. L'acide sulfurique les gonfle et les dissout assez rapidement ; tous sont fortement cohérents dans les tubes qui les constituent.

Outre ces noyaux, qui comprennent la plus grande partie des culs-de-sac, on trouve, en certains points, des cellules polyédriques généralement irrégulières (*b'*, à gauche et au bas de la fig. 2), quelquefois, cependant, assez irrégulièrement prismatiques et un peu allongées. Elles sont pressées les unes contre les autres, tantôt en cylindre et en doigt de gant et entièrement fermées; tantôt, et c'est là le cas habituel, on ne les trouve pour ainsi dire qu'exceptionnellement, soit sur quelques points d'un filament, soit mélangées au noyau. Lorsqu'elles sont en grand nombre, elles sont assez fortement cohérentes ensemble et disposées à la manière des épithéliums prismatiques. Elles renferment un noyau semblable au noyau libre. La substance de la cellule au centre de laquelle se trouve le noyau est pâle, finement granuleuse, et pâlie par l'acide acétique, sans être complétement dissoute.

Entre les noyaux, et les maintenant en quelque sorte agglutinés, se trouve une petite quantité de matière amorphe assez tenace (*a'*). Cette matière amorphe est finement granuleuse, plus transparente que les noyaux, pâlie par l'acide acétique sans être dissoute par elle. Sur un grand nombre de filaments on constate qu'elle dépasse au dehors, dans l'épaisseur de 2 à 4 millièmes de millimètre, les noyaux qu'elle maintient réunis.

4° Dans l'épaisseur de la plupart des cylindres ou filamenls en doigt de gant, on trouve, tantôt en petite quantité, tantôt plus rapprochés les uns des autres, des corps transparents, réfractant assez fortement la lumière, et qui, placés au milieu des noyaux (voyez fig. 2, en *b*), donnent au cylindre qui les renferme un aspect assez élégant. Ces corps ont un contour net, assez foncé, et leur masse est claire, homogène, brillante en quelque sorte (fig. 2, *f g*) ; quelques-uns offrent un point central, ou même un petit corpuscule en forme de noyau, large de 2 à 5 millièmes de millimètre (*f*). Il n'est pas rare de trouver une série de lignes concentriques très pâles autour du centre de ces corpuscules (*g*). Cette disposition leur donne une certaine analogie de forme et d'aspect extérieur avec certains grains de fécule. Comme on trouve, dans le cerveau et dans quelques autres régions de l'économie des corpuscules particuliers analogues à ceux-ci par leur aspect extérieur, et appelés en raison de ce fait *corpuscules amylacés*, nous avons dû essayer l'action successive de la potasse, ou de l'acide sulfurique, ou de l'acide nitrique étendu, puis celle de l'iode. L'acide sulfurique les pâlit beaucoup sans les dissoudre ; la potasse les gonfle et les ramollit considérablement. Avant et après l'action de ce réactif, la teinture d'iode ne fait que leur donner une teinte jaune brunâtre, comme elle le fait sur toutes les substances azotées. Elle ne donne ici la coloration bleuâtre ni la coloration violacée propre à la cellulose et aux principes isomères. Le volume des corps est, en général, de 25 millièmes de millimètre ; cependant, un peut en trouver de moitié plus petits, comme aussi de moitié plus volumineux. Il est très commun d'en trouver deux, trois et même davantage, qui sont soudés les uns à la suite des autres et un peu aplatis aux points d'adhérence (*g*). Ces corps ressemblent un peu à ceux qui ont été désignés sous

le nom de *corps oviformes* dans l'observation précédente ; mais ils ressemblent encore davantage à certaines petites concrétions également de nature azotée, que l'on rencontre dans les culs de sac de la prostate. Ils diffèrent en outre des corps *amylacés* en ce qu'ils réfractent beaucoup plus fortement la lumière et ont un contour plus brillant. Lorsque, par la dilacération, on a rompu les tubes dont il a été question précédemment, ces corps se détachent, flottent librement, et ce n'est que très exceptionnellement qu'à leur surface restent adhérents quelques uns des noyaux (*a'*) qui composent la masse du cylindre. (Dans la fig. 2 les parties indiquées en *g h* et *a' b'* sont dessinées à l'aide d'un grossissement de 500 diamètres.)

(*La fin prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

DE LA PEAU BRONZÉE. — DOUBLE RUPTURE DE LA VESSIE SANS LÉSION DES PAROI ABDOMINALES; SIÉGE PEU COMMUN DES DÉCHIRURES.

La maladie connue en Angleterre sous le nom de *peau bronzée* (*bronzed skin*) s'est rencontrée fréquemment, depuis quelque temps, dans les hôpitaux de ce pays, comme si elle y eût été appelée par une publication intéressante de M. Th. Addison sur la matière. Il ne s'agit pas, dans ces faits, de cette coloration accidentelle de la peau, que produit parfois l'usage interne du nitrate d'argent, et qui ne s'accompagne d'aucun dérangement notable de la santé, mais bien d'une affection idiopathique, de caractère fort sérieux, qui paraît liée à quelque modification profonde de l'organisme, et dont la teinte bronzée n'est qu'un signe extérieur. Les journaux anglais en ont récemment publié d'assez nombreux exemples; nous en résumons seulement quelques-uns, empruntés à l'hôpital de Guy, à l'hôpital de Saint-Bartholomé, à l'infirmerie générale de Worcester, et à l'infirmerie royale de Bristol.

Obs. I. — Ch. Webb, âgé de vingt-quatre ans, entra, le 24 juillet 1855, à Guy's Hospital, dans le service de M. Barlow. C'était un homme bien constitué, ayant des habitudes de tempérance, employé comme charpentier au Palais de cristal. Il avait toujours joui d'une bonne santé, quand, il y a cinq mois, il éprouva de la débilité, de l'essoufflement au moindre exercice, des nausées, ce qu'il appelait lui-même un état bilieux (*biliousness*), avec un dépérissement graduel. A son entrée à l'hôpital, il fut considéré comme atteint de dyspepsie; l'estomac était irrité ; il y avait de la faiblesse, de l'émaciation. La peau offrait une couleur basanée, qui tourna bientôt au noir. Pouls régulier, faible, à 70 ; langue nette ; perte complète d'appétit. Les vomissements se prononcèrent ; la teinte de la peau devint de plus en plus foncée.

La veille de la mort, on prit les notes suivantes : Grand malaise ; épuisement des forces ; pas de troubles cérébraux ; nausées constantes ; vomissements fréquents. Langue sèche et rouge ; abdomen rétracté ; pulsation aortique peu développée ; pouls faible, à 120 ; pas de douleurs du côté des reins : peau d'un brun livide, olivâtre. Le dedans des lèvres est tapissé d'une couche pigmentaire noire ; les lèvres elles-mêmes sont noires à la surface, comme si elles étaient couvertes d'un dépôt fuligineux. La couleur noire de la peau est surtout marquée aux membres inférieurs, aux environs des genoux. Cheveux d'un brun noirâtre, iris bleu, ongles d'un blanc de perle. Le sang sorti d'une piqûre est rutilant, mais riche en corpuscules blancs. Urine pâle et ne contenant pas d'albumine. Le malade mourut subitement après que ces notes eurent été prises.

Il ne fut permis de pratiquer sur le cadavre qu'une petite incision, par laquelle on retira les deux capsules surrénales. Toutes deux étaient malades. La gauche était atrophiée ; son tissu normal était remplacé par des kystes dont un était gros comme une noisette, et qui contenaient une liqueur trouble, mais incolore. La capsule droite contenait des masses arrondies, indurées, de structure fibreuse, ayant généralement le volume d'un petit pois. (*Med. Times*, 19 janv. 1856.)

Obs. II. — Cette observation, qui a été recueillie à l'hôpital de Saint-Bartholomé, dans le service de M. Burrows, est relative à une femme de vingt-huit ans, de constitution faible. Voici ce qui fut constaté à l'entrée de la malade : Expression de langueur, et parfois d'anxiété. Peau remarquablement basanée, ou plutôt d'une teinte brun jaunâtre. Cette couleur est surtout marquée à la face, puis au bras et sur le devant des cuisses et des jambes. Ce changement de couleur offre des plaques irrégulières. Respiration naturelle, pouls petit, faible, à 60. Anorexie. Selles régulières, ainsi que le flux menstruel ; celui-ci est pourtant trop abondant parfois. Soif légère. La malade se plaint surtout d'une douleur dans la région des reins, et d'une grande faiblesse. Cette douleur revient environ toutes les deux ou trois heures ; elle s'étend en cercle à la partie inférieure de l'abdomen, et n'augmente pas à la pression. On s'assure qu'elle date d'environ trois mois, et que son début a été immédiatement suivi du changement de couleur de la peau.

A l'hôpital, la douleur de reins et la teinte anormale de la peau varièrent plusieurs fois d'intensité, les autres symptômes restant les mêmes. L'urine fut souvent examinée, et l'on n'y constata rien de particulier. Les règles coulèrent presque continuellement, mais en petite quantité. Le traitement consista dans l'administration de l'éther chlorique et dans l'usage d'un régime nutritif. Pendant les premières semaines, la malade restait couchée sur le dos, la douleur étant moindre dans cette position. Plus tard, elle put se lever et même marcher un peu; sa santé générale s'améliora considérablement. Entrée à l'hôpital le 18 mai, elle y resta jusqu'au 7 juillet. Quelques mois après, on apprit qu'elle était morte à son domicile. L'autopsie ne put être faite. (*Ibidem.*)

Obs. III. — Marthe Staddon, mariée, âgée de quarante-deux ans, mère de sept enfants, entra à l'infirmerie royale de Bristol, le 4 octobre 1855, dans le service de M. William Budd. Cette femme avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet de l'année dernière, époque où elle fut enfermée. Elle fut prise alors d'une affection que le médecin qualifia de *typhus fever*. Elle devait être alors dans le premier mois d'une grossesse, car elle donna le jour à un enfant bien développé, le 2 mars suivant. Peu de temps avant la fièvre, sa peau avait commencé à prendre une teinte brune, ce qu'elle attribuait au hâle, ses occupations l'exposant à l'action du soleil. La fièvre passée, la couleur brune devint graduellement plus marquée, mais encore peu considérable. Après l'élargissement, la peau prit rapidement une teinte noirâtre, qu'elle a gardée depuis. A cette époque, la santé générale s'altéra sérieusement : perte d'appétit, vomissement des aliments par intervalles, faiblesse et sensation d'étouffement ; enfin, une toux fatigante s'établit avant l'admission à l'hôpital.

Aujourd'hui, l'aspect de cette malade est singulier. De fraîche et belle qu'elle était, elle est devenue semblable à une femme de la race noire ; on dirait une Indienne de l'Amérique du Nord, si ce n'est que son teint est plus olivâtre. Les parties les plus noires sont la face, le cou, les avant-bras et les seins, c'est-à-dire les régions qui, à l'exception de la dernière, sont le plus exposées au soleil et à l'air. Autour des mamelons, dans une étendue qui dépasse considérablement celle de l'aréole naturelle, la couleur est très intense. Le côté droit du corps est en général plus foncé que le gauche ; les paumes des mains ont gardé presque leur blancheur naturelle, contrastant ainsi avec la face dorsale, qui est aussi colorée que dans la race noire. Néanmoins, il y a, sous ce rapport, deux différences importantes. Outre la teinte générale, toute la surface du corps, chez cette femme, est mouchetée de petites taches circulaires d'un noir foncé. Ces taches abondent principalement à la face, au cou, aux avant-bras et au dos des mains, toutes parties ordinairement exposées à l'air, qui offrent d'ailleurs, chez le commun des hommes, une teinte plus brune que sur le reste du corps, et sont le siége de prédilection des plaques de rousseur. Les taches de la malade ne siégeaient pas à la surface même de la

peau, mais dépendaient évidemment d'une plus grande abondance ou d'une couleur plus noire du pigment ordinaire. En second lieu, les cheveux et les yeux avaient gardé leur apparence normale ; la malade elle-même affirmait qu'il n'y était survenu aucun changement appréciable. Ajoutons que l'enfant auquel cette femme avait donné le jour, sept mois avant son admission, a la peau très blanche.

Les circonstances symptomatologiques à noter sont les suivantes : Aucune modification dans les sécrétions ; l'urine a un reflet brillant qui rappelle celui de l'ambre, et les selles sont d'une couleur d'ocre; Essoufflement; tendance à la syncope, même dans la position assise. extrême débilité. Cet état d'épuisement alla en augmentant en même temps que la coloration de la peau. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie ni autre flux susceptible d'épuiser. Deux jours avant l'admission, les vomissements étaient devenus constants, et se sont prolongés pendant les trois semaines de séjour. Les aliments liquides ou solides étaient rendus aussitôt que pris.

L'observation la plus minutieuse ne fit découvrir aucune lésion dans les principaux viscères, ni dans les poumons, ni dans le cœur, ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans l'utérus ou ses annexes. Pas de trace d'albuminurie ni de maladie quelconque des reins, ancienne ou récente. La malade n'a jamais eu de fièvre intermittente, et il n'y a aucun indice de gravelle ou de pierre. La mort eut lieu au bout de trois semaines.

Le cadavre n'a pas été ouvert. (*Association Medical Journal*, 19 janv. 1856.)

Obs. IV. — Dix ans auparavant, M. Budd avait vu un cas analogue. C'était une femme de quarante ans, chez laquelle la nigritie s'était développée graduellement et sans cause connue. La maladie offrait ici un caractère particulier : une grande partie de la muqueuse de la bouche était presque entièrement noire, par suite d'un dépôt pigmentaire. La couleur ressemblait exactement, par sa teinte et sa distribution, à celle qui existe naturellement dans la bouche de certains chiens terriers, et qui est considérée comme un signe de race. Le palais et la face interne des lèvres et des joues en étaient le siége principal ; il n'y en avait pas trace sur la langue, qui était au contraire très pâle.

Quant au reste, mêmes symptômes que dans le cas précédent, même distribution de la couleur noire, même anémie avec essoufflement, même dépérissement, même tendance à la syncope et aux vomissements, même absence apparente de désordre dans les principaux viscères.

Après quelques semaines de traitement sans aucun succès, M. Budd perdit la malade de vue ; mais il apprit qu'elle était morte peu de temps après.

L'autopsie ne put être faite. (*Ibid.*)

Pour des observateurs rigoureux, des faits tels que ceux qui viennent d'être relatés sont loin d'être satisfaisants. Il y manque presque constamment la donnée anatomo-pathologique qui, dans la circonstance, est importante au premier chef, puisque la maladie est rattachée, en Angleterre, à une altération des capsules surrénales. Suivant M. Addison, en effet, une lésion particulière de ces organes dont les fonctions sont si obscures amènerait la teinte bronzée de la peau, comme l'état granuleux des reins engendre l'albuminurie, comme, suivant M. Virchow, certaine lésion de la rate ou des ganglions lymphatiques produit la leucémie (1). Mais les observations précédentes ont au moins l'avantage de présenter un tableau symptomatique assez complet et vraiment curieux de la maladie; et, à ce titre, elles sont suffisantes pour assigner un point de départ et une base fixe à l'investigation des médecins français.

On l'a vu, le caractère dominant de cette affection est une coloration foncée de la peau, qui peut aller jusqu'à la nigritie. Cette coloration se distribue ordinairement d'une manière inégale. Dans la première observation, elle occupait principalement les membres inférieurs; dans la deuxième et la troisième, la face, le cou, le haut de la poitrine, c'est-à-dire les parties les plus exposées à l'action de l'air et du soleil; dans la troisième encore, elle était plus prononcée à droite qu'à gauche ; enfin, dans la quatrième, elle était surtout plus intense dans la bouche et le palais. Ce dernier fait peut être rapproché des cas de *nigritie de la langue*, rapportés tout récemment par M. Bertrand de Saint-Germain (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 877). Indépendamment de cette inégalité dans la répartition générale, la teinte noire peut se présenter sous forme de plaques plus ou moins distinctes, plus ou moins détachées, à peu près comme sont les plaques d'éphélides. De plus, sur la teinte noirâtre générale, ou sur des plaques isolées, se dessinent parfois de petites taches plus foncées que tout le reste, comme on l'a vu dans les troisième et quatrième observations.

En même temps que la peau change ainsi de couleur, la santé subit de graves dérangements. Le sujet se sent atteint d'une débilité profonde; il perd l'appétit, éprouve bientôt des nausées, puis des vomissements opiniâtres. Les aliments sont souvent rejetés aussitôt que pris. Il n'y a pas ordinairement de diarrhée. On a noté des douleurs persistantes dans la région des reins ; mais ce symptôme, qui serait en rapport avec le siége présumé de la maladie, est loin d'être constant. Les observations ne mentionnent d'hémorrhagie par aucune voie; le flux menstruel ne devient même pas irrégulier. Aucun caractère spécifique du côté des urines; on a vu seulement, dans une des observations précédentes, que l'urine avait un reflet brillant. L'affaiblissement augmente de jour en jour, et la mort arrive sans qu'on ait pu surprendre dans aucun viscère un désordre suffisant pour expliquer une aussi funeste terminaison.

Voilà, en peu de mots, l'expression symptomatologique de la maladie. Y a-t-il réellement une relation entre ces désordres et une altération des capsules surrénales? Les faits jusqu'ici connus ne nous disposent que très médiocrement à l'admettre. Nous attendrons d'abord que la coexistence de la nigritie et d'une lésion des capsules ait été constatée un certain nombre de fois, et, de plus, qu'on se soit bien assuré, par des nécropsies attentives et minutieuses, par l'examen chimique et microscopique du sang, que cette lésion est la seule qui puisse rendre compte des phénomènes.

Reconnaissons enfin que les faits précités, où le développement successif et la distribution même de la teinte noire, ne permettent guère de rapporter celle-ci à autre chose qu'un dépôt de pigmentum, viennent à l'appui de l'explication présentée par M. Bertrand au sujet de ses propres observations, et ne sont pas favorables aux objections élevées, sur une première impression, par un de nos anciens rédacteurs. Mais, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, il est sage d'attendre l'enseignement d'une observation plus complète.

A. Dechambre.

Les ruptures de la vessie sans lésion des parois abdominales sont assez communes ; mais le fait suivant, qui nous est transmis par un honorable correspondant, M. le docteur Quentin (de Cambrai), est curieux, d'abord par l'existence de deux ruptures distinctes, ensuite par le siége qu'elles occupent. Ordinairement, a-t-on dit, quand la vessie se déchire par l'effet d'une chute ou d'un coup porté sur le ventre, c'est

(1) Voir à la *Revue des journaux*, p. 93.

à la partie postérieure et inférieure. Ici l'une des déchirures a eu lieu en avant et près du sommet, c'est-à-dire juste à l'opposite du siége en question; l'autre en bas et à gauche du trigone vésical.

La production d'une rupture de la vessie dans ce cas se conçoit aisément : le sujet avait bu outre mesure, et tout fait présumer, comme le dit l'auteur, qu'il est tombé en allant satisfaire le besoin d'uriner et en prenant la fenêtre pour la porte. Sa vessie était donc distendue, et telle est la condition constante des ruptures effectuées sous l'influence d'un choc des parois abdominales.

Il nous semble également facile d'expliquer le siége des deux perforations. Il est probable que c'est la partie la plus inférieure de l'hypogastre qui a porté, dans la chute, sur la traverse inférieure de la fenêtre, et que, la vessie se trouvant ainsi comprimée dans son milieu, il en est résulté un reflux de l'urine vers ses extrémités supérieure et inférieure. La première étant conoïde, toute la pression devait se concentrer vers son sommet; quant à la seconde, M. Mercier a signalé sur ses côtés une particularité de structure qui rend assez bien compte de la rupture qui s'y est opérée. Il a fait voir que, tandis qu'il y a dans les autres points au moins deux couches de fibres musculaires, là il n'en existe qu'une, et qu'elle y présente même souvent des lacunes, principalement au-dessus du passage des uretères. Aussi est-ce dans cette région que la muqueuse vésicale fait le plus souvent hernie pour former ensuite des poches dont la capacité dépasse quelquefois celle de la vessie elle-même. A. D.

Obs. — Dans la nuit du 19 au 20 août 1855, le nommé Lehire, premier cavalier au 1er cuirassiers, est entré au n° 22 de la salle 1re de l'hôpital militaire de Cambrai.

Agé de vingt-huit ans, cet homme était sorti le 23 juin de l'hôpital, guéri d'une pleuro-pneumonie. Il avait repris son service. Ce militaire, qui avait l'habitude de s'enivrer, rentra tard au quartier le 19 août; il avoue qu'il avait bu ce jour-là plus que de coutume. Vers trois heures du matin, on le trouva au bas d'une fenêtre située au premier étage; on suppose que, voulant satisfaire le besoin d'uriner, il prit la fenêtre ouverte pour la porte. Incapable de se relever, il fut transporté à l'hôpital. Durant le trajet, il ressentit d'horribles souffrances dans le bas-ventre.

A l'hôpital, nous le trouvons le matin sans fièvre, l'expression du visage est normale; on constate une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche; avec la difformité caractéristique, on trouve de la crépitation très facile à obtenir. Il existe une légère excoriation au niveau de l'articulation radio-carpienne.

Le poignet gauche offre du gonflement sans aucune déviation; la pression sur l'extrémité inférieure du radius détermine une vive douleur. La paupière inférieure du côté gauche, tuméfiée comme tout ce côté de la face, est le siége d'une large ecchymose. Le doigt appuyant sur l'os malaire perçoit manifestement la crépitation osseuse; l'os semble s'enfoncer sous le doigt. Du côté droit de la face, on constate aussi, mais d'une manière plus obscure, de la crépitation, sans qu'on puisse bien préciser le siége de la fracture.

Le maxillaire inférieur est brisé entre la symphyse du menton et la branche ascendante gauche; le fragment interne fait une saillie très prononcée à l'intérieur de la bouche.

Le malade se plaint à peine de son poignet gauche; il ne parle pas des autres lésions que je viens de mentionner; il ne s'occupe que d'une douleur excessive siégeant dans le bas-ventre, douleur que le moindre mouvement comme la plus légère pression exaspère. Le besoin d'uriner est continuel, la miction impossible; le malade n'a point de délire; il répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse; seulement il est agité et parle beaucoup. (*Saignée de 500 grammes; limonade tartro-boratée; lavement laxatif, sinapismes aux jambes.*)

Dans la matinée, six sangsues sont mises successivement aux apophyses mastoïdes. Comme le sujet se plaint toujours du besoin d'uriner, on le sonde; il n'y a point d'obstacle dans le canal de l'urèthre; la vessie est presque vide, car il n'en sort que quelques gouttes d'un liquide coloré par le sang; le cathétérisme a cependant soulagé pour un instant. Après quelques minutes, le ténesme vésical reparaît, le malade demande souvent à être sondé, et chaque fois l'instrument ne fait sortir que quelques gouttes de liquide sanguinolent et procure un soulagement momentané.

Dans l'après-midi, le pouls est à 110, la soif vive; la loquacité augmente sans qu'il y ait délire. En allant à la garderobe, Lehire a rendu par l'urèthre une certaine quantité de sang, ce qui a notablement diminué ses douleurs; mais après quelque temps elles reviennent aussi vives que ce matin, et le soir elles s'étendent à tout l'abdomen. (*25 sangsues à l'hypogastre.*)

Le lendemain 21 août, le gonflement de la face a augmenté; le ventre est devenu dur, tendu, de plus en plus douloureux; la fièvre est aussi intense et le besoin d'uriner aussi fréquent, bien qu'il n'y ait pas d'urine dans la vessie; agitation sans délire. (*20 sangsues sur l'abdomen; onctions mercurielles, belladonées; compresses émollientes; tisane tartro-boratée.*)

Mort à six heures du soir presque subitement, sans agonie.

Autopsie (quinze heures après la mort). — Le cerveau et les méninges sont sans altérations; on ne trouve pas de fracture du crâne.

Le poumon gauche adhère aux parois costales par des fausses membranes fortes, organisées, évidemment anciennes. Les deux poumons sont congestionnés au sommet.

Le péritoine contient une assez grande quantité de liquide (plusieurs verres); toute la masse intestinale est injectée : on y remarque deux larges ecchymoses. Il n'y a pas de fausses membranes dans la partie supérieure de l'abdomen; on en trouve de nombreuses dans la partie inférieure : elles semblent circonscrire l'épanchement. Le liquide qu'elles maintiennent dans l'hypogastre est séro-albumineux, non coloré par le sang. La vessie fait dans cette région une saillie considérable. On voit à sa partie antérieure, au voisinage du sommet, une large déchirure qui a été agrandie en faisant l'ouverture de l'abdomen. La portion séparée du reste de l'organe n'y tient plus que par un seul point; elle est épaisse, rougeâtre, et offre sur les bords des taches noirâtres correspondant à la rupture primitive. Les tuniques de la vessie sont épaissies et rougeâtres; la muqueuse offre çà et là, sur un fond blanc, des taches d'un noir bleuâtre. On trouve, en bas et à gauche du trigone vésical, une seconde déchirure dont les bords sont frangés et noirâtres : elle intéresse toutes les tuniques de l'organe, et s'ouvre dans un cul-de-sac creusé dans l'épaisseur du tissu cellulaire du petit bassin. La vessie ne contient qu'une très petite quantité de liquide rougeâtre.

L'os malaire gauche est enfoncé dans la fosse zygomato-temporale; il entraîne avec lui une partie notable du maxillaire supérieur. Celui-ci offre du même côté plusieurs larges esquilles enfoncées dans le sinus, à la paroi externe duquel elles appartiennent; dent canine et première molaire déchaussées. Le maxillaire inférieur présente une fracture très oblique à gauche. Le nerf dentaire déchiré se voit sur le fragment interne.

Du côté droit, une fracture du col du condyle de la mâchoire siégeant à deux centimètres et demi de la surface articulaire.

Apophyse styloïde du radius droit entièrement détachée du reste de l'os, sans qu'il y ait déplacement. Le cubitus et le ligament inter-articulaire sont intacts; une portion de la surface articulaire du semi-lunaire est rompue et broyée en petits fragments.

Du côté gauche, tête radiale entièrement détachée et subdivisée en sept ou huit esquilles; tête de l'apophyse styloïde du cubitus arrachée, entraînant avec elle le ligament triangulaire qui s'y attache. En outre, on trouve le pyramidal en deux morceaux, et le gros os de la deuxième rangée du carpe complétement séparé de son col.

Dr QUENTIN (de Cambrai).

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE ANNUELLE DU 28 JANVIER 1856. — PRÉSID. DE M. REGNAULT.

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

SCIENCES PHYSIQUES. — *Prix de physiologie expérimentale de l'année* 1855, fondé par M. de Montyon. (*Comm* : MM. Flourens, Serres, Rayer, Magendie, Cl. Bernard, *rapporteur*.)

M. Bernard termine son rapport de la manière suivante : « En résumé, les expériences de M. Brown-Séquard ont éclairé une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la physiologie de la moelle épinière, celle qui est relative à la *transmission des impressions sensitives* dans cette portion de l'axe cérébro-spinal. Si quelques faits étaient déjà connus sur ce point, M. Brown-Séquard en a ajouté beaucoup de nouveaux ; il a varié ses expériences et en a coordonné les résultats de façon à résoudre d'une manière très satisfaisante la question qu'il s'était proposé de traiter. En conséquence, la commission, à l'unanimité, lui décerne le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1855.)

Prix de médecine et de chirurgie de l'année 1855. Fondation Montyon. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Velpeau, Rayer, Duméril, Magendie, Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard, *rapporteur*.)

La commission n'a pas cru devoir décerner de prix cette année ; mais elle propose d'accorder dix récompenses, savoir :

1° Une récompense de 1,500 francs à M. *Hannover*, pour l'ensemble de ses recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil.

2° Une récompense de 1,500 à M. *Lehmann* pour son *Traité de chimie physiologique*.

3° Une récompense de 1,500 francs à M. *Bouquet*, pour son mémoire sur l'analyse des eaux du bassin hydrologique de Vichy.

4° Une récompense de 1,500 francs à M. *Beau*, pour ses études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil splénohépatique.

5° Une récompense de 1,500 francs à M. *Corvisart*, pour ses recherches sur l'action thérapeutique de la pepsine.

6° Une récompense de 1,500 francs à M. *Béraud*, pour ses recherches d'anatomie et de pathologie sur les voies lacrymales.

7° Une récompense de 1,000 francs à M. *Cazeaux*, pour son mémoire sur la chloro-anémie des femmes enceintes.

8° Une récompense de 1,000 francs à M. *Dareste*, pour son travail sur les circonvolutions cérébrales.

9° Une récompense de 1,000 francs à M. *Tardieu*, pour son ouvrage sur l'hygiène publique et la salubrité.

10° Une récompense de 1,000 francs à M. *Foissac*, pour son traité de la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1856, 1857 ET 1863. — *Grand prix des sciences physiques*, proposé pour 1857. (*Comm.* : MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Duméril, Ad. Brongniart, *rapporteur*.)

Étudier le mode de formation et la structure des spores et des autres organes qui concourent à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores, et particulièrement pour les champignons parasites, leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants.

Cette question peut se scinder en trois questions secondaires : 1° formation, développement et structure comparée des spores et spermaties dans les divers groupes de champignons ; 2° nature des spermaties et rôle physiologique de ces corps dans la reproduction des champignons, déterminés par des expériences positives ; 3° germination des spores et propagation des champignons parasites, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des végétaux ou animaux vivants.

L'Académie pourrait accorder le prix à l'auteur d'un mémoire qui répondrait d'une manière satisfaisante à une de ces trois questions.

Les mémoires devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1857, *terme de rigueur*.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Grand prix des sciences physiques, proposé en 1854 pour 1856. (*Comm.* : MM. Flourens, Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Brongniart, Milne Edwards, *rapporteur*.)

Étudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires proprement dits (polygastriques de M. Ehrenberg).

Les mémoires ont dû être déposés au secrétariat de l'Institut le 1er janvier 1856.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Grand prix des sciences physiques, proposé en 1847 pour 1849, remis au concours pour 1853, et de nouveau pour 1856. (*Comm.* : MM. Flourens, Serres, Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire, Coste, *rapporteur*.)

Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, prises l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre soit dans l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryogénie comparée.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Les mémoires devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1856. *Ce terme est de rigueur.*

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage imprimé ou manuscrit qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur*.

Divers prix du legs Montyon. — Les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des *découvertes* et *inventions* propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs devront être envoyés *francs de port* au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril de chaque année.

Prix Cuvier (de la valeur de 1,500 francs). — Il sera décerné à l'ouvrage le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1854 jusqu'au 31 décembre 1856, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Prix Alhumbert, pour les sciences naturelles, proposé en 1854 pour 1856. Médaille d'or de 2,500 francs. (*Comm.* : MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Duméril, Brongniart, Milne Edwards, *rapporteur*.)

Étudier le mode de fécondation des œufs et la structure des organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la classe des polypes ou de celle des acalèphes.

RAPPORT DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE SUR LE LEGS BRÉANT. — (*Comm.* : MM. Magendie, Serres, Andral, Velpeau, Bernard, *rapporteur*.) La commission réduit aux conditions suivantes le programme auquel les compétiteurs devront satisfaire :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra : trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas ;

Ou indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra

asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie;

Ou enfin, découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 fr., il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 fr. pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Les mémoires destinés au concours, pour le prix du legs Bréant, devront porter ostensiblement le nom de l'auteur. Ils devront être déposés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut.

Les prix annuels, qui seront décernés jusqu'au moment où le prix de 100,000 fr. aura été obtenu, seront décernés chaque année dans la séance publique. Le jugement de la commission portera exclusivement sur les mémoires qui auront été reçus du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Lectures. — M. *Flourens*, secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, a lu, dans cette séance, l'éloge historique de *Léopold de Buch*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Une demande d'analyse des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes) adressée par le préfet de ce département ; — *b*. Une demande de M. le docteur *Chapelet*, de Paris, afin d'être autorisé à exploiter une source d'eau minérale découverte par lui à Vrécourt (Vosges); — *c*. Une demande semblable, adressée par le sieur *Renault*, au sujet d'une source minérale située dans la commune de Kontz-Basse (Moselle); — *d*. Un rapport de M. le docteur *Silve*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Digne, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 ; — *e*. Un rapport de M. le docteur *Peyrocave* sur le service médical des eaux minérales de Barbotan (Gers) pendant l'année 1853 (*Commission des eaux minérales.*)

2° Communications de : — *a*. M. le docteur *Lalagade*, d'Alby (Mémoire sur une épidémie de rougeole qui a régné à Alby et dans les environs, du mois de mars au mois d'août 1855). (*Commission de vaccine et des épidémies*) — *b*. MM. les docteurs *Warin* et *Puel* (Observation d'un cas d'hydrophobie rabique). (*Comm.:* MM. Renault et Jolly.)

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. *O. Henry* lit : 1° Un rapport au sujet d'une source minérale découverte à Vals (Ardèche). Comme le bourg de Vals est déjà très riche en eaux minérales du même genre, comme la source dont il s'agit est voisine des sources anciennement connues, la commission ne voit aucune urgence pour le pays à son exploitation, et propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder au sieur Mathou l'autorisation qu'il sollicite. (*Adopté.*)

2° Un rapport sur l'eau minérale de Vauguières (Drôme). C'est une eau acidule gazeuse, bicarbonatée, calcaire, ferrugineuse, renfermant de l'iode en proportion notable. Les essais faits dans le laboratoire de l'Académie confirment les analyses de M. Martin, chimiste de Marseille. La commission propose d'adresser à M. le ministre une réponse favorable. (*Adopté.*)

3° Un rapport au sujet des eaux mères de la saline de Salins (Jura). Ces eaux, déjà analysées par MM. Dumas et Pelouze, contiennent des chlorures, des bromures et des sulfates alcalins. Les résultats obtenus dans le laboratoire de l'Académie sont en parfait accord avec les précédents; on y a, de plus, constaté quelques traces d'iodure. La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter les eaux mères de Salins en bains minéraux. (*Adopté.*)

4° Un rapport sur l'eau minérale de deux nouvelles sources découvertes à Vittel, près de Contrexéville (Vosges). Par leur nature chimique, ces eaux justifient les propriétés médicales reconnues depuis longtemps. L'une, dite *source Marie*, est sensiblement purgative, à cause des sels magnésiens et sodiques surtout qui la minéralisent ; l'autre, dite *des Demoiselles*, est tonique et fortifiante par le fer qui entre dans sa composition. Les conclusions favorables sont adoptées.

Chimie organique. — M. *Gobley* lit un travail intitulé : *Analyse du champignon comestible de couche*, qui forme la première partie de ses *Recherches chimiques sur les champignons vénéneux*. Ce mémoire, dit en commençant M. Gobley, a été déposé au secrétariat de l'Académie le 2 janvier dernier, et depuis longtemps j'avais demandé la parole pour en faire la lecture. Je crois devoir faire connaître ces faits, afin de bien établir que mon travail est indépendant de celui que M. Lefort a présenté à l'Académie des sciences sur le même sujet, mais à un point de vue différent.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes : 1° Le champignon comestible renferme 90,50 pour 100 d'eau ; 2° il contient de l'albumine ; 3° la fibre végétale est formée, comme celle des autres végétaux, par la cellulose; la *fungine* ne peut être considérée comme un principe immédiat, et c'est à l'albumine qu'elle retient que sont dues ses propriétés particulières ; 4° la matière grasse du champignon comestible se compose d'oléine, de margarine et d'une substance particulière, *agaricine*, solide et cristallisée, remarquable par son point de fusion élevé et par sa propriété de n'être pas altérée par les alcalis caustiques ; c'est à cette dernière substance que Braconnot et Vauquelin ont donné le nom d'*adipocire*; 5° la matière sucrée cristallisée ne constitue pas un sucre particulier; elle n'est pas susceptible de fermenter et n'est autre chose que de la *mannite*; 6° le champignon de couche renferme une forte proportion de matières extractives azotées, les unes solubles dans l'eau et l'alcool, les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool; 7° il contient du chlorure de sodium et de potassium, du phosphate de potasse, de la potasse unie aux acides nitrique, citrique et fumarique, du chlorhydrate d'ammoniaque, du phosphate et du carbonate de chaux. (*Comm.:* MM. Grisolle, Guérard et Chevallier.)

Choléra. — M. le docteur *Thomas Longueville* donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Détails sommaires d'un voyage médical en Italie et en Orient pendant les mois de septembre et octobre* 1855. L'auteur, poursuivant ses recherches sur le choléra, a recueilli, pendant son voyage, de nouveaux faits et interrogé de nouvelles autorités, qui confirment les idées qu'il défend sur la noncontagion du choléra et sur la persistance de l'absorption cutanée pendant la période algide. Il annonce enfin que M. Cazalas, médecin principal de l'armée d'Orient, a pu, dans un très grand nombre d'autopsies de cholériques, constater la constance de l'éruption psorentérique sur la muqueuse intestinale.

Pharmacie et chimie médicale. — M. *Langlois*, pharmacien de l'hôtel des Invalides, lit une note *Sur le rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux*. (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Boullay, Gaultier de Claubry.)

La séance est levée à quatre heures dix minutes.

Société anatomique

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1856.— PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Sommaire — Présentation de pièces. — Lésions multiples du squelette de la main consécutives à une plaie d'arme à feu datant de vingt ans. — Corps étranger de l'articulation du genou, de nature fibreuse, enlevé par M. Laugier. — Anévrysme poplité diffus, communiquant avec l'articulation, compression, insuccès, amputation ; une petite tumeur de même nature existait de l'autre côté. — Division congénitale chez une femme de cinquante-quatre ans. — Lecture et adoption du procès-verbal. — Communication relative à la tumeur du gland et de la verge présentée dans la séance

précédente. — Anomalie de nombre et de position des fontanelles pouvant donner lieu à des difficultés de diagnostic quant à la position. — Concrétions fibrineuses des valvules sigmoïdes.—Absence complète des organes génitaux externes chez une femme, pertuis au niveau de la fourchette; disposition normale de l'utérus, de ses annexes et du vagin. —Fracture par écrasement de la deuxième vertèbre lombaire et d'une portion de la première et de la troisième.

Le secrétaire, TRÉLAT.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De la leucémie, par le docteur VIRCHOW.

L'observation de leucémie communiquée à l'Académie de médecine par M. Blache (voir le dernier n°, p. 76) donne un à-propos particulier à la présente analyse. Nous avons déjà, l'année dernière (t. II, p. 552), exposé les termes de la question de priorité élevée entre M. Virchow et M. Bennett, et tracé les principaux traits de l'affection appelée par le premier *leucémie*, et par le second *leucocythémie;* mais le nouveau mémoire du professeur de Vürtzbourg nous permet d'y revenir avec fruit. Il est bon de rappeler aux médecins qui ont quelques préjugés contre les innovations scientifiques, que la leucémie constitue aujourd'hui une forme morbide déjà fort étudiée, éclairée par un grand nombre d'observations authentiques, et, comme le dit l'auteur, *plus avancée que beaucoup de maladies décrites par les médecins de Cos.*

Le sang, comme personne ne l'ignore, renferme deux sortes de globules : les globules rouges et les globules blancs (sans compter les *globulins*). Les globules blancs du sang proviennent de la lymphe et du chyle versés dans le système veineux par le canal thoracique et la grande veine lymphatique droite. Or, la physiologie établit 1° que le sang, en traversant les capillaires, perd une certaine proportion de globules rouges; 2° que la rate a pour fonctions spéciales d'en détruire une proportion plus grande encore, de les *dissoudre*, en en séparant la matière colorante. C'est, suivant M. Kölliker, un amas de globules rouges, à divers degrés de destruction, qui constitue la boue splénique. M. J. Béclard a trouvé expérimentalement que le sang de la veine jugulaire ayant en moyenne 150 parties de globules pour 1,000 parties de sang, celui de la veine splénique n'en a que 136. Il est dès lors facile d'entrevoir deux causes possibles de prédominance anormale des globules blancs dans le sang, à savoir, une formation exagérée de ces globules dans le système lymphatique, et la destruction, exagérée aussi, des globules rouges, soit dans l'intérieur de la rate, soit dans les capillaires. C'est précisément ce qu'on a constaté.

M. Virchow a vu la leucémie coïncider avec un gonflement particulier des ganglions lymphatiques, aussi bien de ceux des membres que de ceux des cavités splanchniques, notamment du mésentère. Il paraît même, d'après une observation de M. Schreiber, que les glandes de Peyer peuvent participer à l'altération. M. Virchow, M. Bennett, et beaucoup d'autres ultérieurement, ont rencontré la leucémie concurremment avec des altérations de la rate. Enfin, l'augmentation proportionnelle des globules blancs accompagne fréquemment certaines affections locales susceptibles de troubler considérablement la circulation capillaire, notamment l'inflammation; suivant Weber, Rokitansky et Griesinger, c'est dans cette circonstance que l'altération du sang est le plus considérable.

Une question se présente. Existe-t-il réellement une relation entre la leucémie et les lésions de la rate et des ganglions lymphatiques? Et si cette relation existe, la leucémie est-elle la cause ou est-elle l'effet de ces lésions?

Quant à l'existence d'une relation directe, on n'en peut guère douter. Le sang, en même temps qu'il se charge de globules blancs, charrie les débris reconnaissables des ganglions et du parenchyme de la rate, c'est-à-dire certains éléments histologiques de ces organes, et la proportion de ces éléments est en rapport avec le degré et l'ancienneté de la leucémie. Mais on peut aller plus loin et regarder comme très vraisemblable au moins que l'altération du sang est *consécutive*. En effet, on est déjà parvenu à constater par une observation directe ce rapport de succession. « Déjà, dit l'auteur, M. Bennett a publié le fait d'un jeune homme de vingt ans affecté d'une tumeur du foie et de la rate datant de plus de quatre ans. A l'entrée du malade à l'hôpital, on ne constate aucune déviation morphologique du sang, et ce n'est que peu à peu et pendant son séjour à l'hôpital qu'on voit la proportion des globules incolores s'accroître successivement. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer, pendant un long espace de temps, un cas non moins décisif. Il s'agit d'un homme robuste, âgé de cinquante et un ans, qui fut admis dans un service de chirurgie de l'hôpital de Würzbourg, dans l'automne de 1852, pour y être traité d'un énorme gonflement des ganglions cervicaux, jugulaires, axillaires et inguinaux. Une petite tumeur s'était développée, trois ans auparavant, sans cause connue, sur le bras gauche, et s'était accrue lentement. Deux ans plus tard, une autre avait apparu au cou, et enfin plusieurs petites s'étaient montrées des deux côtés de la mâchoire inférieure. Lors de son entrée, ces tumeurs formaient des masses de la grosseur du poing, assez molles, flasques, indolentes, la peau qui les recouvrait n'était pas altérée. L'examen microscopique du sang ne donne d'abord à reconnaître aucune anomalie; tous les moyens thérapeutiques employés restèrent sans résultat, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital. Je le revis dans l'hiver de 1852-53 : la tuméfaction avait fait de notables progrès au cou et dans les aisselles, et était devenue très incommode. La circonférence du cou était alors de 20 centimètres, celle de la poitrine de 50. J'examinai le sang nouveau, il contenait un excès très notable de globules blancs de la forme lymphatique. Vers la fin de 1853, je fus informé de son état par le médecin de la ville où le malade résidait. Jusqu'alors il avait pu se livrer à ses travaux, mais depuis quelques semaines il était forcé de garder le lit. Les ganglions du cou étaient si volumineux qu'ils gênaient extrêmement la respiration et avaient fait craindre, à diverses reprises, une suffocation imminente. La tumeur du bras droit, devenue énorme, s'était ouverte par places et avait donné issue à environ un demi-litre d'un liquide jaunâtre, transparent. Les ganglions inguinaux étaient hypertrophiés et indurés. L'état du malade ne fit qu'empirer, et il succomba dans l'été de 1854. L'autopsie ne fut malheureusement pas pratiquée. (1) »

Relativement aux caractères des altérations constatées dans les ganglions lymphatiques et la rate, voici ce qu'en dit M. Virchow :

Les ganglions se tuméfient lentement, mais par saccades, sans entraîner des désordres apparents dans les parties dont ils reçoivent leurs vaisseaux. « Les glandes n'offrent ordinairement dans leur structure qu'une simple augmentation de leurs éléments normaux. A l'extérieur, elles paraissent molles, sans élasticité; on y perçoit une sorte de fluctuation indécise; leur surface est assez lisse, parfois brillante, et d'une couleur qui varie du blanc au jaune ou au gris. Lorsqu'on a pratiqué une coupe, on trouve la portion corticale épaissie, et le tissu caverneux du hile également plus développé. La partie corticale est plus homogène, grise ou d'un blanc rougeâtre; on y distingue avec peine la division normale des follicules; le parenchyme est mou, friable, et laisse suinter un liquide laiteux. En général, la masse, au microscope, ressemble à l'infiltration des follicules intestinaux dans le typhus; elle la rappelle non seulement par sa composition histologique, mais parce que la modification ne se maintient pas dans les limites des glandes, mais s'étend au delà : de sorte qu'on retrouve du tissu glandulaire dans des points où il n'y avait pas trace de glandes.

Les lésions de la rate sont beaucoup plus complexes; quant au développement de la tumeur, les symptômes et la marche sont les mêmes. Nous retrouvons là encore une marche chronique et insidieuse, dont les premières périodes durent souvent des années, échappent à l'examen, où la maladie procède par accès qui s'accompagnent souvent de fièvre et de douleur; plus tard, la douleur spontanée ou à la pression et la fièvre deviennent continues.

L'examen anatomique a donné, en général, des résultats con-

(1) Les passages traduits sont empruntés aux *Archives générales de médecine.*

cordants. La rate est presque toujours très augmentée de volume; son poids atteint souvent de 3 à 5 et 7 livres, c'est-à-dire qu'il est douze ou quinze fois plus élevé qu'à l'état normal. On trouve aussi dans la plupart des cas des signes manifestes de périsplénite; la capsule est presque toujours épaissie, plus opaque, plus laiteuse, parsemée de taches de pigment et d'épaississements occupant des surfaces plus ou moins étendues, rondes, inodulaires en apparence, demi-cartilagineuses. Il existe en même temps des adhérences avec les parties voisines, particulièrement avec le diaphragme et le tissu rétro-péritonéal; l'organe semble avoir augmenté de poids spécifique, il a plus de résistance, et à la section le tissu paraît le plus souvent exsangue; il est d'une coloration d'un rouge plus pâle ou plus jaunâtre, quelquefois plus brunâtre. La surface de section est lisse, relativement sèche et homogène. Les gros vaisseaux seulement paraissent avoir un plus large calibre et restent béants. Les follicules sont petits, souvent mal limités, et par suite indistincts; cependant on les retrouve toujours à l'aide d'un examen plus approfondi, attendu qu'ils se distinguent de la pulpe rouge par leur coloration blanchâtre. La pulpe est d'une abondance excessive, parfois très résistante, presque élastique, difficile à déchirer; on y voit distinctement des trabécules épaissies, qui apparaissent sous forme de lignes blanchâtres, qui font saillie contre la capsule. L'étude microscopique montre partout les éléments normaux, seulement plus abondants et plus condensés; la substance intermédiaire aux cellules de la pulpe est plus considérable et plus solide. Il n'est pas rare qu'on y trouve du pigment passant du jaune au rouge et du gris au noir; il est impossible de méconnaître qu'il s'agit là d'une *hyperplasie* avec induration, et c'est par là que cet état anatomique se distingue du gonflement des ganglions lymphatiques.

Il est rare que ces lésions se maintiennent dans ces limites. Le plus souvent, on rencontre, surtout vers la surface, des foyers plus ou moins étendus, qui se détachent du reste du tissu par leur coloration d'un rouge plus intense; plus tard, la rougeur prend un aspect de plus en plus hémorrhagique. Le foyer, qui d'abord était de niveau avec la surface, se creuse à mesure qu'on l'observe à une époque plus éloignée; il est plus compacte et plus sec. La couleur passe peu à peu d'un rouge foncé au jaune ou au gris sale; la masse devient comme caséeuse ou tuberculeuse, et à la longue elle finit par se transformer en une sorte de cicatrice jaune-orange, ou verdâtre, ou rouge. L'examen microscopique fait reconnaître les éléments normaux de la rate ratatinés et en voie de dissolution; une seule fois, j'ai trouvé du pus dans un de ces foyers.»

Il faut ajouter que le foie est souvent hypertrophié et altéré de diverses manières. M. Virchow l'a vu parsemé de petits points blancs du volume d'un lobule hépatique et qui paraissaient s'être substitués aux lobules.

Quant aux causes et aux symptômes de la maladie, nous avons peu de choses à en dire qui ne se trouvent déjà dans notre article de l'année dernière. Nous rappellerons seulement la distinction établie par M. Virchow entre les faits observés. « Dans une première catégorie, la maladie est toujours *fébrile*, et la fièvre prend le caractère hectique; le malade meurt dans le marasme. Les troubles de la digestion et de la respiration ont lieu ordinairement de bonne heure; la disposition à la diarrhée est interrompue par des accès de constipation; la dyspnée peut être portée à un tel degré qu'elle ne s'explique plus par des désordres musculaires ou pulmonaires, et qu'elle semble plutôt dépendre directement de la constitution intime du sang. — Dans la seconde catégorie, c'est plutôt une diathèse *hémorrhagique*, et les malades succombent ou aux progrès de l'anémie ou à l'apoplexie. Nous ne savons pas encore quelles causes provoquent ces hémorrhagies. Les premières observations n'avaient trait qu'à des malades épuisés par les épistaxis si justement signalées; plus récemment, on a rapporté une série de faits où la vie s'est terminée brusquement par une apoplexie cérébrale. Les hémorrhagies externes peuvent être elles-mêmes si considérables qu'elles deviennent immédiatement mortelles. » (*Gesammelte Abhandl. zur wissenschaft. Medicin*, 1856.)

Soulèvement tardif du lambeau après une kératotomie supérieure, sans symptômes propres à avertir le chirurgien, par M. Coursserant.

Tout ce qui peut nous instruire sur cette belle opération de la kératotomie supérieure doit être recueilli avec soin.

Obs. — Un vieillard de quatre-vingt-deux ans, ayant perdu l'œil droit à la suite de l'abaissement, fut opéré par extraction à gauche.

Huit jours s'étaient écoulés sans aucun phénomène général, sans gonflement des paupières. La levée de l'appareil démentit toutes les espérances de l'opérateur : un épanchement sanguin dans la chambre antérieure, des fausses membranes dans la pupille, une hernie de l'iris dans toute l'étendue du contour du lambeau, une coloration verdâtre de la face antérieure de l'iris, ne me laissèrent aucun doute, dit M. Coursserant, sur les accidents phlegmasiques qui avaient éclaté sourdement et suivi leur marche, sans que rien eût pu permettre d'en soupçonner l'existence, et, par conséquent, d'en combattre les effets. (*Archives d'ophthalmologie*, septembre et octobre 1855.)

Concrétion pileuse développée dans l'estomac; mort; autopsie, par M. Georges May.

Madame Eaton, âgée de vingt-six ans, consulta M. May pour une légère péritonite. Il y a huit ans, elle avait commencé à souffrir dans l'hypochondre gauche, et avait bientôt reconnu une tumeur dure située près de l'ombilic, un peu à gauche de la ligne médiane. Au moment actuel, cette tumeur occupait la position de l'estomac distendu dont elle reproduisait la forme; elle se terminait par un bord convexe nettement limité du côté de la région pylorique. Cette tumeur était dure, légèrement mobile; sa circonférence était arrondie, bien définie; son adhérence aux parois abdominales rendait très douloureuses les tentatives de déplacement.

L'abdomen était tympanisé, le bord du foie facilement reconnaissable. La malade paraissait souffrante, amaigrie, et vomissait de temps en temps; mais, sauf quelques attaques de péritonite, elle ne souffrait que médiocrement. Néanmoins elle s'affaiblit progressivement, et, dans la dernière semaine de la vie, elle fut tourmentée de diarrhée et de vomissements continuels.

Madame Eaton avait déjà reçu les soins de plusieurs médecins qui avaient rapporté le siége du mal à l'estomac, au pancréas, à l'épiploon et au foie. M. May hésita lui-même quelque temps entre l'épiploon et l'estomac, mais il se décida pour ce dernier, d'abord à cause du siége de la tumeur, mais surtout parce que l'espace étroit compris entre elle et le foie était resté sonore à la percussion. Il repoussa également l'hypothèse d'une production maligne, parce que, malgré son volume, la tumeur n'appartenait ni à l'orifice cardiaque, ni à l'orifice pylorique, et que la surface, lisse et arrondie, ne rappelait nullement le cancer.

Autopsie. — L'estomac adhère à la paroi abdominale et renferme une concrétion pileuse mesurant 20 pouces dans la plus grande circonférence, 12 dans la plus petite. Elle pesait 26 onces, et 10 onces seulement après dessiccation. Elle était formée par une grande quantité de petits cheveux agglutinés par du mucus.

En enlevant la coiffure, on vit que la tête n'était recouverte que de cheveux très courts dont les plus longs atteignaient à peine un pouce. La sœur de la défunte raconta alors que depuis l'âge de quatre ans celle-ci avait l'habitude d'avaler ses cheveux, mais que cela n'avait jamais attiré beaucoup l'attention. L'auteur rappelle alors que le docteur Rischée a publié un fait semblable dans le 9e volume d'*Edinburgh Monthly Journal*, et il avoue que si l'idée d'une concrétion stomacale lui était venue il aurait sans peine porté le diagnostic.

M. Cloquet, ayant signalé chez des aliénés la manie d'avaler des cheveux, M. May fait remarquer que la malade qu'il a observée n'avait aucune trace d'aliénation mentale.

Cette observation, très intéressante au point de vue de sa rareté, de la marche du mal et de la possibilité du diagnostic, contient des omissions regrettables. Point de détails sur l'état des digestions, sur

les lésions de la muqueuse gastrique et des viscères abdominaux voisins. On s'étonne également qu'elle n'ait point soulevé la question de la gastrotomie qui eût été ici réellement indiquée. On aurait pu se contenter d'une petite ouverture ou de l'établissement d'une fistule temporaire à l'aide de laquelle on aurait pu fragmenter la masse pileuse. L'issue funeste n'aurait pas suffi pour condamner une opération hardie, mais qui a déjà donné des succès, et qui d'ailleurs a été tentée souvent dans des cas plus radicalement incurables. Mais qui ne voit qu'en chirurgie surtout les indications ne se déduisent guère que d'un diagnostic précis, qui, à son tour, dérive en ligne directe de l'anatomie pathologique et d'un examen général poussé jusqu'à la minutie (*Assoc. Medical Journal*, 1856, nº 156.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De la kératite et de ses suites, par le docteur Raphael Castorani. 1 vol. in-8 de 156 p. Paris, Germer Baillière.

M. Castorani a fait une monographie très claire et très pratique de ce que l'on est convenu de nommer kératite. Comme le côté doctrinal a été complétement passé sous silence par l'auteur et à dessein, ce n'est pas le lieu de contester cette singulière expression de kératite, qui baptise d'un même nom les affections les plus dissemblables, et, pour les réunir, s'adresse justement à la maladie à laquelle la cornée semble le moins faite, l'inflammation.

L'auteur étudie successivement les kératites en les classant de la façon suivante :

1° *Kératites primitives.* — Ce sont les kératites pointillées, disséminées, pustuleuses.

2° *Kératites secondaires.* — Ce sont les kératites vasculaires, suppuratives, ulcéreuses.

On ne peut prétendre à une grande originalité dans un sujet pareil, et M. Castorani, élève de M. Desmarres, ne peut mieux faire que de rappeler souvent son maître. Néanmoins, certaines choses sont présentées par l'auteur sous un jour nouveau. Nous citerons, par exemple, ses réflexions sur le strabisme :

« Dans le strabisme ordinaire, nous croyons à la prédominance d'action, suite d'exercice, d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, et non à sa contraction (1); car alors, quand on vient à recouvrir l'œil sain, l'œil louche ne devrait pas se redresser. Comment donc l'œil malade louche-t-il quand il fonctionne avec l'œil sain ? Tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision des deux yeux. Ainsi, dans le strabisme récent, l'œil ne louche que de loin, parce que, dans ce cas, il y a myopie de l'œil faible, et que le malade ne peut exercer alors les deux yeux que de loin ; de près, au contraire, la vision simultanée a lieu, et le strabisme n'existe plus alors. Si la myopie de l'œil faible vient à augmenter au point de ne plus permettre la vision des deux yeux, même de près, alors on constate que le strabisme existe de près comme de loin. »

Un petit chapitre spécial sur la photophobie termine ce traité de la kératite. Pour l'auteur, le siége de la photophobie réside dans la cinquième paire, et précisément dans la portion qui se rend au ganglion ophthalmique. Localiser ainsi dans un bout de nerf cette sensation assez complexe d'horreur pour la lumière, nous paraît une audace physiologique très risquée. Mais laissons continuer M. Castorani, pour faire voir qu'à cette opinion il joint des preuves également bien contestables :

« Le siége de la photophobie, pour moi, réside dans la cinquième paire, précisément dans la portion qui se rend au ganglion ophthalmique. De ce ganglion partent des filets nerveux qui donnent la sensibilité à la cornée, à l'iris, comme aussi à la rétine. La meilleure preuve que je puisse apporter à cette manière de voir, c'est que, dans le phlegmon oculaire, quand il est la conséquence de la paralysie de la cinquième paire, les malades n'éprouvent ni douleur ni photophobie. En outre, M. Desmarres fait tomber par enchantement la photophobie symptomatique d'une kératite ulcéreuse, en promenant sur les paupières le crayon de sulfate de cuivre, dans le but d'*anesthésier* les filets nerveux de la cinquième paire, qui donnent la sensibilité à la cornée. »

(1) L'auteur veut dire *contracture*.

Tout cela se comprend et se suit mal. Heureusement, c'est par le côté pratique que se recommande le petit traité de M. Castorani, qui sera lu avec beaucoup de fruit pour tout ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

A. Richard.

Étude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires, thèse inaugurale par M. Dufour ; 1854, avec 3 planches.

C'est probablement la discussion qui a eu lieu en 1851 à l'Académie de médecine, à la suite d'une communication faite par M. le professeur Malgaigne sur un nouveau mode de traitement des ulcères tuberculeux du testicule, qui a inspiré à M. Dufour la pensée de choisir pour sujet de sa thèse inaugurale la tuberculisation des organes génito-urinaires. Dans cette discussion s'étaient produites des opinions contradictoires sur une foule de points, soutenues avec beaucoup de conviction et de talent. Il en était résulté, pour beaucoup de personnes, un doute qui rendait nécessaires de nouvelles investigations. Il faut donc louer M. Dufour d'avoir eu le courage de chercher à se former une conviction dans l'observation impartiale des faits, au lieu de s'en fier, comme c'est trop souvent l'habitude, à l'autorité de ceux qui ont du crédit dans la science. C'est après avoir passé deux années, comme interne, à l'hôpital des Enfants, où les tubercules sont si fréquents, et à l'hôpital du Midi, où se traitent la plupart des maladies des organes génito-urinaires, qu'il s'est décidé à nous faire part des résultats de ses études. Nous allons les résumer d'une manière succincte.

Il n'existe point, dit M. Dufour, de tuberculisation spéciale pour les organes génitaux : comme celle de tous les autres organes, cette maladie est un effet d'une disposition générale de l'économie, la diathèse tuberculeuse, qui n'est nullement la diathèse scrofuleuse. L'opinion émise par M. Velpeau, et d'après laquelle les tubercules du testicule constitueraient tantôt une affection locale, tantôt, mais rarement, un symptôme d'une maladie générale, ne peut se soutenir en présence des faits. On ne saurait admettre non plus, avec M. Vidal (de Cassis), qu'il est de *règle générale* que toutes les fois que le sarcocèle tuberculeux est unilatéral, il coïncide avec la diathèse générale; que toutes les fois qu'il est bilatéral, il est au contraire purement local. Un des caractères du sarcocèle tuberculeux, c'est d'envahir tôt ou tard les deux testicules. Il ne s'agirait donc que d'une question de temps. A la suite de certaines épididymites blennorrhagiques, on voit souvent survenir une tuberculisation rapide de l'épididyme. Ce n'est pas un motif pour affirmer que la tuberculisation peut succéder à la blennorrhagie : dans ces cas, l'épididymite joue simplement le rôle d'une cause déterminante qui provoque la localisation testiculaire de l'affection générale préexistante; elle agit comme une pneumonie aiguë survenant chez un sujet prédisposé, et à laquelle succède une phthisie galopante. Une contusion du testicule peut déterminer un effet analogue.

La tuberculisation des organes génito-urinaires étant liée constamment à une diathèse, doit toujours, selon M. Dufour, faire porter un pronostic grave, même quand elle est encore bornée à un seul testicule; car tôt ou tard elle se compliquera d'autres manifestations de la même cause. De là résulte que le traitement de cette maladie ne saurait jamais être que palliatif. On peut, au point de vue pratique, distinguer deux formes de la tuberculisation génito-urinaire : dans l'une, la maladie locale fait éruption lorsqu'il existait déjà d'autres manifestations de la diathèse; dans l'autre, c'est la tuberculisation génito-urinaire qui ouvre la marche des symptômes.

La première forme est celle que l'on rencontre presque exclusivement dans l'enfance, surtout de cinq à quinze ans; mais on la

retrouve aussi après l'âge de la puberté, quoiqu'elle devienne beaucoup plus rare. La seconde forme s'observe le plus souvent sur des individus adultes. La tuberculisation commence ordinairement par le testicule, quelquefois par la prostate, les vésicules séminales, la portion prostatique de l'urèthre, ou même par le rein, et c'est de ces organes qu'elle semble ensuite remonter vers les poumons. Mais, dans l'une et l'autre forme, la maladie, de même que la phthisie pulmonaire, peut affecter une marche aiguë ou chronique.

Passant en revue les désordres que produit la tuberculisation génito-urinaire, M. Dufour les étudie successivement dans les reins, les uretères, la vessie, les vésicules séminales, le canal déférent, la prostate, le testicule et l'urèthre ; puis il résume les lésions qu'il a observées chez la femme. Nous regrettons vivement, avec l'auteur, que le défaut d'espace ne lui ait pas permis de traiter du diagnostic et de la thérapeutique applicable à la tuberculisation génito urinaire ; M. Dufour a dû se borner à attirer l'attention sur quelques signes importants et dont il est rarement fait mention dans les auteurs : l'hématurie, l'incontinence d'urine et le ténesme vésical.

M. Dufour a traité son sujet avec une habileté et une maturité d'esprit qu'il est rare de rencontrer dans une dissertation inaugurale. Toutes les opinions qu'il a émises sont appuyées d'observations recueillies avec un grand soin, et de discussions judicieuses de nature à porter la conviction dans l'esprit du lecteur. La thèse de M. Dufour est une œuvre que l'on consultera souvent et toujours avec fruit.

Marc Sée.

VII.

VARIÉTÉS.

PROGRAMME DES PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE MADRID, POUR L'ANNÉE 1856.

Prix ordinaire. — Déterminer les caractères distinctifs de l'œuf ou de la graine, qui doit plus tard donner naissance à un individu mâle ou femelle dans les espèces unisexuelles, tant zoologiques que botaniques, en ayant soin de décrire les phases morphologiques par lesquelles passent les organes de la génération avant d'arriver à leur complet développement.

Prix extraordinaire. — Décrire les roches d'une province de l'Espagne et la marche progressive de leurs décompositions, en déterminant les causes qui les produisent ; analyser quantitativement la terre végétale formée par ces détritus ; enfin, déduire de toutes ces connaissances et des causes locales les applications à l'agriculture en général et à la culture des arbres en particulier.

Le territoire des Asturies ayant été décrit en 1853, il est mis hors de concours.

L'auteur ou les auteurs des mémoires dont le mérite sera immédiatement au-dessous de ceux qui auront obtenu les prix, recevront un accessit.

Le prix, tant ordinaire qu'extraordinaire sera de 1500 francs et d'une médaille d'or.

L'accessit sera d'une médaille d'or entièrement semblable à celle du prix.

Le concours sera fermé le 1er mai 1856, et jusqu'à ce jour on recevra les mémoires envoyés au secrétariat de l'Académie des sciences.

Pourront prendre part au concours les auteurs tant nationaux qu'étrangers. Les mémoires devront être écrits en espagnol ou en latin.

On enverra les mémoires sous enveloppes cachetées, sans signature ni aucune indication de l'auteur ; on mettra au commencement l'épigraphe que l'on voudra adopter ; on enverra sous une autre enveloppe cachetée, portant la même épigraphe qui se trouve dans le mémoire, le nom de l'auteur et le lieu de sa résidence.

Lorsque la commission aura fait le rapport, et que l'Académie aura déterminé les mémoires dignes du prix et des accessits, on ouvrira les paquets cachetés contenant les noms des auteurs. Le président brûlera les enveloppes renfermant tous les autres noms.

Les prix et les accessits seront décernés dans la séance publique de l'Académie, qui aura lieu dans le courant de novembre 1856. Alors, on lira publiquement le rapport de l'Académie, et les lauréats recevront les prix des mains du président. S'ils ne se trouvent pas à Madrid, ils pourront déléguer une personne pour les recevoir en leurs noms.

Les mémoires originaux ne seront pas rendus aux auteurs, qui pourront néanmoins en retirer une copie.

Mort par le chloroforme. — On lit dans le *New-York Herald* :

« Une demoiselle de Boston, miss Morgan, se rendit, le 5 janvier, chez le docteur Emery, dans l'intention de se faire arracher des dents. Redoutant la douleur de cette opération, elle pria le docteur d'employer préalablement le chloroforme. M. Emery se rendit à son désir, et lui en appliqua une très petite quantité au moyen d'une éponge. Pendant deux minutes elle le supporta sans difficulté, puis elle devint inquiète, agitée, et parut même croire qu'on lui avait arraché ses dents, ce dont elle se félicitait, n'ayant trouvé l'opération ni longue ni douloureuse.

» Au bout d'un moment, néanmoins, le docteur, la voyant un peu plus calme, lui fit prendre une nouvelle dose de chloroforme aussi faible que la première, et dont les effets furent les mêmes. Elle se levait du fauteuil, prétendant toujours qu'on lui avait arraché les dents, et voulait s'assurer que c'était bien du sang qu'elle crachait sur le plancher.

» Remise de force sur le fauteuil, elle entra en convulsion, serrant les dents et respirant avec difficulté. On lui jeta de l'eau froide au visage, et on la plaça sur un canapé ; mais elle ne reprit pas connaissance, et les soins d'un médecin, mandé avec toute la diligence possible, furent impuissants à la rappeler à la vie. » (*Presse.*)

— La Société médico-pratique décernera en décembre 1857 un prix de 500 fr. au meilleur mémoire sur la question suivante : « Du mode » d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indica- » tions tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux. » — Les mémoires devront être adressés, avant le 1er juillet 1857, à M. Martin, agent de la Société à l'hôtel de ville de Paris.

— Nous avons reçu de M. H. Carnot une lettre au sujet du dernier article de M. Bertillon. Comme le travail de notre collaborateur n'est pas terminé, nous saurions gré à M. Carnot d'en attendre la fin, pour y répondre plus complétement et avec plus d'à-propos.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archiv f. Ophthalmologie. — IIe vol., 1re partie. Contribution à l'étude des mouvements de l'œil, par *Meissner*. — Observations d'histologie comparative, par le professeur *Wittich*. — Communications diverses, par *de Graefe* : sur l'accommodation en l'absence du cristallin, dans les maladies des muscles et les anomalies de l'iris. — Notice sur la formation de vésicules sur la cornée. — Cas de cysticerques dans l'intérieur de l'œil.

Archiv f. pathologische Anatomie und Physiologie, de Virchow. — VIIIe vol., 4e cah. Sur les tumeurs perlées (cholestéatomes de J. Müller), par *Virchow*. — Sur les polypes muqueux de la cavité du maxillaire supérieur, par le professeur *Luschka*. — Cas d'hypertrophie et de dilatation partielle du thymus, par *Wittich*. — Un cas d'atrophie musculaire progressive, par *Virchow*.

Archiv f. physiologische Heilkunde, de Vierordt. — 1855. 4e cah. Sur l'influence réciproque des muscles et de l'air ambiant, par le professeur *Valentin*. — Distinction de deux modes différents d'accommodation de l'œil et de leur influence quand on fait usage de l'ophthalmoscope, par *T. Weber*. — Contribution à l'anatomie pathologique du typhus, par *Schnieder*. — Opération d'une névralgie de la langue, par le professeur *Roser*.

Allgemeine Medicinische Central-Zeitung. — Nos 80 à 96. — 81. Sur l'étude de l'ictère, par *Wertheimber*. — 82. Urticaire chronique liée au *Tænia solium*, par *Heffter*. — 84. Traitement des malades russes à Sebastopol. — 85. Hypertrophie de la prostate : ponction de la vessie urinaire, par *Zerbe*. — 88. Iléus inflammatoire, par *Hensel*. — 89. Observation sur les effets du fer hydraté dans le choléra, par *Lindner*. — 91. Sur le lupulin et ses usages, par *Pescheck*.

Balneologische Zeitung. — T. II. Nos 1 et 2. Communications sur les bains de Weilbach pendant l'été de 1854, par *Roth*.

Deutsche Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde. — T. VII, 1er cah. Farine, pain et viande, sous le rapport de la police médicale, par *Ritter*. — Sur la pyromanie, par *Diez*.

Livres nouveaux.

Considérations sur l'observation médicale en général (analyse, synthèse, induction clinique, vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme, et leurs applications pratiques), par le docteur *Mattei*. In-8e de 48 pages. Paris, imprimerie Martinet 1 fr. 25.

Éléments de pathologie générale, par M. le professeur *Chomel*. 4e édition considérablement augmentée. 1 vol. in-8 de 700 pag. Paris, 1856. Victor Masson. 9 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 15 FÉVRIER 1856. N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 8 février 1856, M. FACET, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours de chimie médicale et de pharmacie de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 6 au 13 février 1856.

39. GUILLAUD, Henri, né à Bourgoin (Isère). [*De l'ergotisme gangréneux.*]

40. LAIGNEZ, Jean-Baptiste-Charles, né à Douai (Nord). [*Étude sur l'emploi du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse.*]

41. AUGIER, Jean-Camille, né à Canézan (Gironde). [*De la rétrocession de la langue après l'ablation médiane du maxillaire inférieur.*]

42. COGUE (Charles-César-Edmond, né à Mandeure (Doubs). [*Des diverses méthodes de paracentèse thoracique et de leurs médications.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

Nous sommes autorisé à déclarer que, contrairement aux assertions d'un journal anglais, aucun accoucheur étranger n'a été consulté par S. M. l'Impératrice à l'occasion de sa grossesse, ni appelé à lui prêter assistance pendant ses couches prochaines. (Voir au *Feuilleton.*)

I.

Paris, ce 14 février 1856.

FAUX BRUITS AU SUJET D'UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PUERPÉRALE. — TYPHUS DES BÊTES BOVINES. — OCCLUSION DES YEUX DANS LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES. — PROCÉDÉ DE CHEILOPLASTIE. — ACTION DU PHOSPHORE ROUGE SUR L'ÉCONOMIE. — MALADIE DES MOULEURS EN CUIVRE ET MALADIE DES AIGUISEURS. — DU POULS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Une explication provoquée par M. Moreau, à la dernière séance de l'Académie de médecine aura, nous l'espérons, pour effet (si les praticiens ont la bonne pensée de la propager

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Le second banquet de M. Paul Dubois; heureuse inspiration; ses avantages. — Prétentions anglaises au sujet d'un événement prochain. — Encore l'association de prévoyance des médecins du département de la Seine; requête à son président. — Questions de jurisprudence médicale.

Ce n'est pas précisément une démangeaison de parler qui nous tient, cher et honoré confrère. Le mode de conversation que nous impose la distance, et où (sans reproche) nous avons tout le mal, n'est pas de nature à en donner le goût jusqu'à la rage; mais, avec l'esprit de ponctualité qui nous distingue, nous serions mangé de remords si nous laissions par trop vieillir la chronique médicale avant de vous en régaler. Un paysan entre dans une auberge et demande des œufs mollets. On lui en sert de gâtés. Comme il se plaint : « Vous vous trompez, Monsieur, répond l'hôtelier; ce que vous dites-là est impossible; mes poules ne pondent que des œufs frais ! » Le paysan se tint pour satisfait; mais vous, savant confrère, vous avez le goût trop délicat et l'œil trop vigilant pour vous contenter de pareilles raisons. Et puis, on n'est pas capable d'un pareil manque de respect envers vous, monseigneur.

— Donc vous saurez que M. P. Dubois a donné samedi dernier, aux *Frères Provençaux*, son second *Banquet des élèves*. Nous avons l'agrément de pouvoir vous en parler *de visu* et *de gustatu*, la GAZETTE HEBDOMADAIRE y ayant figuré dans ses plus beaux atours. Ce nom de *Banquet des élèves*, on nous le passera; il sera accepté des professeurs et agrégés, qui formaient une bonne part des convives; il sera accepté de M. le recteur de l'Académie, dont la présence à la réunion en marquait le caractère; il sera accepté de l'éminent et magnifique amphitryon, dont il exprime nettement l'excellente pensée. Oui, messieurs les élèves étaient les personnages du festin. Il était constaté, devant Bacchus, que si le travail, l'intelligence, le succès sont surtout un honneur et un profit pour

dans le monde) de calmer l'incroyable panique qui s'est emparée de la capitale au sujet d'une prétendue épidémie de fièvre puerpérale. Une bonne part des nouvelles accouchées mouraient; les hôpitaux spéciaux étaient encombrés, ou plutôt ils étaient vides, car on avait été obligé de fermer la Maternité. La perspective d'un événement auquel le pays est intéressé se mêlant à tout cela, la rumeur faisait un chemin rapide, *et crescebat eundo*. Mais il est avéré que Paris n'a pas eu et n'a pas d'autres malheurs à déplorer que des accidents particuliers comme chaque jour en amène. Eussent-ils été un peu plus nombreux que de coutume — comme il le paraît — qu'il n'y aurait lieu à aucune inquiétude pour les futures accouchées dès que la maladie n'est pas épidémique; peut-être même serait-il plus raisonnable d'y puiser un motif de sécurité, selon le système des compensations. On trouvera au compte rendu de l'Académie les renseignements fournis par les praticiens les plus compétents.

Une communication de M. Renault (d'Alfort) sur le *typhus contagieux des bêtes bovines*, et une lecture de M. Bonnafont *sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général*, ont rempli très fructueusement cette séance. M. Renault reprendra la parole dans la séance prochaine, et le procédé thérapeutique de M. Bonnafont paraît devoir devenir le sujet d'une discussion; car M. Larrey a demandé la parole. Nous aurons sans doute occasion de revenir sur ces deux communications.

— M. le professeur Sédillot a communiqué à l'Académie des sciences un nouveau procédé de chéiloplastie *par transport du bord de la lèvre saine sur la lèvre restaurée*. La brèche qu'il s'agissait de réparer résultait de l'ablation d'un cancer épithélial qui avait détruit les trois quarts de la lèvre inférieure. Le malade ayant quitté la Clinique moins d'un mois après l'opération, il sera bon de s'enquérir plus tard de l'influence du retrait des cicatrices sur le résultat définitif.

L'Académie a également reçu une communication importante de MM. Orfila et Rigout, relative à *l'action que le phosphore rouge exerce sur l'économie animale*. Ce qui résulte des expériences de ces habiles observateurs, est que le phosphore rouge ou amorphe n'est pas vénéneux, même à des doses considérables. Une chienne en a avalé 200 *grammes* en douze jours sans éprouver d'autre accident qu'un malaise passager et un vomissement. L'innocuité du phosphore rouge a été souvent signalée; mais les expériences de MM. Orfila et Rigout donnent sur ce fait une démonstration péremptoire.

— Nous ne faisons que signaler aujourd'hui un curieux travail de M. A. Becquerel sur *la fièvre typhoïde des lièvres*. Nous publierons ce travail avec des additions et l'exposé de nécropsies qui n'ont pas figuré dans la communication académique.

— Le dernier Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris (*deuxième série*, n° 17) nous apporte le compte rendu de plusieurs discussions d'un grand intérêt.

A l'occasion d'un mémoire sur la *maladie des aiguiseurs*, par M. Desayvres, médecin de la manufacture de Châtellerault, M. Hervieux a établi un rapprochement entre cette affection et la *maladie des mouleurs en cuivre*, que M. Tardieu a si bien décrite. Il existe effectivement entre elles de très grandes analogies sous le rapport des caractères symptomatologiques et anatomiques. Dans toutes deux, les sujets présentent d'abord les symptômes *locaux* d'une phthisie pulmonaire. Toux d'abord sèche, et plus tard accompagnée d'expectoration; crachats rougeâtres; hémoptysies, parfois très copieuses; dyspnée croissante; fièvre continue; sueurs, épuisement général. Le produit seul de l'expectoration (le sang non compris) différencie les deux affections. Dans la maladie des aiguiseurs, les crachats sont blanchâtres au début et puriformes à la fin; dans la maladie des mouleurs en cuivre, ils contiennent dès le début une matière noire caractéristique. A l'autopsie, on trouve, dans l'une comme dans l'autre, de l'induration, des cavernes, parfois du pus, souvent de l'emphysème; de plus, le tissu du poumon est infiltré, dans la première, de grains de silex, et, dans la seconde, d'une matière noire, sèche, amorphe et légèrement granuleuse.

La maladie des aiguiseurs est produite par l'inspiration continuelle de la poussière qui se forme dans l'opération du *rifflage* (de *riffler*, égratigner, écorcher). On attribue la maladie des mouleurs en cuivre à l'inspiration du *poussier de charbon* dont on saupoudre les moules avant le coulage du métal. Mais une question se présente. Ce poussier contient ordinairement une grande quantité de silex, malgré les défenses expresses de l'autorité. Ainsi que l'a rapporté M. Vernois, ce fait a encore été tout récemment constaté dans plusieurs ateliers de Paris par MM. Duchesne, Chevallier et Guérard. Or n'est-ce pas cette poussière de silex, et non celle du charbon, qui exerce une fâcheuse influence sur les mouleurs en cuivre, et conséquemment la maladie qui frappe ces derniers n'est-elle pas essentiellement la même que

---

l'élève, c'est aussi un motif de satisfaction, nous dirions presque de reconnaissance, pour le corps enseignant. Et, à tout prendre, pour ces sortes de fête, Bacchus vaut Apollon et Minerve : Bacchus civilisateur, Bacchus fait lion à la guerre des géants, Bacchus pour qui ce mot a été inventé : *Evoë*, courage ! Bacchus, enfin, qui n'était pas étranger à la médecine du temps.

. . . . . Eh! oui, ce cher confrère,
S'il cultiva la vigne, ainsi qu'on le voit faire
A maint docteur du jour, connut l'art bienfaisant
D'assoupir la douleur avec un suc puissant,
Et sur la chair rougie où l'ulcère s'implante,
D'étendre mollement une huile adoucissante.

Ces vers peu connus sont d'un poëte qui ne l'est pas davantage, et qui désire garder l'anonyme.

M. le doyen appelle à ses banquets successifs — car c'est un usage qu'il entend inaugurer, en ce qui le concerne du moins — les lauréats de la Faculté et les élèves qui obtiennent à leur examen de fin d'année la note : *extrêmement satisfait*, ou deux années de suite la note : *très satisfait*. La fête de samedi ne comptait pas moins de trente élèves (1). Des professeurs et agrégés, *assistés* de M. le secrétaire de la Faculté, étaient chargés expressément de les diriger, de les in-

(1) C'étaient MM. *Charpentier*, *Descroizille*, *Després*, *Doisneau*, *Lambert*, *Hallé*, *Michon*, *Lutz*, *Duplay*, *Jamain*, *Marcille*, *Michou*, *Bazalgette*, *Broussais*, *Gindre*, *Poumeyrol*, *Robin-Macé*, *Baudot*, *Campana*, *Capelle*, *Schulze*, *Gonzalès-Echeveria*, *Fonteneau*, *Dinnat*, *Blot*, *Desmichels*, *Chaussende*, *Pradaud*, *Raynaud*, *Jaluzeau*.

Les invités au premier banquet étaient MM. *Bonfils*, *Guyon*, *Fayel*, *Isambert*, *Duriaux*, *Bouvier*, *Charrier* (*Amédée*), lauréats de la Faculté; et MM. les élèves *Colliac*, *Demetropoulos*, *Denis*, *Dezanneau*, *Dujardin*, *Spillmann*, *Vieux-Grand*, *Heurtaux*, *Jacond*, *Ernoul*, *Ledo*, *Long*, *Pactet*, *Proust*, *Rouet*, *Rousseau*, *Saint-Germain*, *Simon*, *Leraton*, *Wannebrouck*, *Sainte-Rose*, *Pelletier*, *Rousseau*, *Touzié*, *Vauthrin*, *Zoucas*.

celle des aiguiseurs? La question a soulevé, il n'y a pas longtemps, dans une grande industrie de Paris, celle des *fondeurs en cuivre*, un débat dont les journaux politiques ont retenti. Les ouvriers réclamaient la substitution de la fécule au poussier de charbon dans la préparation des moules. Une commission du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine attribua presque exclusivement à la silice l'insalubrité de la poussière employée par les fondeurs, et ne vit guère dans la substitution de la fécule qu'un avantage de propreté. Mais les ouvriers s'étant pourvus auprès du ministre de l'agriculture et du commerce, une commission spéciale déclara, au contraire, que certaines affections des voies respiratoires communes dans les fonderies sont produites par l'inspiration de la poussière de charbon. Le rapport a été rédigé par M. Tardieu.

Bien que la question puisse paraître exiger de nouvelles recherches, nous penchons à la résoudre dans le sens de la seconde commission. La nature du corps inspiré, la manière dont il pénètre dans l'économie, certaines observations, nous y poussent simultanément.

On ne voit pas d'abord pourquoi, à l'état de ténuité où sont réduites les poussières inspirées, le silex, qui est aussi inerte que le charbon, serait plus nuisible aux organes respiratoires. Tous deux constituent, à l'égard du poumon, des corps étrangers, que le tissu supporte bien ou mal suivant les dispositions particulières, et qui peuvent ne produire chez l'un aucun accident notable et amener chez l'autre des désordres de la dernière gravité.

En second lieu, la poussière du charbon, comme celle du silex, ne peut pénétrer dans le tissu même du poumon que par un procédé mécanique; les particules, plus dures que le tissu, s'y insinuent par une érosion moléculaire et progressive bientôt suivie de réparation; et c'est ainsi qu'il en arrive, à la manière des aiguilles perdues dans les chairs, jusque dans le foie, dans la veine porte, dans les reins, dans les caillots du cœur, comme l'ont constaté Œsterlen et d'autres (voy. *Archives générales de médecine*, 1848, t. XVII, p. 472, et 1849, t. XX, p. 80). M. Aran a rappelé que des expériences entreprises en Allemagne par une commission, dans le but de savoir si le charbon, à un degré extrême de division, pouvait être absorbé, ont conduit à une solution négative. Il y a plus, et c'est un fait dont on doit la connaissance à M. Cl. Bernard, des poussières à grains *plus ténus que les globules du sang*, comme celle du bleu de Prusse, injectées dans la veine jugulaire, s'arrêtent dans le poumon, d'où elles ne peuvent plus sortir, en quelque sorte, que par effraction.

Enfin, on sait que, suivant certains auteurs, M. Natalis Guillot, par exemple, le charbon peut se former de toutes pièces aux dépens des matériaux de l'organisme et se déposer en nature sur les tissus. Ce n'est pas le lieu d'examiner cette opinion fort contestée par des physiologistes; mais les observations rapportées par l'auteur prouvent toujours que les sujets, s'ils avaient pu, comme tout le monde, respirer du charbon avec la fumée des cheminées et des lampes, n'avaient pas du moins inspiré de poussières siliceuses. Et pourtant la coloration noire du poumon amenait chez eux la toux, la dyspnée, l'hémoptysie, le marasme, tous les symptômes, enfin, propres à la maladie des mouleurs en cuivre.

— Un mot encore, avant de quitter la Société des hôpitaux, sur un rapport de M. H. Roger, relatif à un travail de M. le docteur Seux. Il s'agit du *pouls des nouveau-nés*. Des diverses recherches rappelées par le rapporteur, et dont quelques-unes lui sont propres, il résulte que, chez l'enfant nouveau-né, un pouls battant de 70 à 150 et même 160, est compatible avec une santé parfaite. La conséquence pratique à tirer de ces grandes variations est ainsi exposée par M. Roger:

« Pour juger de l'état fébrile chez un nouveau-né, il ne suffit pas de tâter le pouls et de compter les pulsations avec la montre. L'appréciation de la chaleur, soit avec la main appliquée sur le ventre ou sur la poitrine, soit avec le thermomètre (si l'on veut plus de rigueur), soit en consultant la mère ou la nourrice qui tient l'enfant et sent son petit corps plus brûlant et sa bouche plus chaude, en un mot l'appréciation de la chaleur morbide, cet élément dominant de la fièvre, est de toute nécessité. »

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, OU DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT DANS UNE AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS, par M. le docteur E. Vidal, ex-interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.

Synonymie.—Cette altération du sang a reçu de Virchow le nom de *Leukämie* (de λευκὸν, blanc, et αἷμα, sang), et ce

---

struire par l'exemple, dans l'accomplissement de l'acte important de la déglutition et de ses suites; et, pour que la démonstration fût plus commode, maîtres et élèves étaient mêlés, confondus, rapprochés coude à coude. Quelques invités, pris en dehors de la Faculté, complétaient une table de cinquante couverts, servie avec un goût parfait et une largesse à engloutir un décanat. La dernière pièce du banquet, et la plus précieuse, a été une allocution de M. le doyen, où il a exprimé avec goût son regret de ne pouvoir réunir à son propre foyer, au sein de sa famille, une assistance devenue trop considérable et par les succès de l'enseignement et par le nombre de ceux qu'il veut y associer (voir aux *Variétés*). Un élève, M. Baudot, a répondu à cette allocution avec une chaleur d'âme toute juvénile.

Voilà donc un témoignage, et ce n'est pas le moins agréable de ceux qu'on peut imaginer, voilà un témoignage significatif d'une heureuse tendance que le vœu public appelait depuis longtemps dans l'enseignement. Il est bon que les professeurs, après s'être *manifestés* dans la chaire, ne s'enveloppent pas tout à coup d'un nuage comme les dieux de l'*Iliade*, mais qu'ils descendent un peu plus dans la foule, qu'ils établissent avec les élèves de ces relations confiantes, mesurées et décemment familières, d'où sortent les encouragements, les avertissements salutaires, les bons conseils, les directions profitables, le goût des actes et des pensers sérieux, et cette foi dans le travail et la persévérance qui est une garantie solide d'un prospère avenir. En un certain sens, M. le doyen continue, bien qu'avec un but spécial et sous une forme nouvelle, la pensée de l'institution des conférences; il la continue, pour des raisons faciles à comprendre, avec plus de chances de succès. En réalité, dans un grand centre d'études comme Paris, où le contact direct des professeurs avec les élèves, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux, est nécessairement limité, il n'est peut-être pas de meilleur moyen de l'étendre, en le rendant plus intime encore et plus efficace, que des réunions semblables à celle-ci. Des allocutions publiques, inspirées par un esprit de tutelle bienveillante, et dont la séance annuelle amènerait naturellement l'occasion, ne seraient assurément pas sans utilité; on en a souvent réclamé, et

nom a été traduit en français par les mots de *leukémie* et de *leucémie*. Bennett l'a baptisée du nom de *leucocythemia* (de λευκὸς, blanc, κύτος, cellule, et αἷμα, sang). Dans la dixième édition (1855), du *Dictionnaire de Nysten*, refondue par MM. Littré et Ch. Robin, les globules blancs sont désignés sous le nom de *leucocytes*, et le nom de *leucocythémie* est employé de préférence à celui de *leukémie*, quoiqu'ils soient donnés tous deux comme synonymes. MM. Leudet (1) et Charcot, dans les considérations qui accompagnent leurs deux observations, se sont servis du nom de *leucocythémie*. Nous suivons ces précédents, et avec l'auteur anglais nous préférons le mot de leucocythémie, malgré et même à cause de son sens vague qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie, à celui de leukémie, le nom de sang blanc pouvant s'appliquer à des altérations du sang très différentes, par exemple au sang chyleux ou laiteux.

Les premières observations de la maladie qui nous occupe ont été publiées presque simultanément en Allemagne et en Angleterre. Dans ces premiers faits, l'altération du sang, dont un des principaux caractères consiste en une augmentation considérable du nombre des globules blancs, coïncidait avec l'hypertrophie de la rate (*leukémie splénique* de M. Virchow); puis plus tard on retrouva dans quelques faits rares une altération analogue du sang consistant en une augmentation considérable du nombre des noyaux libres ou globulins, coïncidant soit isolément, soit simultanément, tantôt avec le gonflement de la glande thyroïde, tantôt avec celui des ganglions lymphatiques, avec ou sans développement anormal du foie, mais sans hypertrophie de la rate (*leukémie lymphatique* de M. Virchow). Ces deux formes peuvent se combiner et se rencontrer simultanément sur le même sujet; le sang présente alors une augmentation considérable du nombre des globules blancs et des globulins. La première forme nous paraît être la forme type de la maladie, absolument comme la maladie de Bright est la forme type de la diathèse albuminurique; c'est celle qui s'est présentée à notre observation et qui fait le sujet de ce mémoire.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 14 novembre 1855, notre excellent maître et ami le docteur Vigla lisait, en son nom et au mien, un exposé de la marche et des principaux symptômes de la leucocythémie splénique et le sommaire de trois faits de cette maladie, dont deux recueillis par nous dans son service à la maison municipale de santé, et le troisième observé sur un malade de sa clientèle privée. Cette communication fut suivie, dans la séance suivante, de la lecture de trois observations des plus intéressantes sur le même sujet : l'une appartient au docteur Barth et a été recueillie en 1839; la seconde est de M. Goupil, et a pour sujet une enfant de treize ans et demi; la troisième est de M. Woillez. Ces trois observations nous ont été confiées par leurs auteurs, et nous devons à leur extrême bienveillance de pouvoir les publier avec les trois premières que nous possédions. Ces six observations, outre les caractères généraux propres à la leucocythémie splénique, présentent quelques particularités intéressantes que nous avons cherché à faire ressortir dans les remarques qui suivent chaque observation.

Nous avons lu les principaux travaux publiés en Allemagne, en Angleterre et en France sur le sujet qui nous occupe, et nous en donnons ici une esquisse rapide. Recherchant dans les auteurs anciens et modernes les faits d'hypertrophie de la rate et ceux de sang blanc ou de sang purulent que l'on peut rapporter à la leucocythémie, nous avons indiqué les plus intéressants; parmi ces faits, il y en a qui ont déjà été cités par MM. Virchow et Bennett; mais quelques-uns, entre autres une observation très remarquable de M. Duplay, ont été omis par ces deux auteurs.

Cette première partie, consacrée à l'historique de la maladie, est suivie des six observations dont nous avons parlé et que nous publions dans tous leurs détails avec quelques réflexions sommaires. De leur analyse et de celle de vingt-six autres faits empruntés à différents auteurs, en tout trente-deux observations, nous avons cherché à déduire et à préciser les caractères cliniques de la maladie, tels que les symptômes, la marche, la durée, l'étiologie, les caractères anatomiques, etc. Nous avons étudié avec soin les altérations du sang pendant la vie et après la mort; et, dans un dernier chapitre, nous avons cherché à déterminer cliniquement la nature de la maladie et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique.

Historique. — C'est à M. Virchow et à M. Bennett que l'on doit les travaux les plus complets sur la leucocythémie qu'ils ont envisagée d'une manière différente et dont ils donnent chacun une théorie.

Ces deux auteurs revendiquent, chacun pour sa part, l'honneur d'avoir le premier indiqué la nature de la nouvelle diathèse et d'en avoir établi les caractères distinctifs. Le pathologiste allemand, dans ***Archiv für path. Anal. und Phys.***,

(1) Dans un article ultérieur (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. II, 1855), M. Leudet a adopté le nom de *leucémie*.

---

nous-même quelquefois ; mais ce ne seraient, après tout, que des discours, et Dieu sait ce qu'il en reste dans la pratique; tandis qu'un commerce personnel du maître avec des disciples choisis constitue une récompense positive, ambitionnée, et prépare un patronage. On dit que c'est par les dîners qu'on gouverne les hommes; il serait piquant d'employer le même moyen à les améliorer. Nous ne demandons pas certes à la généreuse initiative de M. le doyen d'aller plus avant; mais une idée ! Si l'on généralisait le système? Si, par exemple, la plus haute note dans une épreuve probatoire quelconque donnait place une fois à la table du président de l'examen? Si certains succès, bien spécifiés, à l'école pratique, emportaient le même honneur au foyer du chef des travaux? Si les médecins et chirurgiens des hôpitaux imaginaient quelques combinaisons analogues?... Mais le feuilleton devient indiscret, chose rare, comme personne n'en ignore, et dont nous ne voulons pas donner l'exemple.

— Puisqu'il est question de M. le doyen, parlons de M. Paul Dubois. Point n'ignorez, cher confrère, que M. Dubois n'a pas en main, dans ce moment, que les affaires du décanat et de sa clinique, et qu'il doit jouer un rôle essentiel dans un événement de haute importance et très prochain, dit-on. *Le vent qui vient à travers la...* Manche avait apporté jusqu'à vos oreilles, sans doute, certaine rumeur relative à une intervention anglaise dans ledit événement, et au sujet de laquelle nous insérons aujourd'hui même une note autorisée (voir page 97); mais vous ne savez pas le mal que se sont donné certaines feuilles médicales de ce pays pour tâcher d'entretenir et de répandre cette idée fantastique, dans l'espoir de la faire arriver jusque dans un lieu où elle pourrait insensiblement prendre corps. On lit dans The Lancet : « *Nous croyons être bien informé en disant que le docteur Locock a été mandé à Paris, par une dépêche télégraphique, peu de jours après que l'impératrice des Français eut conçu le premier espoir d'une grossesse. Depuis, il s'est rendu plusieurs fois au palais des Tuileries, et y a reçu l'accueil le plus flatteur. Enfin, à l'occasion d'une visite plus récente, le docteur a été prié d'assister Sa Majesté pendant son futur accouchement. Mais le docteur Locock, aussi distingué par sa haute raison*

von Virchow und Reinhard, Bd VI, S. 427 et Bd VII S. 174 et S. 565, consacre à cette discussion plusieurs articles de polémique. Ce débat, commencé en 1851, n'est pas encore terminé. On trouvera une analyse très bien faite de cette discussion, par M. le docteur Leudet, dans le tome II de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, 1855, p. 552, dans laquelle notre savant collègue conclut en faveur de M. Virchow.

Par une singulière coïncidence en Allemagne et en Angleterre, les premières observations furent publiées la même année et à quelques jours de distance; mais, comme nous le verrons plus loin, ces premiers faits, relatés avec des détails assez complets pour bien faire reconnaître la maladie, ne reçurent pas dès l'abord leur véritable interprétation. Ce n'est que plus tard, lorsque de nouveaux faits se présentèrent, qu'on put les ranger dans le cadre qui leur appartient et donner les caractères de la maladie nouvelle.

C'est à M. Virchow (de Würzburg) que revient l'honneur d'avoir cherché le premier à distinguer cette nouvelle diathèse et d'en avoir reconnu le caractère fondamental. Sa première observation parut le 5 novembre 1845 (*Froriep's Notizen*, n° 780). Sans préciser la nature de la maladie, il la donne comme un fait rare offrant de grandes analogies avec les cachexies par les symptômes observés pendant la vie, cachexie que l'absence de fièvre intermittente, soit antérieurement, soit pendant l'hypertrophie de la rate, ne permet pas de confondre avec la cachexie paludéenne. Puis les désordres révélés par l'autopsie le confirment dans l'idée qu'il a sous les yeux une maladie non décrite dans les auteurs; le sang contenu dans les cavités droites du cœur et dans les vaisseaux contenait des caillots mous, blanchâtres, ressemblant à du pus; M. Virchow lui donne le nom de sang blanc. De ce fait il rapproche une autopsie recueillie par M. Rokitansky à l'hôpital de Vienne. (*Zeitschrift d. Wiener Aerzte*, 1845, Bd II, S. 488.)

En 1847 (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd LVII, S. 182), il joint une nouvelle observation à la première, recherche dans les auteurs les faits de sang blanc et donne à la maladie le nom de leukémie (*Leukämie*).

En 1847 (*Reinhard und Virchow*, *Archiv für path. Anat. und Physiol.*, Bd. I, S. 567), il reproduit les travaux précédents dans un nouveau mémoire qui contient, en outre, l'observation d'un cas de leukémie sans hypertrophie de la rate, mais avec hypertrophie du foie et des ganglions lymphatiques. En 1849 (*Archiv* Bd II, S. 587), il publie un nouveau fait, dans lequel avec l'hypertrophie de la rate coïncidait un gonflement morbide des ganglions lymphatiques, et commence à établir la doctrine de la maladie nouvelle, qu'il formule plus nettement en 1851 (*Archiv*, Bd V, S. 43). Les volumes VI et VII du même recueil contiennent deux articles dont une partie est consacrée à une discussion contre M. Bennett sur la question de priorité.

On trouve, dans la même collection, plusieurs travaux sur la nouvelle diathèse : une observation de M. Vogel pleine de détails intéressants, avec examen microscopique du sang avant et après la mort et avec analyse chimique (*Archiv*, Bd III, S. 570); une de M. Uhle, très détaillée et avec des recherches sur la chaleur et sur la composition chimique du sang (*Archiv*, Bd V, S. 316). Cet auteur publie à la suite de son observation le tableau des 26 faits bien constatés de leukémie publiés avant le sien, qui se trouve ainsi classé le vingt-septième.

Le même volume contient un article de M. Griesinger (S. 391) sur la leukémie et la pyoémie.

Le huitième volume contient deux mémoires, l'un de M. de Pury (Bd VIII, S. 289), l'autre de M. Heschl (*ibid.*, S. 353).

En 1854, M. H. Schreiber a publié une nouvelle observation dans une thèse inaugurale intitulée : *De leukæmia.*

M. Virchow, dans une collection toute récente de ses principaux travaux, a réuni ceux qu'il avait fait paraître sur la leukémie (*Gesammelte Abhandlung. zur wissenschaft. Med.*, Francfort, 1855, Hft I, S. 149).

Le professeur de Würzburg admet deux formes de leukémie :

1° La *leukémie splénique*, caractérisée par l'augmentation du nombre des globules blancs du sang, et s'accompagnant de l'hypertrophie de la rate, compliquée ou non de celle du foie et des ganglions lymphatiques.

2° La *leukémie lymphatique*, caractérisée par l'augmentation des éléments lymphatiques, des globulins du sang, s'accompagnant de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, avec ou sans développement morbide du foie, mais sans gonflement de la rate.

Suivant cet auteur, la dyscrasie leukémique serait engendrée par l'altération des solides; les glandes lymphatiques (rate, foie, glande thyroïde, ganglions mésentériques ou lymphatiques) seraient primitivement malades. Partant de la théorie de Kölliker et d'Ecker, admettant avec eux que la destruction des globules rouges se fait dans la rate et dans

---

que par son mérite professionnel, a résolûment décliné l'honneur qui lui était offert, etc. » C'est évidemment le célèbre accoucheur mis en cause ici qui a fait depuis insérer dans le même journal une note où il est dit : « *Le docteur Locock n'a pas été mandé pour l'accouchement prochain de l'épouse de Napoléon III; il n'a donc pas eu à décliner cet honneur. Il y a des raisons d'État en France pour et contre son intervention; mais si sa présence était réclamée, nous ne voyons pas pourquoi il refuserait ses services.* » Cette déclaration honore celui de qui elle émane. Certes, il n'appartient pas au feuilleton de s'ingérer dans une question de cette nature; mais ce bruit public l'agaçait. Comprenez-vous, cher confrère, l'art obstétrical de Paris préjugé insuffisant et recevant assistance de celui de Londres? Comprenez-vous surtout qu'on aille demander à nos voisins, à quelque peuple que ce soit, un praticien plus expérimenté, plus sage et aussi hardi (quand c'est sagesse de l'être) que celui qui est en ce moment et restera certainement en possession d'une haute confiance? Oui, à la science française, à celui qui la représentera dans la circonstance, on peut confier toutes les missions, on peut donner la garde de tous les dépôts.

— Nous vous avons donné, honoré confrère, les indications essentielles au sujet de la séance annuelle de l'*Association des médecins du département de la Seine*, mais point de procès-verbal de la séance, ni le discours de M. Cabanellas, le secrétaire général. Notre raison est que nous n'avons reçu ni ce discours, ni le procès-verbal, et nous profiterons de cette occasion pour porter nos doléances à M. le doyen (il est dit que le feuilleton ne quittera pas M. Dubois d'aujourd'hui), à M. le doyen qui est président de l'Association. On fait souvent des appels à la presse au profit des intérêts professionnels. La presse y est on ne peut mieux disposée; mais elle ne peut s'engager à courir elle-même après la besogne qu'on demande d'elle; c'est bien le moins qu'on la lui apporte. À notre sens, le procès-verbal tout entier d'une séance à laquelle sont appelés tous les médecins du département faisant partie de l'Association devrait être envoyé, manuscrit ou autographié (les frais ne seraient pas considérables), à tous les journaux de Paris, ou tout au moins à ceux dont la publicité à courtes périodes per-

les autres glandes lymphatiques, il émet l'opinion que, sous l'influence de l'hypertrophie, l'action destructive de ces glandes devenant plus active, les globules rouges tendent à disparaître, et qu'alors la proportion relative des éléments blancs peut s'élever considérablement.

En Angleterre, les deux premières observations parurent en octobre 1845 (*Edinburgh Medic. and Surg. Journal*, vol. LXIV, p. 400). Elles furent reproduites en Allemagne dans *Schmidt's Jahrbücher*, Bd 50, S. 305. La première est du docteur Craigie, et a été recueillie en 1841; la seconde est du docteur Hughes Bennett (d'Édimbourg), et date du mois de mars 1845; elles sont publiées collectivement sous ce titre : « Deux observations de maladie et d'hypertrophie de la » rate avec matière purulente dans le sang. » Dans le fait du docteur Craigie, l'examen du sang par le docteur John Reid montra des globules de matière purulente et de lymphe sans état maladif d'aucun des vaisseaux; dans le fait du docteur Bennett, cet auteur regarda le sang comme mélangé de pus véritable, et il cherche à prouver que les nombreux globules qu'il aperçoit sur le champ du microscope au milieu des piles de globules rouges, sont bien de véritables globules de pus, et non pas les globules blancs (*colourless corpuscles*) du sang.

Au mois de juillet 1846 (*The Lancet*, t. II, p. 44), M. Henry W. Fuller publie un nouveau fait, recueilli le 31 décembre 1855, sous le titre de : « Hypertrophie de la » rate et du foie; dilatation de tous les vaisseaux sanguins, » avec altération particulière du sang. » Le sang fut examiné trois fois pendant la vie, et examiné de nouveau après la mort; on y constata un nombre considérable de globules blancs granuleux mélangés aux globules colorés. C'est la première observation publiée en Angleterre dans laquelle la nature de l'altération du sang a été reconnue, et dans laquelle le diagnostic a pu être établi pendant la vie. On la retrouve dans *Transact. of Med. and Chirurg. Society*, t. XXVIII, p. 389, et dans *London Medical Gazette*, sept. 1846.

Le *Medical Times* du 8 juin 1850 contient une observation très intéressante rapportée par le docteur Parkes : c'est un fait de leucocythémie avec hypertrophie de la rate, diagnostiqué pendant la vie sur une femme de soixante-neuf ans, avec examen microscopique et deux analyses du sang faites à deux mois d'intervalle.

En 1851, le docteur Bennett revendique la priorité sur M. Virchow, recueille et groupe tous les faits publiés jusqu'à ce jour, en ajoute plusieurs nouveaux, et fait insérer dans *Edinb. Monthly Journal* (jan., apr.) un travail important contenant 20 observations, et une théorie complète de la nouvelle maladie, qu'il désigne sous le nom de *Leucocythemia*. Ce travail est reproduit dans un mémoire encore plus étendu (*On Leucocythemia*, mars 1852) qui renferme 27 observations de leucocythémie, dont 24 avec hypertrophie splénique. Après avoir passé rapidement en revue quelques-uns des principaux symptômes de la maladie et s'être étendu plus longuement sur les altérations du sang, qu'il a fait représenter avec soin dans des gravures intercalées dans le texte, l'auteur donne une théorie de cet état pathologique de la rate, qui, suivant lui, doit dévoiler le mystère dont sont enveloppées les fonctions de cet organe.

Le physiologiste d'Édimbourg admet, avec Gerlach, que la rate et les glandes lymphatiques forment les globules du sang, qui primitivement seraient incolores; l'augmentation des globules blancs sous l'influence de ces organes glandulaires et de leur surcroît d'activité lui semble une démonstration pathologique du fait physiologique. Il développe, à ce sujet, diverses propositions qu'il résume dans les conclusions suivantes (*On Leucocythemia*, 1852, p. 112) :

1° Les globules du sang des animaux vertébrés se forment dans le système glandulaire lymphatique; la plus grande partie, en passant dans la circulation, se colore par un procédé encore inconnu. On pourrait considérer le sang comme une sécrétion des glandes lymphatiques, quoique dans les animaux supérieurs cette sécrétion ne soit complète que lorsqu'en traversant les poumons il s'est coloré au contact de l'oxygène.

2° Chez les mammifères, le système glandulaire lymphatique comprend la rate, le thymus, la glande thyroïde, les capsules surrénales, la glande pituitaire, la glande pinéale et les ganglions lymphatiques.

3° Chez les poissons, les reptiles et les oiseaux, les globules colorés du sang sont des cellules à noyaux développées dans ces glandes; chez les mammifères, ce sont des noyaux libres, les uns primitivement formés dans les glandes, les autres développés dans des cellules incolores.

4° Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques, leurs éléments cellulaires se multiplient dans une proportion insolite, passent dans le sang, et y produisent une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs : c'est la leucocythémie.

5° Les globules du sang se dissolvent et se mêlent avec la portion de lymphe épuisée par la nourriture des tissus qui

---

mettrait de le répandre rapidement. C'est un avis que nous émettons d'une manière formelle.

En attendant, nous ne voulons pas vous faire tort de deux ou trois faits de jurisprudence médicale relatés dans le simple et très convenable discours de M. Cabanellas.

Un médecin de Donnemarie (Seine-et-Marne), M. Chaubart, sommé par le juge d'instruction de montrer ses livres de visite, s'y est refusé en invoquant le secret dû à ses clients. La commission « l'a hautement approuvé, » et nous approuvons volontiers la commission quant à la consécration du principe. Toutefois, l'application de ce principe, quelque incontestable qu'il soit, nous paraît devoir être subordonnée à la nature des circonstances. Un médecin n'est pas que médecin ; il est aussi citoyen. Quand il n'est pas l'un, il est encore l'autre. Si donc ses livres renferment des éléments indispensables d'instruction dans une affaire civile où il est engagé, et que le secret médical n'ait pas à souffrir de la divulgation, nous estimons qu'il peut et doit les livrer à la justice. Notez que le médecin, *restant toujours juge, seul juge, des circonstances*, est maître d'éviter les abus. C'est ici affaire de conscience. Nous revendiquions récemment, comme dérivant du devoir professionnel, le droit de taire le nom de la mère dans une déclaration de naissance ; mais que dirait-on d'un médecin qui prétendrait le taire dans tous les cas, sans exception, au nom d'un principe ? Il serait couvert par la loi, mais il ne le serait pas assurément par l'équité et par le bon sens. Sans nous arrêter au cas particulier de M. Chaubart, nous supposons une demande d'honoraires quelconque. Le client conteste le nombre des visites ; vous l'attaquez en justice et vous refusez de faire la justification nécessaire, quand le tribunal la demande, quand le client y consent, quand le fait de sa maladie est déjà divulgué par le procès, quand il est connu, par la disposition habituelle des répertoires de visites, qu'une telle justification peut avoir lieu sans aucun dommage pour les autres clients ! Le médecin est en droit de refuser ses livres ; par cela même, s'il les montre, il peut y mettre des conditions ; il peut exiger, par exemple, que la vérification soit faite en sa présence, par le juge d'instruction seul, et s'assurer ainsi qu'elle ne porte que sur les éléments de la

n'a pas été convertie en albumine pour former la fibrine du sang.

En France, la leucocythémie est encore peu connue. Les travaux publiés sur ce sujet sont peu nombreux et postérieurs aux recherches faites en Allemagne et en Angleterre; cependant, c'est en France que la maladie fut entrevue pour la première fois, et que la première observation fut recueillie. Le 15 juillet 1839, un savant aussi laborieux que modeste, un de nos anatomo-pathologistes les plus distingués, M. le docteur Barth, en faisant à l'Hôtel-Dieu l'autopsie d'une femme atteinte d'hypertrophie de la rate, qui succomba à une diarrhée sanguinolente, trouva une rate pesant six livres, un foie volumineux, et les vaisseaux remplis d'un sang couleur chocolat, mêlé de petits grumeaux jaunâtres et d'une matière molle jaune gris; frappé de cet aspect singulier du sang, il en envoya à M. Donné. Cet habile micrographe y constata une proportion si considérable des globules blancs ou muqueux du sang, que, sans les circonstances de l'observation, il aurait cru avoir affaire à du pus contenu dans le sang. Malheureusement, cette observation ne fut pas imprimée, et cependant elle était entrée dans le domaine public; car M. Barth montra les pièces pathologiques, et communiqua le fait à ses élèves dans une séance du cours d'anatomie pathologique qu'il professait à l'École pratique. Nous devons à son obligeance de pouvoir la reproduire dans ce mémoire (voyez Obs. IV). Il est impossible de ne pas reconnaître, et dans les phénomènes observés pendant la vie, et dans les lésions constatées après la mort, les traits caractéristiques de la leucocythémie splénique.

En 1847, les *Archives générales de médecine*, p. 246, donnèrent une traduction de l'observation publiée par le docteur Fuller dans *London Medical Gazette*, sept. 1846, précédemment dans *The Lancet*, juillet 1846.

En 1851, le docteur Bennett communiqua à la Société de biologie un résumé de ses recherches (*Bulletins de la Société de biologie*, 1851, p. 46). Ce mémoire est reproduit dans la *Gazette médicale*, 1851, p. 328.

Au mois d'avril 1852, notre collègue, le docteur Leudet, nous montrait, à la Société anatomique, la rate d'une femme de trente ans, morte dans le service de M. Rayer. Le sang contenu dans les gros vaisseaux présentant les apparences décrites dans les cas de leucocythémie, fut soumis à un examen microscopique qui révéla une augmentation considérable des globules blancs. Cette observation, dans laquelle le diagnostic ne fut éclairé qu'après l'autopsie, a été consignée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (27e année, 1852, p. 226), puis précédée et suivie de savantes considérations; elle fit le sujet d'un mémoire inséré dans les *Bulletins de la Société de biologie* (1853, 2e partie, p. 3).

Une nouvelle observation fut lue par le docteur Charcot, en avril 1853, à la Société de biologie (*Bulletins*, 1853, 1re partie, p. 44). Dans ce fait, le malade, homme de vingt-cinq ans, ne resta que quatre jours dans les salles de l'hôpital. Les accidents du début de la maladie sont parfaitement caractérisés et relatés dans tous leurs détails avec un soin remarquable. Le docteur Charcot avait soupçonné, je dirais presque diagnostiqué, par l'ensemble des symptômes, une leucocythémie splénique, et il se proposait de faire l'examen microscopique et l'analyse chimique du sang, lorsque le malade se suicida dans un accès de lypémanie. Le sang ne put être examiné qu'après la mort. MM. Charcot et Ch. Robin l'étudiant collectivement au microscope, y reconnurent une augmentation considérable des globules blancs et des globulins, et signalèrent dans le sang contenu dans le ventricule droit et dans la rate la présence de cristaux, dont il n'est fait mention dans aucun autre travail, et dont nous reparlerons à propos des altérations du sang observées après la mort.

Dans les auteurs anciens et modernes, et jusque dans ces dernières années, on trouve confondus, sous le nom d'engorgements, d'obstructions, d'hypertrophies de la rate, un grand nombre de faits qui présentent une ressemblance évidente, je dirais presque une identité remarquable avec les faits de leucocythémie publiés jusqu'à ce jour, et avec ceux que nous avons pu observer par nous-mêmes.

Parmi les ouvrages dans lesquels nous avons trouvé des exemples remarquables d'hypertrophies de la rate, sans fièvres intermittentes antérieures, et compliquées d'hémorrhagies, de diarrhée, d'état cachectique, et déterminant la mort, nous citerons principalement : Hippocrate (livre II des *Prédictions*, ch. 16), Celse (*De medicina*, liv. IV, ch. 1), Galien, Rhazès, Bartholin, Blaës, Blancard, Schenke, Morgagni, Lieutaud, Brée, Mead, Grottanelli (*Animadversiones ad varias acutæ et chronicæ splenitidis*, etc. Florence, 1821), Helwig Schmidt, Assolant (*Recherches sur la rate*, thèse, Paris, an X), Audouard (*Des congestions sanguines de la rate*, in-8. Paris, 1818), Reynaud (*Journal hebdomadaire de médecine*, juillet 1829, t. IV, p. 152), Hodgkin (*Medico-chirurgical Transactions*, t. XVII, 1832, p. 68), Naumann (*Handbuch der medicinischen Klinik*, t. VII. Berlin, 1835), Nivet (*Archives générales de médecine*, 1838, 3e sé-

cause. Agir autrement, ce serait, suivant nous, encourager la mauvaise foi du client, compromettre les intérêts du médecin, et parfois aussi son caractère, le public pouvant ne pas comprendre aisément qu'on poursuive une réclamation jusqu'au pied de la justice, et qu'on se retire tout à coup sur une demande de titres.

Le même confrère était accusé d'exercice illégal de la pharmacie pour avoir porté des médicaments d'urgence à des malades éloignés de sa résidence. Le ministère public a abandonné l'accusation, et le rapport de M. Cabanellas constate que « cette année même (1855), la cour impériale a confirmé un jugement du tribunal de Versailles, qui déclare qu'un médecin a le droit de porter à ses malades des médicaments pris dans une pharmacie autorisée. » Cette question n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. En principe, et aux termes de l'article 27 de la loi de germinal an XI, *les officiers de santé établis dans des bourgs où il n'y a pas de pharmaciens tenant officine, peuvent*, sans être reçus pharmaciens, *fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles elles sont appelées, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte*. Une ordonnance de police du 9 floréal an XI, qui n'a pas été rapportée, enjoint aux officiers de santé *établis dans le ressort de la préfecture de la Seine*, qui veulent user du bénéfice de l'article 27 de la loi, d'en faire la déclaration aux sous-préfets et aux maires. Jusque-là, pas de difficulté. Mais un médecin habitant une commune *où il y a une officine ouverte*, et qui débite des médicaments dans une commune *dépourvue d'officine*, est-il en contravention? Oui, suivant la cour de cassation, qui a rendu plusieurs arrêts dans ce sens. Néanmoins, cette interprétation littérale de l'article 27 est sujette à tant d'inconvénients, que plusieurs auteurs refusent encore de l'admettre, et que, dans la pratique, on peut bien l'avouer, elle reçoit impunément des démentis perpétuels.

Nous ne vous dirons rien, honoré confrère, de la partie du rapport qui concerne la réquisition administrative des soins médicaux, parce que nous avons déjà traité cette question (*Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 933) et que la conversation commence à tirer en longueur. Nous y reviendrons quelque autre jour. *Vale.*

A. Dechambre.

rie, t. I), Durand, de Lunel (séance de l'Académie de médecine, du 20 mai : *Gazette médicale*, 1851, p. 328). Sous ce titre : *On Some Morbid Appearances of the Absorbent Glands and Spleen*, Hodgkin cite, comme faits méritant une étude spéciale, sept observations qui se rapprochent parfaitement des deux formes de la leucocythémie. Tout récemment, dans la séance du 16 octobre 1855, M. Linas (*Moniteur des hôpitaux*, 1855, 22 oct.) présentait à l'Académie de médecine un fait d'hypertrophie de la rate, sans fièvres intermittentes antérieures, avec hémorrhagies intestinales mortelles. Ce fait, dont la nature est restée douteuse, présente les plus grandes analogies avec la maladie que nous étudions.

Dans d'autres auteurs, nous trouvons, sous les noms de sang blanc, d'état purulent du sang, d'aspect singulier du sang, la relation d'autopsies dans lesquelles le sang contenu dans les gros vaisseaux était coagulé, granuleux, mélaugé de caillots d'un blanc jaunâtre, et présentait des caractères qui nous semblent identiques avec ceux du sang contenu dans les veines des sujets qui succombent à la leucocythémie. Dans ces faits, les uns sont accompagnés d'hypertrophie de la rate, ou d'hypertrophie du foie et des ganglions lymphatiques; dans d'autres, enfin, il n'est fait mention que de l'état du sang. Parmi ces exemples, les plus remarquables sont ceux que l'on trouve dans Morgagni (lettre 36, n° 11), Bichat (*Anatomie générale*, t. I, p. 38), Hodgkin (*loco citato*, p. 107), Velpeau (*Revue médicale*, 1827, t. II, p. 218, obs. I, et 1826, t. III, p. 77, obs. IV), Nivet (*Recherches sur l'engorgement et l'hypertrophie de la rate ; Archives générales de médecine*, 1838, 3e série, t. I, p. 321 et p. 329), Bouchut (*Gazette médicale*, 1844, p. 85, et 1845), Andral (*Clinique médicale*, 1839, t. I, p. 93, obs. XVII), Caventou (*Archives de médecine*, 1828, 1re série, t. XVIII, p. 603 ; *Revue médicale*, 1828, t. IV, p. 567), Bricheteau (*L'Expérience*, 1844, n° 364), Livois (*Bulletins de la Société anatomique*, 13e année, 1838, p. 289), Bessière (*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, oct. 1845, p. 81, et *Canstatt's Jahresbericht*, 1845, t. I, p. 26), Rokitansky (*Zeitschrift d. Aerzte zu Wien*, 1845, Bd II, S. 488), Oppolzer et Liebmann (*Kiwisch von Rotterau : die Krankheiten der Woechnerinnen*, Prague, 1840, Bd. 1, S. 109), Harless (*Heidelberg. klin. Annalen*, 1831, Bd VII, S. 26). Une des observations les plus remarquables de ce genre a été recueillie, en 1834, par M. Duplay (*Observation d'une altération très grande du sang* dans *Archives générales de médecine*, 1834, t. VI, p. 223) sur une femme de vingt-sept ans. Cette malade avait présenté, pendant la vie, une dyspnée très intense avec sueurs nocturnes abondantes et diarrhée terminale ; la gêne de la respiration et l'état d'émaciation extrême auquel elle était arrivée avaient fait croire à une phthisie pulmonaire. L'autopsie, en venant démentir ce diagnostic, montra une hypertrophie considérable de la rate, du foie et des ganglions mésentériques, des ulcérations très petites dans le cæcum; dans le cœur droit et dans les vaisseaux, on trouva des masses d'apparence purulente. C'est sur ce fait que M. Tessier a étayé sa théorie de la fièvre purulente spontanée, idiopathique.

(La suite à un prochain numéro.)

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA FISSURE DE L'ANUS PAR LA POMMADE AU NITRATE D'ARGENT ET LES LAVEMENTS FROIDS, par le docteur BOURGEOIS (d'Étampes).

C'est à l'illustre chirurgien de la Charité, à Boyer, que revient l'honneur d'avoir fait connaître l'histoire de la fissure de l'ouverture anale, maladie peu connue avant lui, bien qu'elle fasse le martyre et le désespoir de ceux qui en sont atteints. Elle était autrefois confondue avec les hémorrhoïdes, les rhagades, les affections syphilitiques du podex, etc. C'est encore à Boyer qu'on doit d'avoir trouvé un moyen curatif hors duquel il prétendait qu'on ne pouvait arriver à la guérison, je veux dire l'incision. Ce moyen est, il faut le dire, d'une efficacité constante ; pour mon compte, je ne l'ai jamais vu échouer ; mais il n'est pas exempt d'inconvénients : il peut occasionner des hémorrhagies, il est douloureux, il effraie. Aussi, soit à cause de ces inconvénients, soit à cause de l'esprit de recherche inhérent à notre époque, s'est-on ingénié, depuis assez longtemps déjà, à chercher d'autres modes de traitement : on a donc mis en usage la dilatation forcée, les préparations calmantes, adoucissantes, belladonées, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, etc. Dans le plus grand nombre des cas, on a fini par triompher du mal, et il a été ainsi démontré que l'opération sanglante n'était pas le seul remède efficace de l'affection qui nous occupe.

Pour mon compte, ayant trouvé des malades qui, malgré leurs vives souffrances, reculaient devant le bistouri, j'ai aussi cherché un autre moyen, et j'ai pensé à introduire dans l'anus de la pommade au nitrate d'argent, d'une application peut-être plus facile que le sel à l'état solide et pur, et qui, aussi, me semblait devoir être moins douloureuse. J'ai cru qu'en y joignant des lavements à l'eau froide, on arriverait encore à diminuer ce que cette application aurait de trop pénible. L'expérience a répondu à ces vues spéculatives, et depuis environ une quinzaine d'années, je ne mets plus d'autre traitement en usage. J'ai, depuis cette époque, soigné une vingtaine de malades dont la très grande majorité ont été guéris radicalement et sans récidive ; chez quelques-uns, surtout ceux qui n'ont employé ma méthode qu'incomplétement, si le mal n'a pas entièrement disparu, il y a eu amélioration très notable; et lorsqu'il y a eu récidive, la maladie, en se reproduisant, a toujours été fort atténuée, et le moindre recours au traitement suffisait pour s'en rendre maître.

Telle est, du reste, ma manière de procéder :

Je recommande à la personne malade de porter dans le fondement, le plus haut possible, le doigt indicateur, chargé, sur sa pulpe, de gros comme un petit haricot de pommade au nitrate d'argent, dosée au quart, au sixième ou même au douzième, suivant la sensibilité du sujet et le sexe, la graisse étant, bien entendu, dirigée vers le point où existe l'ulcération cause du mal. La souffrance est vive et dure quelques minutes dans toute sa force; enfin, elle diminue, pour s'éteindre entièrement après un temps qui varie entre une demi-heure et deux heures. Presque aussitôt après l'application de la pommade cathérétique, je fais prendre un lavement à l'eau froide, lequel, comme chacun sait, produit souvent plus d'effet évacuatif qu'un lavement purgatif chaud, et a de plus la propriété de rafraîchir et de diminuer la douleur qui suit la cautérisation. Les selles qui ont lieu après son administration sont déjà moins pénibles. Le lendemain et les jours suivants, on continue l'usage des lavements froids, entiers autant que possible ; on en prend deux par jour. Je ne reviens à la pommade caustique qu'après soixante-douze heures de repos. Dans l'in-

tervalle, on introduit dans l'anus, deux fois par vingt-quatre heures, une graisse inerte et fraîche, telle qu'axonge, pommade de concombre, ou simplement du suif, que je préfère à tout. Si, malgré les deux premières applications, la douleur n'a pas diminué, après une même période de temps, on revient à la pommade, et on l'éloigne ensuite de manière à ne s'en servir que tous les quatre, cinq ou six jours et même plus, en ne négligeant pas les autres moyens locaux dans ces intervalles. Deux ou trois semaines suffisent, le plus ordinairement, pour la disparition de la maladie, qui cesse parfois au bout de trois ou quatre applications, et qui, dans d'autres circonstances, en exige huit ou dix. Lorsque, chez les personnes traitées et guéries, j'ai pu, au bout d'un certain temps, constater l'état des parties, j'ai vu que le fond de la petite ulcération s'était recouvert d'une mince cicatrice bleuâtre, et que le spasme des sphincters avait disparu.

La constipation, et une constipation opiniâtre, accompagnant, neuf fois sur dix au moins, la fissure à l'anus, dont elle est très probablement une des causes déterminantes les plus actives, il est bien entendu qu'un régime qui tendra à la diminuer viendra en aide aux agents topiques. A ce régime, composé, autant que faire se pourra, d'aliments relâchants, comme viandes fraîches, légumes herbacés, laitage, fruits, etc., il faudra joindre l'exercice à pied, si l'état sédentaire de la personne avait pu aider à la production du mal. C'est encore ici le cas d'administrer les préparations belladonées à l'intérieur, suivant le conseil de M. le professeur Trousseau.

Je n'ai pas recueilli l'histoire de tous les malades que j'ai traités de fistules anales ; j'ai seulement pris quelques notes sur un certain nombre d'entre eux, dont je joindrai ici les observations sommaires.

Obs. I. — Madame L..., femme du régisseur d'une grande propriété de nos environs, âgée de cinquante-cinq ans, ne voyant plus depuis six ans, et menant une vie très sédentaire, habituellement fort constipée, atteinte d'hémorrhoïdes depuis trente ans, est horriblement tourmentée de douleurs brûlantes et lancinantes pendant et après les garderobes. Ces douleurs, venues petit à petit, datent de dix-huit mois environ. A l'époque où cette dame me consulta, les matières des garderobes étaient habituellement teintes de sang dans une direction particulière. Je constatai une fissure à l'anus, située entre deux bourrelets hémorrhoïdaux et siégeant à gauche de cette ouverture. La malade refusant absolument l'opération, j'imaginai d'employer la pommade au nitrate d'argent (au huitième); elle se l'appliqua elle-même, comme je l'ai dit plus haut, et la fit suivre d'un lavement d'eau froide. La douleur fut vive, dura plus d'une heure, puis se calma ; les évacuations furent moins douloureuses le jour même. Le lendemain et le surlendemain, on n'emploie plus que du suif ; le troisième jour, pommade au nitrate, et ainsi de suite. Cinq ou six nouvelles doses furent employées successivement, en les éloignant les unes des autres ; et, trois semaines après, elle me dit qu'elle était guérie, malgré sa constipation, qui était presque aussi forte qu'auparavant. Il va sans dire que je mis cette malade à l'usage de boissons et d'aliments rafraîchissants ; elle fit un peu d'exercice à pied et prit des bains de siége et même des grands bains assez fréquemment réitérés. La guérison se maintint pendant deux ans, puis madame L... quitta le pays, et je n'en entendis plus parler.

Obs. II. — Madame O..., de la commune d'Étrechy, trente-six ans, bien réglée, ayant quelques flueurs blanches et beaucoup de constipation, se plaint, depuis plus de deux ans, de douleurs déchirantes dans le fondement lorsqu'elle va à la garderobe, et même, quelque temps après, les matières sont parfois ensanglantées. On reconnaît, au pourtour de l'anus, de petits bourrelets hémorrhoïdaux et une fissure assez large, à surface granulée, rouge, qui se termine par une sorte de cul-de-sac ; à gauche, et un peu en avant du pourtour anal, dans le point de terminaison, la muqueuse est violacée et variqueuse. Même traitement que pour la précédente. La malade vient me revoir six semaines après, en disant qu'elle n'a plus de mal, et qu'elle n'a mis que trois fois de la pommade, qui la faisait beaucoup souffrir. Elle emploie toujours le suif et les lavements froids. Depuis douze ans qu'elle a mis ce traitement en usage, cette femme a cessé d'être réglée et n'a jamais éprouvé les douleurs qu'elle ressentait avant de se soigner.

Obs. III. — Le nommé P..., de la commune d'Itteville, homme de grande taille, de formes athlétiques, âgé de quarante ans, journalier de son état, a eu, m'a-t-il dit, des hémorrhoïdes dès vingt-cinq ans, lesquelles le font souffrir horriblement depuis deux ou trois ans, pendant et après les selles, qui souvent sont ensanglantées. Il est très échauffé, et ne va à la selle que tous les deux ou trois jours. Je constate chez lui une fissure fort élevée, située entre deux hémorrhoïdes. Même médication que dans les deux cas exposés ci-dessus. Je le revois après un mois, et il se dit guéri. Il a usé cinq ou six fois de la pommade.

Obs. IV. — Madame T..., de la commune de la Ferté-Alais, femme maigre, nerveuse, quarante-six ans, voyant encore beaucoup, n'ayant jamais eu d'enfants, très constipée, menant d'ailleurs une vie fort sédentaire, se plaint, depuis longues années, d'hémorrhoïdes et de violentes douleurs pendant les garderobes, qui vont tellement en augmentant depuis six mois, qu'elle se retient le plus possible, et ne va guère à la selle que tous les sept ou huit jours. L'examen me prouve qu'elle a, à droite de l'anus, une fissure étroite, d'un rouge vif, dont l'attouchement est très sensible. L'extrémité externe de celle-ci s'étend jusqu'au limbe de cette partie. Elle siége entre deux hémorrhoïdes flétries. Même traitement que pour les précédents. Guérison après un mois, qui ne s'est pas démentie depuis six ans, bien que la malade ait perdu depuis cette époque, et que quelquefois les hémorrhoïdes se tuméfient et deviennent douloureuses.

Obs. V. — Madame B..., de la commune de Sainville (Eure-et-Loir), femme de soixante-huit ans, forte, très active, sans constipation ni hémorrhoïdes, est prise, depuis deux ans, de violentes douleurs pendant les évacuations alvines, sur le produit desquelles elle dit n'avoir jamais vu de sang. Fissure en avant et à gauche, située très haut, et difficile à apercevoir. Il faut, pour la bien reconnaître, déprimer fortement la fesse correspondante et que la malade pousse. La fissure est d'un rouge très vif et fort étroite. Sept à huit applications de pommade sont faites. Guérison au bout de vingt-cinq jours, qui ne s'est pas démentie depuis plusieurs mois. Je puis constater que la fissure a été remplie par une cicatrice violacée couverte d'une mince pellicule.

Je pourrais encore produire ici un certain nombre d'autres faits ; mais ils ne feraient guère que reproduire ceux que je viens de citer, et allongeraient inutilement cette note. Je le répète, il est des cas où la réussite a été peut-être moins entière, où il est resté quelques douleurs pendant les évacuations et après celles-ci ; mais il y a toujours eu un amendement notable, alors même que les patients n'ont mis qu'incomplétement en usage les moyens que je leur conseillais, et je n'ai jamais vu survenir de récidives où le mal se reproduisit avec la même violence que la première fois. Enfin, je dois dire qu'il est quelques sujets que je n'ai plus revus après la guérison ou un amendement notables constatés.

Les avantages que j'ai trouvés à ce mode de traitement sont :

1° Une douleur moindre qu'avec le nitrate d'argent en nature ;

2° Une facilité plus grande dans le traitement, que le malade met lui-même en usage ;

3° Action plus étendue de l'agent cathérétique, puisque le

doigt peut pénétrer aussi avant qu'on le veut dans l'intestin, et atteindre toujours l'extrémité la plus élevée de la fissure.

On pourrait objecter, il est vrai, que le caustique agit non-seulement sur la plaie, mais aussi sur les parties voisines de celle-ci. Je ne nie pas cette possibilité. Je ferai toutefois observer que, le doigt dirigeant la pommade vers le point malade, celle-ci ne s'en écarte pas beaucoup; que d'ailleurs la muqueuse saine ne se laisse guère atteindre par la graisse caustique, et qu'enfin l'expérience n'a pas prouvé qu'il y eût là un inconvénient bien sensible.

Mon intention, en publiant cette note, n'a pas été de revendiquer la priorité du traitement de la fissure de l'anus par le nitrate d'argent, mais bien d'indiquer un mode d'application de ce puissant agent modificateur, qui m'a rendu les plus grands services, et je terminerai en engageant mes confrères à essayer un traitement que j'ai vu si souvent réussir dans la maladie en question.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre?

Dieuze, 6 février 1856.

Très honoré confrère,

Dernièrement, au sein de la Société de chirurgie (*Gazette hebdomadaire*, 1856, n° 5, p. 66), à propos de l'âge auquel il convient d'opérer le bec-de-lièvre, on a traité un peu dédaigneusement l'invention, le procédé et le nom du docteur Bonfils père, de Nancy, de ce savant auquel il n'a manqué qu'un théâtre plus élevé pour paraître infiniment plus grand que tous ses contempteurs.

Neveu du professeur Bonfils et continuateur de son idée, je viens, dans les limites des plus rigoureuses convenances, élever en sa faveur une protestation.

Le docteur Bonfils père, de Nancy, accoucheur aussi distingué que chirurgien habile, avait, dès l'année 1825, dans un intéressant mémoire sur la nécessité d'opérer le bec-de-lièvre *immédiatement après la naissance*, déposé les résultats inattendus de son immense et remarquable pratique. Mais, comme toutes les innovations émanées de l'initiative de la province, les idées du savant accoucheur, perdues dans les oubliettes de la centralisation médicale, n'ont été recueillies que dans le rayon de la sphère où il exerçait.

En 1848, l'*Union médicale* accueillit, sur le même sujet, un mémoire dans lequel j'ajoutais aux données du professeur de Nancy le fruit de vingt années de pratique, en démontrant surtout que le résultat des phénomènes initiaux de la respiration est quelque peu analogue à l'action des substances anesthésiques.

Aujourd'hui, la question, pleine de doute pour les éminents chirurgiens de la capitale, M. P. Dubois excepté peut-être, et mise à l'ordre du jour par la Société de chirurgie, a été traitée sans qu'aucun des arguments allégués en faveur de l'opération pratiquée immédiatement après la naissance, ait été, je ne dirai pas examiné, mais seulement rappelé. Les accoucheurs étaient sans doute absents lors des deux ou trois séances consacrées à la discussion; car préoccupés, comme nous, des relations toujours manifestes de la mère et de l'enfant, ils n'eussent point été exposés à perdre de vue la véritable époque de *l'allaitement qui commence à peine, pour le nouveau-né, le troisième jour après la naissance;* mieux que d'autres, ils eussent démontré qu'on doit attendre du sujet une immobilité parfaite sous l'action de l'instrument tranchant, renseignés qu'ils sont par les faits journaliers sur le degré d'insensibilité du petit être qui commence à respirer plus ou moins complétement, sur la tendance de celui-ci à se livrer au sommeil pendant les deux ou trois premiers jours de sa venue au monde.

On a bien parlé de l'état plus vasculeux des tissus chez les nouveau-nés; mais on a oublié de mettre en regard leur plus grande disposition à une adhérence cicatrisante. Quant à l'objection tirée de leur mollesse et de leur facilité singulière à s'érailler sous la pression des aiguilles et des fils constricteurs, le professeur Bonfils y avait d'avance victorieusement répondu. Pour maintenir en contact les surfaces avivées, qu'il se servît simplement de bonnes bandelettes agglutinatives ou de sutures entortillées, suivant les besoins indiqués par les complications, il avait recours à la main d'aides intelligents qui, maintenant, pressant d'arrière en avant les joues saisies entre le pouce et les autres doigts, attirait doucement, pendant soixante-douze heures, les tissus l'un vers l'autre. Ne mettait-il pas ainsi, durant ce court espace de temps nécessaire à la bonne consolidation de la cicatrice, le petit opéré à l'abri d'accidents qu'occasionnent seuls l'éternument, le rire et les pleurs? Quelques cuillerées d'eau sucrée aromatisée suffisent alors à l'entretien de l'embonpoint de celui-ci qui peut, en toute sécurité, prendre le sein de la mère vers la fin du troisième jour. Tel fut tout le secret des succès du docteur Bonfils; telle est aussi la cause des nôtres depuis vingt-sept ans.

Mais, a-t-on encore demandé, quel avantage espérez-vous retirer de cette opération prématurée?

D'abord plus elle est reculée, moins il est possible d'obtenir une lèvre aussi bien conformée que celle que l'on remarque à la suite d'une simple lésion traumatique, les deux segments labiaux, en vertu d'une loi tératologique bien connue, continuant à se développer avec l'âge d'une manière proportionnellement irrégulière; ensuite l'enfant, saisissant le mamelon avec plus de facilité et d'exactitude, se nourrit mieux, quoi qu'on en dise, qu'il n'eût pu le faire avec sa difformité, surtout lorsqu'il y a division de la voûte palatine; enfin, dans ce dernier cas, les segments du palais se rapprochent avec une telle exactitude, qu'il reste à peine, chez nos opérés les plus âgés aujourd'hui (vingt-cinq à trente ans), une trace linéaire, bien propre à faire douter de l'existence d'une complète division des os.

Ce n'est pas tout; nous devons faire entrer en ligne de compte les plus faciles progrès de l'intelligence. Qui ignore aujourd'hui que, toutes choses égales d'ailleurs, un sujet opéré parlera plus facilement, plus promptement, qu'un enfant abandonné à sa hideuse difformité?

A quel âge la Société de chirurgie veut-elle que l'on opère pour « ne pas sacrifier l'enfant? » A six mois! Mais comment entretiendrez-vous votre sujet déjà fort, accoutumé à l'allaitement, et qu'il faut nourrir? A six mois! Mais c'est l'âge de la plus vive impatience et de la plus remuante indocilité; c'est encore et surtout l'âge de la germination et de l'éruption dentaires, des convulsions et des maladies de l'encéphale, etc., etc. Que de chances à courir!

Point de milieu; il faut, avec le professeur Bonfils, opérer *immédiatement après la naissance*, ou bien, s'il n'y a pas péril à reculer, attendre patiemment l'âge adulte; car, il ne faut pas l'oublier, la seconde enfance a encore à redouter les orages de la deuxième dentition.

E.-A. Ancelon,
Médecin de l'hôpital de Dieuze.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Chauny, 5 février 1856.

Glycérine iodée comme succédanée de l'huile de foie de morue.

Monsieur et très honoré confrère,

Dernièrement, en voyant les contorsions que faisait une pauvre jeune fille pour prendre sa cuillerée d'huile de foie de morue, l'idée

m'est venue de chercher un succédané de ce médicament. Bientôt la glycérine s'est présentée à mon esprit avec sa transparence et sa saveur sucrée. Alors M. Cagniart, pharmacien, et moi, nous nous sommes mis à l'œuvre, et, après plusieurs essais de combinaison avec la glycérine, avec l'iode et ses composés, nous avons arrêté la préparation suivante :

Glycérine blanche.	1000 grammes.
Iode	20 centigrammes.
Alcool rectifié en quantité suffisante.	

Dissoudre l'iode dans l'alcool, ajouter à la glycérine et secouer jusqu'à homogénéité. Deux à six cuillerées par jour (1).

L'iode se conserve parfaitement dans le véhicule à l'état de division métallique.

Je propose donc aux praticiens de donner à l'intérieur, dans la phthisie, le rachitisme, les scrofules, la glycérine iodée à la place de l'huile de foie de morue ; car, s'il est vrai, monsieur le rédacteur, que l'huile de foie de morue, blanche, blonde ou brune, agisse par ses principes gras, huileux et iodiques, je pense que notre glycérine ne lui cédera en rien pour ses propriétés médicinales.

Je sais que MM. Trousseau et Bazin ont assigné à la glycérine une place dans le formulaire des dermatoses; que M. Cap, pharmacien, la propose comme excipient de préparations officinales tenant le milieu entre l'huile et l'eau, et que bon nombre de praticiens commencent à remplacer le cérat par la glycérine dans le traitement des plaies.

Toutefois, je ne sache pas qu'aucun médecin ait encore songé à substituer la glycérine à l'huile de morue.

Si je n'ai pas été devancé, je vous prie de vouloir bien insérer dans votre journal ces quelques lignes que je soumets à votre appréciation, afin que je puisse prendre date de mon idée, jusqu'à ce que j'aie pu expérimenter par moi-même la valeur médicamenteuse de la substance.

Veuillez agréer, etc.,

LAMBERT-SERON.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

ANTHROPOLOGIE. — *Note sur les Touariks*, par M. *Serres*. Les Touariks, dont quatre se sont présentés dernièrement au gouverneur de l'Algérie, habitent l'immense plaine du Sahara. Les hommes de cette tribu se voilent la face avec tant de soin, que M. Guyon, inspecteur du service des armées, n'a pu voir un peu la figure de l'un d'eux qui se trouvait malade, qu'au moment où il lui montrait la langue. Voici le résumé des observations superficielles qu'il lui a été possible de faire sur ces singuliers personnages.

Taille moyenne, plutôt petite que grande ; tête peu forte, globuleuse, tenant sous ce rapport de celle du Kabyle ou Berbère, front médiocrement large et élevé ; orbite large, pommettes un peu saillantes, dents courtes, moins bien rangées et moins belles que celles de l'Arabe, mains et pieds petits, peau olivâtre, cheveux soyeux, noirs, et tendant à se boucler, barbe peu fournie et tendant à se boucler comme les cheveux.

Les Touaricks sont un rameau de la race caucasique ; ils s'avancent à l'est de l'Afrique, jusqu'aux confins de l'Égypte : ils se croient les habitants les plus anciens de la terre; leur langage n'est pas arabe, et ils affirment qu'il est le plus ancien du monde.

(1) C'est un excellent véhicule pour administrer le proto-iodure de potassium et le proto-iodure de fer.

Les Touariks se pratiquent l'inoculation, non pas seulement entre le pouce et l'index, comme les Kabyles, mais encore sur les avant-bras et les jambes.

Une maladie très répandue chez les Touariks, est le dragonneau, ou ver de Médine. C'est, à ce qu'il paraît, le fléau du pays.

M. Serres fait remarquer que ce fait est un de plus à ajouter à ceux qu'il a déjà recueillis sur la spécialité des maladies qui affectent de préférence telle race ou telle variété de la grande famille humaine.

CHIRURGIE. — *Nouveau procédé de chéiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée*, par M. *Sédillot*. Ce procédé, que l'auteur a imaginé dans un cas où les trois quarts gauches de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, est décrit de la manière suivante : — Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche, que du côté droit. — Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était très large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de 15 à 20 millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouve ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact. Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue, qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant, pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moitiés de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entrecoupée assujettirent la membrane muqueuse.

M. Sédillot recommande de diviser le bord libre de la lèvre saine à plusieurs millimètres au delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion de tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et l'on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

CHIMIE MÉDICALE. — *Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale*, par M. *Poggiale*. (Voir les *comptes rendus* de l'Académie de médecine du numéro 5, page 75). (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Note sur l'action que le phosphore rouge exerce sur l'économie animale et sur l'empoisonnement par le phosphore ordinaire*, par MM. *Orfila* et *Rigout*. Par une série d'expériences pratiquées sur les chiens adultes et bien portants, les auteurs ont pu reconnaître que le phosphore rouge ou amorphe n'est pas vénéneux, puisqu'il a pu être administré impunément aux animaux jusqu'à la dose de 50 grammes : le phosphore ordinaire est au contraire un poison assez énergique ; deux grammes suffisent pour tuer un chien. Ce corps peut exister dans les organes, à l'état libre, quinze jours après la mort : on comprend quel parti peut tirer de cette observation, dans les cas analogues, l'expert chargé de constater l'empoisonnement.

La putréfaction est, dans certains cas, singulièrement retardée.

Enfin, le sulfure de carbone est un bon dissolvant pour séparer le phosphore libre des matières avec lesquelles il est mélangé dans l'estomac, et qui masquent les propriétés caractéristiques de ce métalloïde. (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Bernard.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Note sur le sucre de lait*, par M. *Dubrunfaut*. Il résulte des nouvelles recherches de l'auteur, que le sucre de lait épuré par cristallisation se dissout dans l'eau avec élévation de température. Il est peu hygrométrique. Il peut se combiner avec les bases au sein des dissolvants, et sortir de ces combinaisons avec toutes ses propriétés, quand on opère à basse température, et en ayant soin d'enlever le sucre à sa combinaison peu de temps après l'avoir produite. En chauffant à 100 degrés le sucre de lait, en présence de quelques centièmes d'acide sulfurique, sa

rotation s'élève, et il est transformé partiellement en sucre fermentescible. Le sucre de lait traité par la levûre, dans les conditions usitées pour la fermentation alcoolique, donne une quantité appréciable d'acide carbonique, sans production d'alcool, ni sans changement sensible dans la rotation et dans la densité de la dissolution. Comme la gomme, le sucre de lait possède la propriété de donner naissanee à un même produit final, l'acide mucique, sous l'influence de l'aeide nitrique.

Médecine. — *Note sur deux applications nouvelles de l'acide sulfureux*, par M. *Grun*. L'auteur s'est assuré par plus de dix expériences que l'acide sulfureux, appliqué directement par voie d'insufflation, détruit la *teigne faveuse* en quelques jours. L'appareil employé par l'auteur consiste en une pipe de terre, un bouehon auquel on ajuste un bout de pipe de eaoutchouc. On met du soufre et quelques moreeaux d'amadou dans le bol de la pipe, on allume l'amadou, on bouche le bol et l'on souffle. Par ce moyen, un jet d'acide sulfureux est projeté sur le tubercule faveux, qui se flétrit et se détache en quelques jours.

M. Grun pense, par analogie, qu'on pourrait aussi employer les vapeurs de soufre pour empêcher dans les magnaneries le développement de la maladie des vers à soie eonnue sous le nom de *muscardine*.

Médecine comparée. — *Sur un nouvel acarus du cheval, pouvant transmettre la gale de ce solipède à l'homme*, par MM. *Bourguignon* et *Delafond*. Le eheval peut avoir deux espèces de gale : une première, due à la présence du parasite acarien propre aux herbivores, et connu depuis longtemps, qui ne saurait tracer des sillons, vivre sur la peau de l'homme, et lui transmettre la contagion; une seconde, due à la présence d'un aeare identique avee eelui des earnivores, pouvant tracer des sillons, transmettre la psore, et dont personne n'a soupçonné l'existence jusqu'à ce jour. Cette maladie transmissible est aussi différente dans l'ensemble de ses symptômes, de celle qui ne peut se communiquer, que les parasites qui en sont la cause première diffèrent entre eux.

— M. *Moquin-Tandon* présente à l'Académie, de la part de M. *A. Becquerel*, une note manuserite intitulée : *Du développement de la fièvre typhoïde chez les animaux*. (Nous publierons ce travail *in extenso* dans un proehain numéro.)

Physiologie. — *Action des vapeurs d'essence de térébenthine inspirées*, par M. *Letellier*. — L'auteur a observé sur lui-même que l'inspiration de ces vapeurs ne tarde pas à produire des vertiges, sans douleur, sans pesanteur de la tête, sans voir les objets tourner, sans aucune disposition à la syncope, sans la moindre faiblesse dans les jambes. Il lui semblait qu'il allait tomber à droite ou à gauehe (jamais en avant ou en arrière) ; les secousses de la tête augmentaient cette titubation. Tous les sens sont demeurés intaets; la parole seule paraissait un peu pénible. Une légère moiteur et un peu de fourmillement au dos des poignets ; l'urine était absolument inodore.

M. Letellier conelut de eette observation que les vapeurs d'essenee de térébenthine agissent primitivement sur le cerveau en l'excitant à la manière des alcooliques, et que par eonséquent on ne doit employer ees substanees qu'avec précaution. (*Renvoi à l'examen de la commission déjà nommée* pour la note de M. Marehal de Calvi.)

— M. *Wanner* présente, comme supplément à sa préeédente note sur l'*organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang*, les résultats de deux expérienees nouvelles.

Dans la première expérience, faite sur un mouton, on a introduit de l'air eondensé dans les deux médiastins, de manière à neutraliser les mouvements de la poitrine, et l'on a ainsi déterminé en dix minutes la eessation complète des battements du eœur.

Dans la seeonde expérience, du sang de bœuf tiré instantanément de l'animal, et reçu, afin d'éviter la eoagulation, dans un vase maintenu à une température de 37 degrés eentigrades, a été soumis à l'aetion du gaz acide carbonique, au moyen d'un tube de verre reeourbé dont un bout était adapté à la vessie eontenant le gaz, et l'autre à un bouchon de liége percé, et avec lequel était bouchée la bouteille contenant le sang; le liquide sanguin est devenu de eouleur rouge-brun, et a présenté une semi-coagulation.

L'auteur eonclut de cette expérience que la mort est déterminée dans l'asphyxie par la coagulation du sang et l'impossibilité de la eirculation, par suite de cette eoagulation.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du proeès-verbal de la précédente séanee.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet à l'Académie : — *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges en 1855. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Billot* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loulle (Jura) en 1855.— c. Un rapport de M. le docteur *Idrac* sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Toulouse pendant la même année. — *d*. Un rapport supplémentaire de M. le docteur *Yvonneau* sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher). — *e*. Un rapport de M. le docteur *Thiébaut* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Rémonville (Vosges). (*Commission des épidémies.*) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Masson* sur une épidémie de choléra dans la commune de Menessair (Côte-d'Or). (*Commission du choléra.*) — *g*. Un rapport de M. le docteur *Teltier* sur le service médical de l'établissement thermal de Bourbon-Lancy. (*Commission des eaux minérales.*)

2° Communications de : — *a*. M. le docteur *Jacquot* (Lettre pour une demande du titre de correspondant ; liste des travaux à l'appui de sa candidature). — *b*. M. André *Breton* (Pile galvanique pour l'usage médical). (*Commission déjà nommée*) — *c*. M. *Charrière* fils (Nouvel instrument pour extraire les corps étrangers de la vessie).— *d*. M. le docteur *Calré* (Mémoire sur le traitement et la guérison de la goutte et du rhumatisme aigu et chronique). (*Comm.:* M. Bouillaud.) — *e*. M. *Collardot*, ex-élève des hôpitaux (bandage inguinal double). (*Comm.:* MM. Malgaigne et Ricord.) — *f*. M. le docteur *Bertherand*, de Lille (De l'influence du transport par les chemins de fer sur la santé des animaux destinés à la boucherie et à l'engraissement). (*Comm.:* MM. Delafond et Boulley.)

M. *Victor Masson* envoie, pour la bibliothèque de l'Académie, la 4e édition des *Éléments de pathologie générale*, de M. le professeur Chomel, et une livraison de l'*Atlas d'anatomie humaine*, de MM. Beau, Bonamy et Broca. Des remercîments seront adressés à M. Victor Masson.

— M. le professeur *P. Dubois* fait hommage à l'Académie de la collection complète du *Journal de médecine de Van Dermonde*.

M. *Moreau* : Le bruit s'est répandu qu'une épidémie de fièvre puerpérale sévissait dans Paris. Depuis un mois, l'épouvante est grande dans les familles, et il ne se passe point de jours où je ne sois consulté sur ee grave sujet par des personnes inquiètes qui me demandent s'il n'y a point de danger à faire maintenant ses couches à Paris. Je eonnais des femmes grosses qui s'en éloignent par la crainte du mal, et d'autres qui n'osent y rentrer pour le même motif. Si je ne m'en rapportais qu'à ma propre observation, qu'à ma pratique personnelle, je pourrais affirmer que jamais l'état sanitaire de Paris ne m'a paru plus satisfaisant, si bien que j'ai donné à ma belle-fille le conseil d'y demeurer pour y faire prochainement ses couches. Cependant, comme je suis éloigné depuis plusieurs mois du service des hôpitaux, je demanderai à nos collègues, de nous fournir à ee sujet quelques renseignements précis.

M. *P. Dubois* : J'ai reçu un grand nombre de demandes du même genre que celles qui ont été adressées à M. Moreau. Il est vrai qu'il y a un peu plus d'un mois, il a régné dans Paris un état de fièvre puerpérale assez grave; plusieurs eas se sont présentés dans les hôpitaux, et deux malades ont succombé dans ma pratique civile. Mais cette constitution médicale a été de eourte durée, et je puis dire que les nouvelles aceouchées auxquelles je donne maintenant des soins, se portent à merveille. Ce n'était donc pas là une épidémie, eomme quelques personnes l'ont eru. Tous les ans et à toutes les époques de l'année, il y a plusieurs aeeidents de cette nature dans un centre de population aussi considérable que Paris. Seulement il suffit que le malheur frappe eertaines familles pour que la nouvelle s'en répande promptement et jette la terreur sur son passage. Je ne erois done pas plus que M. Moreau que le séjour de Paris puisse être actuellement nuisible aux femmes en couches.

M. *Velpeau* : Depuis trois ou quatre mois, nous recevons beau-

coup de femmes en couches à la Charité, à cause des réparations qui se font à la Maternité. Sur douze ou quinze femmes accouchées dans mon service, trois ont été atteintes de fièvre puerpérale, une seule a succombé. Les bruits d'épidémie ne me paraissent donc pas fondés, et rien ne justifie les alarmes de tant de familles.

M. *Moreau :* Très souvent il suffit d'un accident isolé, pour jeter partout la consternation. A propos des trois cas de fièvre puerpérale qui ont éclaté dans le service de M. Velpeau, je ferai observer que les femmes en couches, placées dans un service chirurgical, paraissent se trouver dans des conditions très favorables au développement de cette grave maladie. Il y a quelques années, dans un des hôpitaux de Bruxelles, la fièvre puerpérale causait une mortalité énorme dans une salle d'accouchement voisine d'une salle de chirurgie ; les accidents sont devenus rares depuis que les deux salles ont été éloignées l'une de l'autre.

M. *Collineau :* A Saint-Lazare, où il se fait beaucoup d'accouchements, je n'ai pas observé, dans ces derniers temps, un seul cas de fièvre puerpérale.

Lectures et Mémoires.

CHIMIE MÉDICALE. — M. *F. Boudet* donne lecture d'un travail sur *la fermentation.* (*Renvoi à la section de chimie et de physique médicales.*)

PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE. — M. *Renault :* Je demande à l'Académie la permission de l'entretenir d'une maladie, rare dans nos contrées, commune dans l'Europe orientale ; c'est le *Typhus contagieux de l'espèce bovine*, ainsi nommée à cause de sa ressemblance avec le typhus de l'homme.

Cette affection, que les Allemands et les Italiens nomment encore *peste bovine*, se montre rarement à l'état sporadique : elle attaque les animaux en masse, non pas en vertu d'une constitution épizootique spéciale, non pas sous l'influence de cette force inconnue que l'on nomme *génie épidémique*, mais bien par voie de contagion exclusivement : elle se propage par les émanations qui s'échappent des animaux atteints et de leurs sécrétions ou par les miasmes dont s'imprègnent ceux qui les soignent.

Je vais vous citer quelques chiffres qui vous donneront une idée des ravages que peut opérer ce désastreux fléau.

Le typhus contagieux a été bien observé pour la première fois en 1711, époque où il a commis des ravages dans le Milanais, dans l'Italie septentrionale et dans l'Europe occidentale. Alors, dans l'espace de trois ans, quinze cent mille têtes de bétail ont péri dans ces contrées. De 1713 à 1740, trois cent mille ont péri en Hollande : de 1740 à 1749, deux cent quatre-vingt mille dans le petit royaume de Danemark ; de 1740 à 1745, trois millions dans différents États de l'Allemagne. Franck a compté que de 1711 à 1796, il était mort dans l'Europe centrale et dans l'Europe occidentale jusqu'à deux cent millions de têtes de bétail.

De 1841 à 1847, l'Égypte en a perdu quatre cent mille ; de 1840 à 1845, dans une année, la Russie en a vu périr un million.

En moyenne, on peut établir que la mortalité est de 80 à 90 sur 100 bêtes atteintes, dans les cas ordinaires ; et de 95 à 96 pour 100 dans les cas graves. Quelquefois même on a vu périr sans exception tous les animaux frappés.

Cette terrible maladie règne très souvent en Russie, d'où elle fait des pointes du côté de la Pologne, de la Prusse et de la Galicie. J'ai eu l'occasion de l'observer moi-même dans ces régions pendant les années 1844 et 1846.

Depuis 1816, on n'a observé en France aucun cas de cette affection.

En 1844, un journal, la *Réaction*, avait répandu l'alarme dans le pays ; mais on en fut quitte pour la peur.

En 1854, au commencement de l'expédition de Crimée, quelques hommes éminents craignirent l'influence funeste du voisinage des troupeaux russes pour le bétail qui servait à l'approvisionnement de l'armée alliée.

Ces craintes ne sont pas tout à fait dissipées encore ; puisque, ces jours derniers, le *Moniteur*, pour rassurer les esprits, publiait un savant article sur ce sujet.

Spinola rapporte que de 1828 à 1844, le typhus contagieux des bêtes bovines a envahi 27 fois la Prusse. Ce n'est que par des mesures extrêmement rigoureuses de police sanitaire que cette contrée a pu parvenir à arrêter ou à modérer ce fléau. Les animaux atteints ou même suspects sont immédiatement assommés : ceux qui sont suspectés d'avoir seulement communiqué avec des animaux malades sont soumis à une séquestration absolue. On emploie des corps d'armée pour cerner tout un pays où règne la contagion et former ainsi des cordons sanitaires. Ces précautions n'indiquent-elles pas suffisamment combien l'idée de la contagion de ce typhus a de crédit en Prusse ? D'ailleurs ce fait généralement admis aujourd'hui n'est plus contesté, je crois, que par M. Clot-Bey. Les cordons sanitaires ne seraient-ils pas superflus aussi, s'il était vrai que le typhus de l'espèce bovine s'étendît sous l'influence du génie épidémique?

Le typhus contagieux de l'espèce bovine peut-il se développer dans tous les pays, sous l'influence des conditions communes à tous les climats, sous l'action des causes générales existant ou pouvant se produire partout ? ou bien le développement de cette maladie est-il soumis à l'influence d'une cause spéciale, d'une condition locale de sol ou de climat, qui fait qu'elle est propre à certaines contrées, et qu'elle ne peut se manifester dans d'autres qu'autant qu'elle y est apportée par voie de contagion?

Telles sont les deux importantes questions que M. Renault se propose de résoudre dans un *Mémoire* dont il continuera et achèvera la lecture dans la prochaine séance.

CHIRURGIE. — M. *Bonnafont* lit un travail *sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général.* L'auteur reconnaît que cette méthode n'est pas nouvelle. Depuis longtemps elle jouit d'un grand crédit en Orient ; et elle a été préconisée bien avant lui par MM. les professeurs Velpeau, Piorry, Larrey, qui non-seulement en ont exposé les avantages dans leurs écrits mais encore en ont recueilli les bienfaits dans leur pratique.

M. Bonnafont, en marchant sur les traces de ces éminents praticiens, n'a fait qu'apporter dans le procédé des modifications dont l'expérience lui a fait reconnaître l'importance et l'utilité. Voici la description qu'il donne de sa méthode et les règles qui dirigent son application : — « Un morceau de linge fenêtré et cératé, ayant fidèlement la forme de la cavité orbitaire est appliqué sur l'œil malade, préalablement voilé par les paupières. Les ouvertures de ce petit crible étant destinées à laisser passer le pus produit par la conjonctive enflammée, un léger plumasseau de charpie est placé dessus, le tout hermétiquement retenu par un disque de diachylon qui comprend dans sa circonférence la région sourcilière, tout le côté du nez adjacent à l'œil malade, la partie supérieure de la joue et un peu de la région temporale correspondante : le diachylon est recouvert par une compresse : une bande ou monocle assujettit tout l'appareil.

» L'œil malade reste ainsi fermé pendant plusieurs jours. Si l'on a affaire à une ophthalmie purulente très intense, le bandage a besoin d'être renouvelé presque tous les jours pour éviter les accidents résultant de la stagnation du pus. Mais si la conjonctivite est légère, on peut, sans danger, ne refaire le pansement que deux, trois et même quatre jours plus tard. Au bout de ce temps, le chirurgien lève l'appareil, visite l'œil, et juge à son degré d'inflammation s'il doit ou non renouveler l'occlusion. Ordinairement, quand la conjonctivite est peu grave, trois ou quatre jours suffisent pour la guérison du malade : un chémosis ou une kératite ulcéreuse demandent un peu plus de temps : on peut obtenir des succès complets en huit ou douze jours au plus pour des ulcères de la cornée, des chémosis et des iritis prononcés.

» Ce qu'il importe surtout dans la méthode par occlusion, c'est de savoir enlever en temps opportun le petit bandage obturateur, afin de prévenir les accidents qui pourraient résulter de son application trop prolongée. Tout cela n'est qu'une affaire de tact chirurgical. »

Ces préceptes sont basés sur une expérience de plusieurs

années. M. Bonnafont après avoir rapporté très sommairement différents cas d'ophthalmies promptement guéris par cette méthode employée seule, se résume dans les conclusions suivantes : « L'occlusion complète des yeux dans le traitement des ophthalmies est une méthode curative qui, soumise aux règles énoncées précédemment, comptera toujours plus de succès que les autres médications : elle a sur les antiphlogistiques l'avantage incontestable d'être moins faillible ; sur la cautérisation celui d'être moins dangereuse ; sur tous deux de pouvoir s'étendre à tous les cas possibles d'inflammation oculaire, soit grave soit bénigne, soit simple soit compliquée; l'important est de toujours se rappeler que le pansement doit être fait avec méthode, exactitude et surtout attentivement surveillé après son emploi.

M. Bonnafont ajoute une remarque, c'est que chez trois de ses malades il a obtenu un pus d'une couleur verdâtre qui rappelait celle du vert-de-gris. Il avait cru d'abord que cette coloration était due à quelque sel de cuivre contenu dans l'emplâtre de diachylon; mais M. Poggiale, après s'être assuré par une analyse scrupuleuse qu'il n'existait aucune trace de sels cupriques dans la matière purulente, a émis l'opinion que cette teinte verdâtre pouvait bien avoir été communiquée par quelque matière colorante organique sécrétée par les yeux malades.

M. *Robinet* demande à M. Bonnafont si dans les observations qu'il rapporte il a établi une distinction entre l'action de l'air sur l'œil malade et l'action de la lumière, ou bien si ces deux influences se confondent pour lui.

M. *Bonnafont* par *lumière* comprend ce qui est contenu dans l'air et susceptible d'irriter la surface de l'œil enflammé.

M. *Larrey* demande la parole pour la prochaine séance.

M. *Bégin* croit que trois choses sont capables d'irriter la surface de l'œil: l'air, la lumière et le frottement des paupières. C'est contre cette triple influence qu'il a souvent employé l'occlusion dans le traitement de l'ophthalmie; mais il se contente de maintenir les paupières de l'œil malade complétement fermées au moyen d'une bandelette de taffetas gommé qui se fixe au front et à la joue. D'ailleurs il n'emploie jamais exclusivement ce moyen : pour lui ce n'est qu'une méthode auxiliaire qui ne lui fait aucunement négliger les émissions sanguines, les antiphlogistiques, les révulsifs, les dérivatifs intestinaux et les médications généralement en usage.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Géry cède le fauteuil à M. Cazeaux, qui remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en lui décernant la présidence, et propose de voter des remercîments au bureau sortant. (*Cette proposition est adoptee.*)

GUÉRISON DE LA GRENOUILLETTE PAR LES INJECTIONS.

M. *Richard* lit un rapport sur ce sujet (Nous avons publié ce rapport dans le numéro 2, p. 26)

Discussion.

M. *Jacquemin* adopte, sur la nature de la grenouillette, l'opinion que cette affection est constituée par un kyste adventif, en dehors du canal de Wharton; mais il ne sait pas, en ce qui concerne le traitement, si l'expérience a dit son dernier mot en substituant les injections aux procédés anciens. Boyer employait l'incision et la cautérisation avec le nitrate d'argent : il réussissait. Lui-même, par ce procédé, a obtenu une guérison qui date de deux ans déjà. En résumé, il préfère l'excision large à l'injection.

M. *Boinet* considère les lavages préconisés par M. Richard comme un bon moyen, sans doute, pour nettoyer la poche ; mais il se demande si cette précaution est indispensable pour le succès de l'opération. Je possède plusieurs faits, dit-il, où les injections ont réussi sans lavage, ce qui peut diminuer la valeur absolue de ce moyen.

La supériorité de l'injection, niée par M. Jacquemin, ne me paraît pas contestable. On cite des cas où elle a échoué, cela est vrai; mais ces insuccès doivent être attribués, non à l'injection ellemême, mais à la manière de l'employer. Ainsi, tantôt la teinture d'iode n'est pas également dosée, tantôt elle ne se mêle pas avec l'eau et reste au fond du vase, d'où il résulte une infidélité dans l'action de l'agent employé.

En accordant la préférence à l'injection, j'y suis déterminé par cette considération que les procédés anciens, incision, excision, ponction, cautérisation, séton, etc., offrent de grands inconvénients. Les adopter, c'est s'exposer à la récidive plus ou moins prompte, selon le procédé ; ensuite, la guérison définitive n'a lieu qu'après une suppuration plus ou moins longue de vingt, trente, quarante jours, tandis que l'injection iodée la procure en huit à dix jours. Quant au procédé de M. Forget, il est délicat, d'une exécution difficile ; de plus, il expose à l'inflammation. On peut adresser des reproches tout aussi graves à l'excision complète pratiquée par M. Malgaigne, opération suivie d'hémorrhagie. Enfin, le procédé de Boyer, que M. Gosselin a récemment préconisé, est long, pénible, ennuyeux pour les malades, d'une durée de dix à quinze jours.

La grenouillette est-elle un kyste, ou une dilatation? Cette question, souvent débattue et diversement interprétée, me paraît pouvoir être jugée par le résultat du traitement lui-même. La grenouillette est évidemment un kyste, car la dilatation du canal salivaire produite par des calculs, par exemple, disparaît quand on enlève l'obstacle; si on lèse le conduit, il en résulte une fistule qu'on ne peut oblitérer ; c'est tout le contraire qui se passe dans le traitement de la grenouillette. Enfin, j'ajouterai que le liquide contenu dans la cavité se coagule par la chaleur comme l'albumine, résultat qu'on n'obtient point en agissant avec de la salive.

M. *Forget* commence par faire ressortir le vice de l'argumentation de M. Boinet en ce qui concerne la valeur des procédés opératoires employés pour guérir la grenouillette. Notre honorable collègue, dit-il, s'est complu à signaler les inconvénients des procédés autres que l'injection, et même à les exagérer d'une manière notable. Quand cette dernière a été suivie d'insuccès, il l'attribue tantôt à l'inhabileté du chirurgien, tantôt au liquide : c'est là un mauvais raisonnement, car on peut dire aussi, pour défendre les autres procédés, qu'ils ont été mal employés lorsqu'avec eux on n'a pas réussi. D'ailleurs, les injections ont échoué entre les mains de chirurgiens trop habiles, Bérard, M. Nélaton et autres, pour qu'on puisse imputer l'insuccès à l'impéritie de l'opérateur. Il vaut bien mieux reconnaître que rien ne réussit ni n'échoue toujours en pratique.

Quant à l'origine des kystes sublinguaux, je crois qu'ils sont divers, et par conséquent de nature différente. Je crois que les canaux salivaires peuvent se dilater, et constituer ainsi la grenouillette.

Je ne comprends pas pourquoi cette dilatation serait impossible, et toutes les raisons sur lesquelles on se fonde pour la nier ne me paraissent nullement concluantes. Pour ma part, je considère la possibilité de cette dilatation parfaitement démontrée par la preuve anatomique qu'en ont donnée MM. Jobert et Richet. Et, suivant moi, c'est à une semblable grenouillette que j'ai eu affaire chez un malade que j'ai récemment opéré.

OBSERVATION. — C'est un homme âgé de soixante-huit ans, qui porte sa tumeur depuis dix mois environ, et qui n'en a été incommodé que depuis le mois d'août dernier. Cette tumeur, allongée, parallèle à l'axe du corps de la mâchoire, a la forme d'une grosse sangsue gorgée de sang ; en avant, elle porte à son extrémité la frange de tissu muqueux ulcéré et enflammé au sommet de laquelle s'ouvre normalement le conduit de Wharton ; en arrière, son extrémité dépasse l'angle de la mâchoire. La glande sous-maxillaire est repoussée en bas et en arrière; on la sent sous la peau

au-dessous de la base de l'os maxillaire. Elle est sensiblement tuméfiée, et un peu douloureuse à la pression. Le malade affirma que longtemps avant d'avoir remarqué la présence de cette tumeur, il ressentait de la douleur au niveau du point ulcéré que j'ai signalé. Souvent, dit-il, en mangeant, il écorchait ce point sensible.

M. Forget ajoute qu'il a opéré cette tumeur par incision, que le lendemain il cautérisa le kyste avec le nitrate d'argent, et pratiqua l'excision de ses parois de chaque côté. Cette cautérisation fut renouvelée quatre ou cinq fois pendant une dizaine de jours. La cicatrisation s'effectua rapidement dans toute l'étendue du kyste, sauf à sa partie la plus reculée, où entre deux replis muqueux subsiste un pertuis duquel on voit suinter un liquide clair, transparent, limpide, tout à fait analogue à de la salive. Vainement il cautérise énergiquement le point dont il s'agit, la cicatrisation ne s'y fait pas, et aujourd'hui, un mois après l'opération, la fistule persiste. Un stylet, introduit par elle, conduit à 3 millimètres de profondeur au contact de la glande sous-maxillaire, qui a repris son volume et sa place habituelles. Le cathétérisme par l'orifice du canal normal de Wharton ne conduit pas au delà de 5 millimètres, et s'arrête sur le tissu de la cicatrice. N'y a-t-il pas dans les détails de ce fait, ajoute M. Forget, de quoi établir l'origine et le siége de la grenouillette à l'intérieur du conduit salivaire ?

Quant à la valeur qu'il faut accorder à la nature du liquide de la grenouillette, M. Forget la repousse, et il se fonde sur la loi d'anatomie pathologique formulée par M. Cruveilhier, à savoir, que la nature du liquide, dans un canal oblitéré, change de caractère et perd ses qualités physiologiques.

On a objecté que l'incision pratiquée au kyste se fermait promptement, et qu'il n'en serait pas ainsi si ce kyste était dû à la dilatation du conduit de Wharton, car on sait que les plaies des canaux parcourus par un liquide quelconque restent ouvertes et se convertissent en fistules. Cela est vrai ; mais qu'il me soit permis de faire remarquer, ajoute M. Forget, que les canaux lésés sont alors dans les conditions anatomiques normales ; leurs parois conservent leur élasticité, leur tonicité, et l'on conçoit alors l'écartement des lèvres de l'incision qui y est pratiquée.

En est-il ainsi lorsque, par suite de la dilatation morbide qu'ils ont subie, les canaux ont perdu leurs propriétés de tissu? Leurs parois, impropres à se rétracter, s'affaissent et retombent sur elles-mêmes. Or je me demande si, en pareil cas, les choses doivent se passer comme dans l'état d'intégrité de ces canaux.

M. *Denonvilliers* examine la question à un double point de vue, celui de la nature de la grenouillette, celui de l'opération elle-même. La nature de la grenouillette, dit-il, a été agitée dans diverses sociétés. Je suis un de ceux qui ont le plus insisté pour faire prévaloir cette opinion, que la grenouillette, dans la presque totalité des cas, est indépendante du conduit salivaire. Il ne m'est pas démontré que ce soit une dilatation. Sans doute, le canal de Wharton est quelquefois le siége d'une dilatation produite par des calculs, par exemple ; mais ces tumeurs accidentelles n'offrent pas les mêmes caractères que la véritable grenouillette, car, l'obstruction enlevée, le cours normal de la salive se trouve rétabli. Ces formes de grenouillette ont été appelées actives ou aiguës ; elles guérissent promptement. Cette distinction est importante à établir. D'autres raisons peuvent être encore invoquées en faveur de l'opinion que je défends. Tels sont les résultats des opérations pratiquées dans l'un et l'autre cas. Ainsi, les plaies, dans le cas de grenouillette, produites soit par incision, excision, etc., ont une tendance fatale à se fermer, et se ferment en effet, malgré le peu d'épaisseur des parois de la cavité, le peu d'étendue du trajet lui-même. Est-ce ainsi que les choses se passent dans les cas de lésion réelle d'autres conduits, du canal de l'urèthre, par exemple ? Ne voit-on pas les fistules urinaires résister opiniâtrément à toute tentative d'oblitération, quelle que soit d'ailleurs la longueur du trajet sinueux, qui aboutit souvent bien loin de l'organe intéressé ? Tout cela prouve bien que la grenouillette n'est pas une cavité parcourue par le liquide salivaire incessamment sécrété ; car, si minime que pût en être la quantité, elle serait toujours suffisante pour empêcher l'adhésion des lèvres de la plaie. Le fait cité par M. Richet, et tant de fois invoqué depuis, n'a jamais été pour moi une preuve convaincante. Il ne faut pas oublier que, dans cette circonstance, la constatation de la dilatation du canal n'a eu lieu qu'après guérison ; on peut très bien admettre que le conduit de Wharton, englobé par une affection ambiante, s'est trouvé accolé et lésé par le chirurgien. Je crois donc que la grenouillette est un kyste indépendant du canal.

Quant aux opérations, je donne toujours la préférence aux injections. Les opérations par l'instrument tranchant sont longues, pénibles, incommodes, sinon dangereuses. Les injections sont plus douces, et de plus elles guérissent mieux.

M. Denonvilliers ne saurait être d'accord avec M. Boinet, qui, s'il ne blâme pas absolument les lavages préalables du kyste, ne leur reconnaît pas du moins une grande utilité. Dans l'opération de la grenouillette, l'essentiel c'est de faire sortir le liquide contenu dans la cavité, afin que la matière de l'injection puisse être mise en contact avec les parois du sac ; à ce titre, le lavage remplit une indication de première importance, puisque, dans certaines circonstances, le liquide ne serait qu'incomplétement ou trop difficilement évacué, à cause de sa grande consistance. Ainsi, le lavage doit être conseillé et pratiqué dans tous les cas. Les insuccès que l'on veut attribuer à une injection mal faite ne reconnaissent probablement pas d'autre cause que l'oubli d'une telle précaution. Le choix du liquide a encore son importance. M. Denonvilliers se prononce pour l'injection vineuse, dont il fait ressortir les avantages. Ainsi, les récidives sont plus fréquentes après les injections iodées, surtout dans les hydrocèles ; non parce que l'injection serait mal faite, comme le pense M. Boinet, mais uniquement parce qu'on emploie une injection iodée dont le dosage est chose si délicate à faire. De plus, il reproche à l'injection iodée, dans le traitement de la grenouillette, de laisser passer, entre les lèvres de la plaie et la canule, une certaine quantité de liquide qui tombe dans la bouche, et cela malgré les précautions les plus minutieuses, ce qui n'est pas sans inconvénient.

Sous tous ces rapports, l'injection vineuse est préférable : c'est la meilleure opération qui existe.

M. *le Président* prévient la Société que, dans la prochaine séance, il sera procédé à l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. Andry, qui n'a pas accepté, pour cause de santé.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 15 FÉVRIER 1856.

Rapport de M. le docteur Durand-Fardel sur l'ouvrage de M. le docteur Raoul Leroy (d'Étiolles), *Des paralysies et des paraplégies*.

Rapport de M. Boys de Loury sur un mémoire du docteur Desayvres sur les ouvriers de la manufacture d'armes de Châtellerault.

Société anatomique.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1856.— PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Sommaire: Lecture et adoption du procès-verbal. — Fracture sous-trochantérienne du fémur à direction spiroïde, avec une grande esquille au côté interne, prise pendant la vie pour une fracture du col. — Kyste du cordon spermatique ; discussion sur les kystes péritesticulaires. — Anévrysme de la crosse de l'aorte ; rupture ; mort. — Volumineuse tumeur de la fosse iliaque : pas d'examen microscopique ; cancer probable ; ponction dans la tumeur. — Formation d'un vaste caillot sanguin dans l'abdomen. — Communication relative au corps étranger du genou présenté dans la séance précédente. — Fracture du col chirurgical de l'humérus. — Tumeur du testicule. — Caillot sanguin pris pour un polype de l'utérus. — Fracture verticale du corps de la cinquième vertèbre dorsale, des lames et de l'apophyse épineuse. — Tumeur du sein

(hypertrophie).— Étranglement interne produit par suite d'adhérences en un même point de quatre anses intestinales. — Vaste caverne tuberculeuse ; destruction de la paroi thoracique ; emphysème consécutif s'étendant à tout le tronc, la tête et la racine des membres.

Le secrétaire, Trélat.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Examen critique des opinions relatives à la présence d'un épithélium dans les cellules aériennes du poumon humain, par George Rainey.

A peine l'existence des cellules à noyaux (*nucleated cells*), appelées épithéliales, à la surface libre des membranes qui tapissent les organes internes ou les cavités du corps, a-t-elle été découverte, que l'opinion des anatomistes s'est divisée, les uns les croyant constantes et universelles, les autres en niant la présence sur plusieurs points. Ainsi, tandis qu'aucun doute ne s'élève touchant leur présence dans les tubes urinifères du rein, quelques observateurs nient leur existence dans les pyramides de Malpighi. Ainsi encore, pour ne pas multiplier les exemples, l'épithélium est très apparent pour tout le monde à la surface des bronches, mais aussi très contesté dans les cellules aériennes. Cette incertitude ne doit pas être attribuée au microscope lui-même, mais à ceux qui s'en servent et à la manière dont ils interprètent les faits Nous allons passer en revue les différents auteurs qui ont décrit cet épithélium.

D'après la description que donne Kölliker de l'épithélium qui tapisse les cellules aériennes du poumon de l'homme, cet épithélium serait fort difficile à démontrer *in situ*, à cause de la promptitude extrême avec laquelle, après la mort, il se détache de la paroi de la cellule ; cette difficulté n'existerait pas pour les animaux qu'on pourrait examiner aussitôt qu'ils ont cessé de vivre. Le docteur A. Clark écrit qu'il ne faudrait pas attendre plus de cinq heures après la mort. Ceci paraît assez singulier ; car s'il peut arriver qu'un épithélium très délicat, comme celui de la capsule cristalline, subisse par la mort de très rapides changements, il n'est pas vraisemblable qu'il en soit ainsi d'un épithélium habitué au contact de l'air, et rien de semblable ne se voit, en effet, pour l'épithélium des bronches ni des autres parties du corps. En outre, cet auteur décrit les cellules de cet épithélium comme reposant immédiatement sur la couche fibreuse de la membrane qui tapisse les cellules aériennes; autre anomalie, car les cellules des autres épithéliums sont situées sur une membrane mince, dépourvue de fibres, bien connue sous le nom anglais de *basement membrane*. Un autre caractère anormal attribué à cet épithélium par ceux qui l'ont décrit, c'est qu'il serait beaucoup plus facile à découvrir dans l'état de maladie que dans l'état de santé. Ce serait l'inverse de ce qui s'observe dans les épithéliums des autres parties du corps, dont l'état de maladie rend obscurs les caractères spécifiques, tandis que ceux-ci sont d'autant plus distincts que les organes sont plus sains.

Kölliker, malgré la grande difficulté qu'il se plaint d'éprouver à rencontrer l'épithélium encore adhérent à la membrane pulmonaire, dans un poumon humain sain, ne parle pas du défaut de netteté ou d'intégrité de ses cellules ; il a pu, au contraire, les mesurer en largeur et en épaisseur ; il a même mesuré la distance qui sépare ces cellules des capillaires au-dessus desquelles elles sont situées, distance qui serait d'environ moitié de l'épaisseur de la membrane. Le docteur Radclyffe Hall, au contraire, sans faire allusion à aucune difficulté de découvrir ces cellules, remarque qu'elles n'ont pas la netteté de contour, la régularité de forme qui caractérisent les autres épithéliums ; elles sont même quelquefois transparentes, avec un noyau comme nébuleux et mal défini, bien différent de celui qu'on trouve dans la cellule épithéliale de la bouche, par exemple. Elles varient beaucoup de siége et de forme, tantôt pentagonales, tantôt hexagonales ou polygonales, avec des angles plus ou moins aigus ou arrondis... Le docteur Thomas Williams (*Cyclopædia of Anatomy and Physiology*, mars 1855) remarque que l'épithélium des cellules aériennes a des noyaux moins caractérisés que dans les autres épithéliums, et propose en conséquence de le désigner sous le nom d'*epithelium hyalin*, *epithelium vitæ*. Sans le décrire, il en donne, d'après Van der Kolk, une image qui, pour l'irrégularité des formes, se rapproche assez de la description du docteur Hall.

« Il est évident, dit l'auteur, que la description de Kölliker et celle de Van der Kolk ne peuvent s'appliquer aux mêmes corpuscules. Sans parler de ce que Van der Kolk était obligé d'employer l'acide acétique pour donner aux noyaux qu'il décrit quelque netteté, je remarque que la planche de ce dernier me donne une apparence assez exacte, bien qu'un peu exagérée, de ce que j'ai vu souvent moi-même ; tandis que je n'ai rencontré rien de pareil à la figure où Kölliker montre une section mince de quelques cellules aériennes, avec l'épithélium en saillie. Je ne puis même m'empêcher de penser que les corpuscules décrits avec tant de précision par Kölliker étaient quelques cellules épithéliales imparfaitement développées dans les petites bronches, et qui, pendant la manipulation du poumon, se seraient détachées et seraient tombées par accident dans les cellules aériennes.

Maintenant je suis convaincu, d'après des recherches qui datent de plusieurs années (*Med.-chir. Transactions*, 1845 et 1848), que la description de Radcliffe, les planches de Van der Kolk, les observations de Th. Williams, et de récentes préparations de Clarke, concernent la même chose que j'ai vue et décrite comme appartenant au réseau capillaire qui se répand dans les parois de la cellule aérienne.

Pour arriver à cette démonstration, j'ai comparé, point par point, des fragments de poumons très frais, avec d'autres où les vaisseaux avaient été injectés en couleur ; il est facile alors de distinguer les capillaires des parties non injectées ou imparfaitement injectées, et de suivre leur cours dans une plus ou moins grande étendue, le long de la membrane qui les rassemble. C'est surtout aisé pour ces vaisseaux recourbés qui suivent le bord libre et circulaire de la membrane pulmonaire, là où elle ferme les ouvertures de communication des cellules aériennes. On distingue dans ces capillaires ces noyaux « légèrement nébuleux et mal définis » du docteur Hall.

On ne saurait douter que les noyaux n'appartiennent aux parois des capillaires, et qu'ils ne soient identiques avec ceux qui sont irrégulièrement dispersés sur la membrane, dans laquelle ces capillaires eux-mêmes se trouvent si bien confondus qu'ils ne forment aucune saillie à sa surface. Cela est encore rendu évident par ce fait que, dans les pièces injectées, on n'aperçoit pas de ces noyaux dans les intervalles des vaisseaux, là où la membrane pulmonaire est seule présente, tandis que, sur les mêmes pièces, les cellues épithéliales sont parfaitement distinctes dans les plus petits canaux bronchiques. Les plexus capillaires de la paroi extérieure des cellules aériennes de la périphérie du poumon, ayant des mailles plus larges, sont bons pour un examen.

Une des causes de l'apparence épithéliale des cellules aériennes qui a induit en erreur plus d'un observateur, est l'apparence rétiforme obscure produite par les espaces ovales irréguliers correspondant aux mailles des plexus capillaires, et limités, dans un poumon frais, par les vaisseaux contenant plus ou moins de la partie fluide du sang. Lorsque l'on considère la régularité remarquable de forme et de siége des cellules épithéliales, et les contours distincts qu'elles présentent ordinairement, on s'étonne, il est vrai, qu'une pareille confusion ait pu s'établir. Cette erreur n'aurait certainement pas eu lieu, si l'on eût eu présents sous les yeux les véritables caractères de l'épithélium. Il faut remarquer que, dans la description de M. Hall, les caractères négatifs, que cet observateur cependant ne devait pas être disposé à exagérer, auraient dû suffire pour prévenir toute méprise de ce genre, surtout cette irrégularité qu'il signale, et qui est toute semblable à ce que nous offrent les mailles du réseau capillaire.

J'ajouterai quelques observations empruntées à l'anatomie comparée, non que je les regarde comme nécessaires pour appuyer ce

qui a été dit précédemment, mais parce qu'à elles seules elles suffiraient pour démontrer l'absence d'épithélium dans les cellules aériennes.

Chez les oiseaux, l'air, après avoir traversé les bronches, qui sont garnies d'un épithélium cilié, comme chez les mammifères, n'est pas reçu, comme chez l'homme, dans des cavités relativement larges, irrégulières, formées par une membrane fibreuse distincte, mais pénètre dans des passages ténus et irréguliers, qui bientôt se perdent eux-mêmes dans le réseau d'un plexus capillaire extrêmement serré, dans lequel cet air passe librement, comme pour s'extravaser à l'entour des vaisseaux. Les mailles de ces vaisseaux, les analogues des cellules aériennes des mammifères et des sacs aériens des reptiles, sont si exigus, surtout chez certains oiseaux, dont l'appareil pulmonaire, en raison de leurs habitudes, a dû prendre son plus haut degré de développement, qu'elles n'égalent pas la plus petite cellule épithéliale ; elles ne peuvent donc être tapissées d'un épithélium qui, en encombrant leur cavité, les rendrait tout à fait impropres à leurs fonctions, et les ferait ressembler au foie plutôt qu'au poumon. Les mêmes observations peuvent être faites sur plusieurs mammifères dont les facultés respiratoires sont beaucoup plus énergiques que chez l'homme, et dont les cellules aériennes sont trop petites pour admettre un épithélium quelconque, et enfin chez plusieurs insectes, chez lesquels les ramifications respiratoires sont tellement ténues, qu'il est à peine possible de les distinguer avec les plus forts grossissements.

Il résulte de tout cela que la présence d'un épithélium n'est nullement nécessaire pour l'accomplissement des fonctions respiratoires, et conséquemment ne fait pas partie indispensable des cellules aériennes. Ces observations viennent donc parfaitement concorder avec les résultats purement négatifs que nous a fournis la recherche directe d'un épithélium dans les cellules aériennes du poumon de l'homme.» (*The British and Foreign Medico-chirurgical Review*, octobre 1855.)

— Le soin avec lequel a été rédigé le travail précédent nous a engagé à l'analyser en entier ; mais nous devons faire remarquer que l'auteur ne paraît pas avoir tenu compte, dans sa critique, de l'état réel des connaissances actuelles sur la structure intime du poumon. Des observations plus parfaites sur la composition de ce parenchyme aux différents âges de la vie, un examen plus complet des travaux publiés sur ce point d'anatomie l'eussent sans doute conduit à réformer son travail en plus d'un point. Sans avoir la prétention de signaler ici tout ce qui se rapporte à ce sujet, et dont l'auteur ne parle pas, nous nous contenterons de citer, comme autorisant nos remarques, les ouvrages suivants : Gerlach, *Handbuch der Gewebelehre*. Mainz, 1853, 2e édition, in-8, p. 278 ; Robin et Verdeil, *Traité de chimie anatomique*, Paris, 1853, t. III, p. 522 ; Littré et Robin, *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 10e édition, Paris, 1855, p. 180 et p. 1019 ; Lorain et Robin, *Note sur l'épithélioma pulmonaire*, dans les *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 1854, in-8, p. 159; etc., etc. Tontefois, nous le répétons, les opinions de l'auteur méritaient d'être reproduits pour ceux qu'intéresse cette question d'histologie.

Emploi des vapeurs térébenthinées,
par M. Ar. Rey.

De la valeur thérapeutique des bains térébenthinés,
par M. le professeur Teissier.

Depuis six ans l'attention des médecins a été attirée en France sur l'utilité des bains de vapeurs térébenthinées. En 1850, M. Chevandier publiait dans la Revue médico-chirurgicale le récit des guérisons d'un certain nombre de maladies obtenues par ce nouvel agent thérapeutique. Le mémoire de M. Ar. Rey nous donne un résumé complet de la question, résumé où l'étude des modes d'application de ces vapeurs est surtout traitée avec tous les développements nécessaires.

Comme beaucoup d'agents thérapeutiques, la pratique des bains térébenthinés a pris naissance en dehors du monde médical. « Les fours des bûcherons, dit M. Rey, ont été pendant longtemps les seuls appareils employés par ceux qui avaient recours à ce genre de médication. Figurez-vous une vaste amphore enfoncée dans la terre comme le vase auquel je le compare. Le four à poix est plus large par le bas que par le haut ; il est construit en briques ou en pierres, et sa culasse est percée, à son extrémité inférieure, d'une ouverture par laquelle s'écoule le produit de la distillation des pins. Après y avoir amoncelé verticalement assez de copeaux pour le remplir, on y met le feu. Le bois s'enflamme, une partie de la résine qu'il renferme brûle, l'autre fond et coule sur les copeaux inférieurs. Petit à petit, le four s'échauffe, la proportion de résine brûlée diminue, tandis que celle de résine fondue augmente et sort du feu sous forme de poix noire.

Voulait-on prendre des bains? On nettoyait le four lorsqu'il n'avait plus que 80 ou 90 degrés centigrades de chaleur ; on jetait au fond une botte de copeaux frais ; puis, au bout de quelques instants, quand les vapeurs balsamiques commençaient à se dégager, les malades y descendaient enveloppés de couvertures de laine.

Tel était le mode primitif d'administration des bains de vapeurs térébenthinées. Des appareils spéciaux furent inventés et établis ensuite par MM. Chevandié, Petit et Rey. Ces modifications avaient pour but de permettre de graduer la température, en un mot, de faire profiter les malades des vapeurs térébenthinées sans les exposer aux inconvénients nombreux et manifestes de l'appareil primitif. L'appareil de M. Rey figurait en modèle à l'Exposition universelle de Paris dans le groupe IV destiné à recevoir les différentes applications des principes physiques et chimiques à la médecine et à la chirurgie. Cet appareil, que l'espace ne nous permet pas de décrire ici, offrirait, d'après l'inventeur, l'avantage d'isoler les malades, de les mettre à portée de sortir eux-mêmes, de permettre au médecin de les voir et de s'assurer de leur état, de soumettre les malades à une température voulue, et enfin de graduer l'intensité des vapeurs résineuses.

Un des faits qui frappe le plus le médecin dans cette nouvelle méthode, c'est le degré élevé de température auquel le malade demeure quelque temps exposé. Ainsi, la température usuelle varie de 75 à 80 degrés centigrades ; des malades ont même pu se soumettre, dans un but d'expérimentation, à une température de 102 degrés centigrades sans être indisposés. Un magistrat a supporté une température de 115 degrés centigrades pendant douze minutes avec la même facilité.

Néanmoins, l'exposition à une température aussi élevée causant habituellement une fatigue marquée aux malades, M. Rey a eu l'idée de plonger ceux-ci pendant cinquante ou soixante secondes dans l'eau froide. Mille bains environ donnés de cette façon pendant l'année 1854 ont démontré l'utilité et l'innocuité de cette méthode.

Les effets physiologiques qu'on observe pendant l'administration de ces bains sont : une sensation de chaleur au début qui va en diminuant à mesure que la transpiration augmente; des sueurs qui apparaissent au bout de sept minutes environ, et atteignent leur apogée après quatorze ou quinze minutes; enfin, une augmentation du nombre des pulsations et une rubéfaction assez vive de la peau.

Les maladies qui sont surtout heureusement influencées par ces vapeurs térébenthinées sont les affections catarrhales en général, les rhumatismes aigus ou chroniques, certaines névroses et paralysies; au contraire, ces bains semblent nuisibles dans les pharyngites, les laryngo-trachéites, les maladies du cœur, etc. (*Revue de médecine française et étrangère*, juillet 1855.)

M. Teissier (de Lyon), qui vient aussi de publier un rapport sur la valeur des bains térébenthinés, à propos d'un mémoire présenté par M. Gillebert à la Société de médecine de Lyon, a envisagé la question sous un autre aspect. Les médecins qui ont écrit pour démontrer l'utilité de la médication attribuent presque tous son efficacité à la térébenthine. Ce principe agirait en se mêlant au sang, et, par une action sans doute spécifique, sur l'élément rhu-

matismal. Son mode d'introduction dans l'économie serait principalement par l'absorption cutanée.

M. Gillebert conteste ce mode d'action des bains térébenthinés ; les effets thérapeutiques doivent être attribués au calorique et non à la térébenthine. Il s'appuie, dans son argumentation, sur cette loi de physiologie que l'absorption et l'exhalation sont toujours en raison inverse d'activité et sur les recherches de M. Cl. Bernard démontrant la non-simultanéité de l'exhalation et de l'absorption. M. Gillebert ne croit pas, par conséquent, à l'absorption par la peau ; selon lui, la térébenthine pénétrerait par les poumons. Les bains térébenthinés pourraient donc être avantageusement remplacés par un bain de vapeur, après lequel on ferait respirer pendant quelques heures des vapeurs qui se dégageraient d'un flacon contenant de l'essence de térébenthine.

M. Teissier ne partage pas, dans son rapport, l'opinion de M. Gillebert; une hypérémie dérivative et substitutive manifeste sur la peau doit être mise sans aucun doute en ligne de compte dans l'évaluation des effets thérapeutiques et surtout du mode d'action du médicament. (*Gazette médicale de Lyon*, 1855, n° 13, p. 249.)

Que faut-il conclure de ces divers travaux? Avant tout, ce que beaucoup de médecins ont constaté, c'est qu'un certain nombre de malades, surtout de rhumatisants, guérissent par ce moyen. Quant au mode d'action, il est encore assez difficile de décider quelle est l'importance relative de ces deux agents, la chaleur et la térébenthine. Il n'est peut-être pas nécessaire d'ailleurs que la thérébenthine passe dans les voies de l'absorption, c'est-à-dire dans les veines, pour influencer le rhumatisme.

De l'usage externe du charbon dans la cure des plaies suppurantes, par M. Operti.

L'espèce de lésions auxquelles l'auteur croit le charbon plus particulièrement approprié est celle où la plaie est le produit de la gangrène ou qui menacent d'être frappées de cette complication. En effet, c'est dans un cas de plaie rebelle succédant à des eschares du sacrum, à la suite de fièvre typhoïde, qu'il en a constaté les propriétés curatives remarquables.

Préconisant un moyen déjà aussi connu que l'est celui-ci, M. Operti ne pouvait guère innover qu'à propos du mode d'application. Chez le sujet qu'il a eu à traiter, il saupoudrait d'abord la plaie, extrêmement vaste, de poudre de charbon de bois de saule, et recouvrait ensuite cette couche d'un linge enduit d'un onguent préparé en mélangeant un peu de cette même poudre dans de l'huile d'olives.

Il obtint par là un changement prompt et remarquablement satisfaisant dans l'état de la plaie; et il reconnut même, par une contre-épreuve directe, à quel point cette application modifiait avantageusement la surface suppurante ; car, remplaçant de temps en temps ce topique par de la poudre de quinquina, il voyait le lendemain le pus exhalé *à litres*, tandis que, après le pansement au charbon, il n'en sortait qu'une ou deux cuillerées (1).

Pensant que le charbon réussit surtout comme absorbant, et que sa vertu sera, par conséquent, d'autant plus active que son état de division sera plus extrême, M. Operti a remplacé la composition précédente par celle-ci : 100 grammes de noir de fumée et 4 gramme d'extrait thébaïque, mêlés intimement en une poudre homogène qu'on applique directement sur les plaies. C'est cette substance (contenant une petite proportion de créosote) qu'il emploie actuellement et dont il a obtenu d'excellents résultats. (*Gazzetta medica Italiana, Stati Sardi*, octobre 1855, p. 330.)

Nouvelle forme de membrane du tympan artificielle, par M. Westropp.

Nos lecteurs connaissent déjà l'idée, publiée et appliquée il y a quelques années, par M. Yearsley, de remplacer la membrane tympanique perforée ou absente par une parcelle de coton imbibée d'une substance onctueuse (comme de la glycérine), puis introduite et laissée dans le conduit auditif. Beaucoup de surdités sont, en effet, soulagées par ce moyen d'une exécution à la portée de tous, mais qui demande à être renouvelé fréquemment. M. Westropp remarque aussi que le coton est loin de constituer un corps susceptible d'entrer en vibration; que, sous ce rapport, il ne peut donc absolument pas remplacer la membrane du tympan.

M. Westropp avait imaginé de remédier à ce défaut en mettant au fond du conduit auditif un petit disque très mince de caoutchouc ou de gutta-percha. Mais l'application qu'il essaya, chez quelques malades, de cette sorte de membrane artificielle, ne réalisa pas ses espérances. Ceci tient, comme il le fait observer, à ce que le conduit auditif est plus étroit à son milieu qu'à ses deux extrémités; à ce que, en outre, il offre dans sa direction une courbure assez compliquée ; ce qui gêne beaucoup l'opérateur pour placer la membrane artificielle sous le même angle que la naturelle. De plus, l'air passe toujours entre ses bords et la face interne du conduit auditif.

Pour empêcher cette défectuosité, qui tient à ce que la membrane se plisse, se chiffonne pendant qu'on l'introduit, M. Toynbee l'a remplacée par deux cercles métalliques, entre lesquels est une lame de caoutchouc qui déborde en dehors le disque métallique. C'est un perfectionnement; mais il en résulte de l'irritation, et le but même, l'amélioration de l'ouïe, n'est pas toujours convenablement atteint; car la difficulté reste entière de disposer ce tympan artificiel sur le même plan que le naturel.

M. Westropp s'est attaché, et nous paraît avoir réussi d'une manière extrêmement ingénieuse, à neutraliser ces défauts. Il façonne d'abord, en bois dur, un modèle du conduit auditif. Puis il le recouvre, après l'avoir huilé, d'une couche de solution de gutta-percha dans du chloroforme. Après avoir laissé sécher cette première couche, il en applique une seconde, et de même cinq ou six successivement. L'une des extrémités est également recouverte de cette matière solidifiable, laquelle, après l'extraction du modèle, forme un petit tube fermé par un bout, incapable de causer de l'irritation, de texture éminemment vibratile, et reproduisant avec toute la perfection voulue la capacité, la direction, la longueur du conduit auditif, ainsi que de la membrane tympanique.

L'auteur avertit que la confection du modèle de bois demande les plus grands soins, une connaissance exacte de l'anatomie de la région. Il recommande d'ailleurs d'essayer préalablement l'introduction du coton glycériné, si l'altération de l'ouïe à laquelle on veut remédier est de telle nature qu'on puisse augurer du succès de l'application d'un agent semblable. (*Medical Times and Gazette*, 20 octobre 1855, p. 390.)

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire; compression sans résultat: ligature de la radiale et de la cubitale; guérison, par M. Delore.

Après un exposé sommaire, mais fort judicieux, des inconvénients que peut offrir la compression considérée comme méthode générale de traitement des anévrysmes, M. Delore, appréciant plus particulièrement ce moyen sous le rapport de son insuffisance, cite un cas, emprunté à la clinique de M. Bouchacourt, où il échoua en effet.

Il s'agit d'une plaie par incision à la région thénar chez une jeune fille bien constituée. Hémorrhagie primitive arrêtée par le tamponnement; cicatrisation de la plaie, puis formation consécutive d'une tumeur qui s'ouvre et laisse suinter du sang. Entrée à l'hôpital au bout d'un mois. La tumeur, du volume d'une amande, a une ouverture de 2 centimètres, par où sort du sang artériel. La compression de la radiale l'arrête à peine; celle de la cubitale, beaucoup mieux ; celle des deux artères, tout à fait. Compression à l'aide de bourdonnets de charpie et d'une bande, exercée simultanément sur les deux artères au-dessus du poignet et sur la tumeur.

Au bout de dix jours, on constate qu'il est revenu des battements dans l'anévrysme. Le seizième jour, hémorrhagie abondante, qui

(1) Est-ce à l'influence signalée par un pareil résultat que la malade dut ensuite la formation de quarante abcès qui se formèrent successivement sur diverses parties du corps? (*Note du Rédacteur.*)

se reproduit, en dépit de la compression, le dix-huitième, puis le vingt-troisième jour.

On se décide alors à faire la ligature des deux vaisseaux au-dessus du poignet, et l'on remarque que le tissu cellulaire qui les entoure est dur, épaissi, adhérent, se laissant difficilement écarter par la sonde cannelée ; ce qui est attribué à l'effet de la compression. La malade guérit sans nouvel accident. (*Gazette médicale de Lyon*, 30 septembre, p. 336.)

—Les partisans de la compression allégueraient peut-être contre la sévérité des conclusions de l'auteur l'insuffisance du mode de compression employé dans ce cas, et qu'ils auraient remplacé par un appareil plus en rapport avec le perfectionnement de la mécanique chirurgicale.

Sans nous prononcer sur ce point, nous ferons remarquer que la ligature pratiquée, comme cela fut fait ici, sur le point préalablement comprimé, peut trouver dans cette circonstance même de sérieux obstacles à son succès. En effet, la compression, surtout exercée longtemps et avec force, développe les artères collatérales situées au-dessus du point où elle a porté. Or, ces collatérales, une fois la ligature faite en ce même endroit, sont un agent de circulation artificielle, tout établi et fonctionnant déjà, par l'intermédiaire duquel le sang, ramené dans la tumeur, peut reproduire les accidents que l'opération avait eu pour but de conjurer.

De l'arc sénile, par M. Edwin CANTON.

Revenant encore sur un sujet que nous avons jugé assez intéressant pour lui donner nous-mêmes une troisième mention dans ce journal, M. Canton fait observer, à propos de la coïncidence signalée par lui entre le développement de l'arc sénile et la dégénérescence graisseuse du cœur, qu'aucune de ces deux altérations ne doit être considérée comme la cause de l'autre. Elles ne sont que l'effet d'un état plus général et plus grave, la conséquence de ce dépérissement des forces assimilatrices qui conduit à l'envahissement de la graisse dans tous les tissus et tous les appareils de l'organisme. Aussi peut-on observer la dégénérescence graisseuse de la cornée sans celle du cœur, et réciproquement.

A l'appui de cette notion, M. Canton cite le fait d'une dame âgée de trente-quatre ans seulement qui, par suite d'un séjour de vingt-huit mois dans un climat très chaud, eut ses règles supprimées et sa santé générale fortement compromise. A son retour en Angleterre, M. Canton la trouva très affaiblie. Pieds œdémateux, alopécie partielle et calvitie, inappétence, dyspnée revenant au moindre exercice, palpitations pénibles dès qu'elle se couche autrement que sur le côté droit. Pouls faible, régulièrement intermittent. L'arc sénile, à l'œil droit, est assez étendu pour gêner considérablement la vision ; à gauche, il est prononcé comme chez les individus avancés en âge.

M. Quain, ayant examiné l'état du cœur de cette malade, sur la demande de l'auteur, constata chez elle l'existence d'un des bruits de *scie*, au premier temps, les plus marqués qu'il eût jamais entendus.

M. Canton se borne à faire savoir qu'un traitement général, dirigé avec persévérance contre la cause commune de tous ces désordres, procura une amélioration considérable. (*The Lancet*, 13 octobre 1855, p. 342.)

De l'usage du collodion contre l'entropion,
par M. STŒBER, et même sujet, par M. BATTEU.

La propriété, que, par un mot hybride, mais suffisamment expressif, on pourrait appeler *rétractogène*, du collodion appliqué sur la peau, a déjà été utilisée par plusieurs praticiens pour guérir l'entropion, et nous en trouvons l'indication simultanée dans deux journaux de Strasbourg et de Londres, datés, par une singularité curieuse, exactement du même jour.

M. Stœber a surtout eu en vue l'entropion, qui, chez les gens âgés et à peau flasque, se produit par l'habitude où ils sont, en cas d'ophthalmie chronique, de contracter instinctivement pour se soulager, et très souvent, le muscle orbiculaire. Il applique alors une couche de collodion sur la paupière inférieure tous les deux ou trois jours, et au bout de quelques pansements semblables le but est atteint. (*Gazette médicale de Strasbourg* du 27 octobre 1855, p. 351.)

Au lieu de combattre ainsi une simple tendance au renversement, M. Batteu s'attaque à l'entropion lui-même, réalisé, chronique. Chez deux sujets porteurs de cette difformité, il a réussi à la guérir par la seule application du même moyen. Mais il faut plus de persévérance et de temps. L'application du collodion doit être répétée deux ou trois fois par jour, en ayant soin de faire chaque fois, préalablement, un pli transversal à la peau de la paupière. Ces soins quotidiens ont dû être continués deux mois et demi dans un cas, quatre mois dans l'autre. Mais la guérison a été définitive. (*The Lancet*, 27 octobre 1855, p. 387.)

Recherches sur les changements et les altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur et excréteur du sperme, par M. DUPLAY.

Ce travail, fruit de nombreuses recherches nécroscopiques, porte sur des faits aussi détaillés que nombreux, dont la position de M. Duplay, comme médecin de Bicêtre, lui rendait d'ailleurs la constatation et le collationnement plus facile. Il prouve — à ne considérer les résultats d'une manière générale — que l'appareil *sécréteur* du sperme subit moins d'altérations par le fait de la vieillesse que l'appareil *excréteur*, et que les parties accessoires ou enveloppes.

Ainsi, le testicule a sans doute perdu un peu de ses dimensions et de son poids, il est légèrement atrophié, mais il conserve sa structure propre et ses éléments constitutifs. Différence remarquable relativement à la femme, chez qui l'ovaire se rapetisse, se ratatine, dans l'âge avancé, par suite de l'oblitération des vésicules, cessant alors de fournir des ovules, et souvent réduit à une simple coque fibro-séreuse. Du reste, cette différence n'a rien d'étonnant, si l'on réfléchit à l'époque où commence pour la femme l'état d'infécondité, tandis que l'homme continue indéfiniment à sécréter du fluide spermatique, destiné soit à utiliser les derniers restes (précieux au point de vue de la perpétuité de l'espèce) de ses facultés reproductives, soit à exercer, par sa résorption, un stimulus utile pour le reste de l'économie.

Les enveloppes du testicule se distinguent, au contraire, par la multiplicité de leurs altérations séniles. Cinquante-huit fois sur cinquante-neuf, M. Duplay a trouvé des lésions soit de la tunique albuginée, soit surtout de la tunique vaginale, telles que, pour cette dernière, les épaississements, les adhérences et notamment l'hydrocèle, puis les kystes de l'épididyme. Mais ces modifications ne sont pas le résultat, du moins exclusif, de transformations liées aux progrès de l'âge. Elles dépendent sans doute très souvent de maladies éprouvées durant la jeunesse ou l'âge adulte.

Il en est tout autrement de la nature des oblitérations qu'on rencontre assez fréquemment sur les canaux efférents et l'épididyme. L'auteur, d'accord en ceci avec M. Gosselin, les regarde comme dues à l'influence seule de l'âge, analogues aux oblitérations des vésicules de l'ovaire. Ces oblitérations du canal de l'épididyme, qui ont été rencontrées six fois sur quarante-neuf sujets, expliquent en partie la stérilité des vieillards.

Au nombre des lésions portant sur les canaux déférents, l'ossification est la seule que M. Duplay se croie autorisé à attribuer aux effets de l'âge. Cependant, chez les deux sujets où il a rencontré cette dégénérescence, le conduit, quoique converti en un petit tube osseux, conservait encore sa perméabilité. L'ascension du sperme était donc par là rendue plus difficile, mais non impossible.

Les vésicules séminales, un peu atrophiées, ont ordinairement leurs parois saines. Leur amincissement serait le seul changement sénile appréciable, car l'épaississement tiendrait, au contraire, aux suites d'affections antécédentes. Il existe, néanmoins, une autre altération qui mérite aussi d'être rapportée à l'influence de la vieillesse : c'est l'oblitération plus ou moins complète du canal qui constitue la vésicule, et des lacunes que laisse voir la section de

ces organes, surtout lorsque cette altération ne s'accompagne point d'hypertrophie des parois de la vésicule et de l'induration du tissu cellulaire ambiant ; nouvelle conséquence de cette tendance à l'oblitération des cavités et conduits des organes reproducteurs par le fait du dépérissement de l'individu, et dont les deux sexes offrent des exemples.

Donc, en résumé, l'appareil reproductif n'offre pas, chez les hommes âgés, une de ces modifications constantes qui, comme la raréfaction du tissu pulmonaire, semblent essentiellement liées au jeu prolongé des organes, et expliquent si rationnellement leurs maladies et les changements progressifs de leurs fonctions. Plus communes que dans l'âge adulte, toutes ces lésions se retrouvent néanmoins aussi avant la vieillesse, et l'infécondité qui résulte pour le vieillard d'un changement anatomique dans la structure de ces parties peut très bien se rencontrer également par le fait de la même cause dans la force de l'âge. (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1855.)

Mémoire sur l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil, par M. Gosselin.

Ce travail ne concerne que les effets de la chaux éteinte et non de la chaux vive, qui agit le plus souvent comme caustique, à cause de la masse de calorique qu'elle développe.

Complémentaire des expériences publiées par l'auteur lui-même dans la *Gazette hebdomadaire* (9 et 16 septembre 1855), le présent travail est surtout relatif à la détermination du mécanisme et du traitement de l'opacité cornéenne qui a lieu dans ces cas. M. Gosselin, ayant vu la cornée entièrement blanchie et opaque *douze minutes* après l'introduction accidentelle de lait de chaux dans l'œil d'un maçon, jugea qu'il ne pouvait s'agir là ni d'un épanchement plastique, ni même de la coagulation de la matière albuminoïde de la cornée ; mais qu'une opacité instantanée comme celle-ci ne pouvait s'expliquer que par la pénétration des molécules de chaux dans les mailles de la cornée et de la combinaison de ces corps étrangers avec son tissu.

C'était une application des recherches propres au savant et ingénieux chirurgien sur la propriété endosmotique de la cornée ; et la clinique se chargea, par un double contrôle séméiologique et thérapeutique, d'en vérifier la justesse. Car, d'abord, il n'y eut qu'une réaction inflammatoire peu prononcée, et tout à fait hors de rapport avec ce qu'aurait dû faire présumer l'aspect de la cornée entièrement opaque, avec ce qui aurait indubitablement eu lieu s'il s'était agi, dans cette lésion, d'un effet caustique. Il est vrai que, peu aiguë, l'inflammation fut remarquable par sa longue durée.

L'indication, une fois le mécanisme bien compris, était évidemment de renouveler à la surface de la cornée un liquide qui, emporté par le même mouvement que le liquide calcique, allât, selon une voie identique et dans les mêmes parties où il séjournait, neutraliser, en le dissolvant, ses fâcheux effets. Ce liquide devant, avant tout, être innocent, M. Gosselin dut renoncer aux solutions acides qui, expérimentées sur les animaux, lui offrirent l'inconvénient, après une action immédiate *désopacifiante* des plus satisfaisantes, de produire un épaississement consécutif, dû probablement, cette fois, à une exsudation plastique.

Le sucre dissous dans l'eau est la substance la plus capable de dissoudre la chaux (en formant avec elle un saccharate double) sans danger pour la vitalité des membres oculaires. C'est le collyre que M. Gosselin a employé chez son malade, et l'action en a été aussi efficace qu'inoffensive. Dès le lendemain, la cornée était moins opaque ; au bout de quarante-huit heures, cet effet était plus remarqué, et, quelques jours après, la vision commençait à se rétablir et la pupille à redevenir apparente. On instillait quelques gouttes d'eau très sucrée toutes les deux heures. (*Archives générales de médecine*, novembre 1855, p. 513.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et contributions d'obstétrique de James Y. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg, publiés par W. O. Priestley et Horatio R. Storer. — 1 volume in-8 de 857 pages. Édimbourg, 1855, Adam et Charles Black.

Avant que sa bonne fortune, ou mieux une heureuse inspiration de son génie, eût rendu son nom cosmopolite par l'application du chloroforme à la pratique des accouchements, M. Simpson avait déjà publié sur les maladies de l'utérus et sur divers points d'obstétrique plusieurs mémoires fort justement remarqués. Depuis, une suite de publications très importantes sur les sujets de prédilection de ses premières études, se succédant à des époques très rapprochées, ont fixé avec un intérêt croissant l'attention du monde savant sur sa personne et sur ses travaux. Ce sont précisément ces travaux, disséminés dans plusieurs recueils, que deux de ses élèves et amis, les docteurs Priestley (d'Édimbourg) et Storer (de Boston), ont pris à tâche de rassembler et de coordonner, qui forment l'ouvrage que nous annonçons aujourd'hui, et dont le premier volume, le seul qui ait paru, ne contient qu'une partie. A la vérité, les honorables éditeurs ne se sont pas bornés à rassembler les mémoires et opuscules originaux, ils ont mis à contribution les leçons orales, les faits cliniques, les notices critiques, les procès-verbaux des sociétés savantes, les papiers particuliers de l'auteur, mais avec son concours et sous son contrôle, de manière à donner à ces additions toute l'authenticité désirable. Mais, malgré de nombreuses adjonctions d'un mérite et d'une importance secondaires, on ne peut se défendre d'une franche admiration, en parcourant ce beau volume de près de 900 pages, pour tant d'ardeur et de fécondité, surtout si l'on réfléchit que l'auteur a à peine quarante-quatre ans, que ses premiers essais ne remontent guère au delà des douze dernières années, et que la plupart ont été composés au milieu des occupations si absorbantes de la pratique. On peut dire hautement de M. Simpson, qu'il continue d'une manière brillante la série des hommes éminents dont les travaux scientifiques et les observations cliniques ont jeté un si vif éclat sur l'école obstétricale d'Édimbourg.

Les mémoires contenus dans ce premier volume ayant déjà paru, et passé des journaux anglais dans ceux des autres pays, il serait inopportun de reproduire une analyse de leur contenu et de se livrer à une nouvelle critique sur leur valeur, d'autant mieux que les points les plus importants ont été l'objet de discussions approfondies tant en Angleterre et en Amérique que sur le continent, et sont jugés aujourd'hui en pleine connaissance de cause. Nous devons nous borner à une course rapide à travers ce magnifique volume, moins pour en faire connaître en détail le contenu que pour en signaler l'importance.

Il est composé de trois parties. La première, qui a près de trois cents pages, est consacrée à la pathologie spéciale de la femme hors l'état de gestation. Ceux dans l'esprit desquels la juste condamnation du pessaire intra-utérin et de quelques autres idées étranges poursuivies avec persévérance par l'auteur aurait fait naître des préventions contre l'ensemble de ses recherches sur les maladies de l'utérus seraient dans une erreur dont nous tenons à les désabuser. Le savant professeur a bien compris que, dans l'état d'anarchie où se trouve la pathologie utérine, par suite de l'empressement à courir prématurément aux applications thérapeutiques, cette pathologie devrait être tout entière soumise à une révision sévère. Ce n'est pas que lui-même n'ait contribué à augmenter çà et là la confusion. Pour ne parler que de points qui n'aient pas été relevés par la critique, nous dirons, par exemple, que l'espèce de dermatose (herpès, acné, lichen, prurigo, eczéma) dont il a doté la muqueuse du col utérin n'est pas suffisamment justifiée, et qu'elle doit probablement prendre place à côté de plusieurs autres affections de l'utérus purement nominales, bien que généralement admises.

Les remarques générales sur le diagnostic des maladies de l'uté-

rus et de ses annexes qui ouvrent cette première partie sont dignes d'attention et forment une introduction bien appropriée aux mémoires qui suivent. Il serait sans doute fort à désirer que les moyens physiques de diagnostic ou du traitement fussent complétement innocents. Mais il ne s'ensuit pas que ceux pour lesquels cette condition n'existe pas doivent absolument être proscrits si, dans des cas déterminés, ils peuvent rendre des services réels. Tel est le cas de la sonde utérine, qui restera, malgré les accidents qu'on a à lui reprocher; car ces accidents accusent moins le moyen en lui-même que l'inattention de ceux dans les mains desquels ils se sont produits. Quiconque est engagé depuis quelque temps dans la pratique obstétricale sait que les changements de volume, de forme, de position de l'utérus, de coloration, de consistance du col, que les phénomènes locaux et sympathiques qui se produisent pendant les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, généralement si mal appréciés des spécialistes étrangers à la pratique des accouchements, sont souvent pris pour des engorgements, des déplacements, des maladies du col, et traités en conséquence. Qu'y a-t-il dès lors de surprenant qu'on ait introduit la sonde dans des utérus gravides? Qui songe à proscrire les cautérisations parce qu'on porte même le fer rouge sur le col ramolli, boursouflé par la grossesse, et, pour tout dire, sans produire aussi sûrement l'avortement qu'on pourrait le croire? Néanmoins, la sonde exploratrice introduite dans la cavité utérine peut produire des accidents graves que la prudence la plus réservée ne saurait toujours prévenir. L'utérus, généralement peu impressionnable, est doué, à certains moments, d'une susceptibilité extrême, en vertu de laquelle la moindre violence exercée dans son intérieur se traduit brusquement par de violentes douleurs dans les fosses iliaques, avec tous les symptômes d'une péritonite intense. Si aux considérations qui précèdent on peut ajouter que les cas où l'exploration interne de l'utérus est réellement utile sont assez rares, on restera convaincu que l'usage de la sonde utérine doit être fort limité dans la pratique, et qu'elle ne mérite guère l'enthousiasme avec lequel elle a d'abord été accueillie.

M. Simpson a aussi préconisé et fait usage pour le diagnostic et le traitement des affections cachées dans la cavité utérine, des polypes en particulier, de petits cônes d'éponge préparée portés à l'aide d'un mandrin dans la cavité du col. Ces petits corps étrangers amènent dans un espace de temps variable une dilatation telle que le doigt peut pénétrer dans la cavité du col et atteindre, à l'aide d'instruments appropriés, le polype jusque dans l'utérus. Des faits empruntés par M. Simpson à divers auteurs prouvent effectivement que des polypes développés dans l'utérus peuvent quelquefois entraîner des dangers avant que le col se soit dilaté sous l'influence de leur accroissement. Mais ce moyen de diagnostic, guère moins dangereux que la sonde, doit être renfermé dans des limites encore plus étroites.

Un moyen de diagnostic plus dangereux encore que les précédents et qui a fait plus de victimes, les ponctions exploratrices dans les cas de tumeurs douteuses du bassin, a fixé l'attention de M. Simpson. Pour en diminuer autant que possible le danger, il a imaginé une aiguille exploratrice qui n'est autre chose qu'un trocart délié, qui nous semble moins bien approprié à son objet que celui qui existe déjà depuis assez longtemps en France, disposé à recevoir une pompe pour le cas où le liquide épais ne s'engagerait que difficilement dans une canule d'un aussi petit calibre.

Personne ne sera surpris d'apprendre que M. Simpson a recommandé et employé les anesthésiques comme moyen auxiliaire au diagnostic physique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Ceux même aux yeux desquels il serait suspect d'un peu de partialité à cet égard ne sauraient se refuser d'admettre que la rétraction comme spasmodique de la paroi abdominale, que la sensibilité du ventre, qui s'opposent quelquefois à une exploration fructueuse, ne semblent justifier sa proposition. Bien que ce moyen de diagnostic soit, comme les précédents, exceptionnel et entouré de quelques dangers, il a du moins sur eux l'avantage de s'appliquer à des cas bien déterminés et de ne pas exposer à des méprises fâcheuses.

Nous passons sur une longue suite de monographies dans lesquelles l'honorable médecin d'Édimbourg traite de presque toutes les maladies de l'utérus et de ses annexes, sans nous arrêter à faire ressortir ce qui nous paraît mériter l'éloge ou la critique, l'espace dont nous pouvons disposer ne nous permettant pas même d'en citer les titres. Mais nous pouvons assurer que toutes méritent d'être lues et méditées.

Nous en dirons autant du petit nombre de chapitres consacrés à la physiologie et à la pathologie de la grossesse, et qui forment la deuxième partie.

Dans la troisième partie, le professeur d'Édimbourg touche, avec cet esprit inventif et ingénieux qui le caractérise et l'égare quelquefois, à toutes les questions importantes relatives à l'accouchement naturel et à l'accouchement pathologique. Nous ne le suivrons pourtant que sur un seul mémoire, qui semble dominer les autres par son importance et la réforme qu'il tend à établir, réforme qui ne serait rien moins que le retour aux doctrines et à la pratique d'avant la découverte du forceps : c'est le travail où il s'efforce de prouver que la version doit être substituée au forceps et à la craniotomie dans les rétrécissements du bassin. La supériorité de l'accouchement par le vertex sur l'accouchement par l'extrémité pelvienne se traduit, pour l'enfant du moins, par des résultats si évidents, qu'on a dû en conclure que cette supériorité se maintient dans les divers degrés de rétrécissement du bassin qui n'excluent pas la possibilité du passage de la tête. Rien n'est perdu des efforts dont l'organisme est capable pour engager et réduire le volume de la tête; si la nature est impuissante, bien que le secours que prête le forceps soit d'un emploi difficile et qu'à la compression exercée par les cuillers il faille ajouter l'augmentation de compression entre les points du bassin qui retiennent le crâne, ces inconvénients ne semblent pas comparables à ceux qu'on doit rencontrer si l'on commence par amener d'abord le tronc au dehors. On se prive, en effet, des avantages que donnent souvent les efforts de l'organisme; on est dans l'obligation de faire franchir l'obstacle dans l'espace de quelques minutes si l'enfant est vivant, et s'il est mort la craniotomie ou la céphalotripsie sont rendues beaucoup plus difficiles. Il est à peine nécessaire de dire que ces idées semblent pleinement confirmées par la pratique. Il est juste d'ajouter, cependant, que quelques praticiens avaient continué de préconiser la version, et que cette doctrine est fortifiée de l'imposante autorité de madame Lachapelle, fondée sur les faits de sa propre pratique. A la lecture du savant et ingénieux travail de M. Simpson, on s'aperçoit bien vite qu'il ne cède pas ici à l'entraînement d'idées paradoxales auxquelles la remarquable originalité de son esprit l'expose plus que d'autres. Les faits sur lesquels il s'appuie sont nombreux, et il ne leur fait dire que ce qu'ils semblent réellement signifier. Il explique d'une manière très plausible comment il se fait que la tête, qui ne peut franchir l'obstacle ou ne le franchit qu'après des efforts inouïs en se présentant par le vertex, le franchit, au contraire, avec quelque facilité en se présentant par sa base. Si l'on ne peut pas dire, dès aujourd'hui, que M. Simpson a renversé sur ce point les doctrines modernes, tout lecteur impartial sera forcé de convenir qu'il les a au moins fortement ébranlées. Et comme la question est d'un intérêt capital, on ne saurait trop faire appel à de nouvelles observations de nature à faire cesser une incertitude pleine de dangers. Un semblable travail n'est pas du ressort d'une simple notice bibliographique : c'est à peine si nous pouvons indiquer les termes du problème à résoudre. Nous espérons avoir une occasion prochaine de l'examiner avec toute l'étendue qu'il comporte, et de fournir le tribut de nos propres remarques.

Nous nous séparons à regret de notre célèbre auteur et de ses fidèles interprètes. La pensée de rassembler les travaux épars de M. Simpson aura l'approbation et les encouragements de tous les hommes qui s'intéressent aux progrès des sciences médicales. Les savants étrangers leur seront particulièrement reconnaissants de les avoir mis à même de puiser facilement aux sources originales. L'arrangement des matériaux, leur distribution, la simplicité du style, rendent facile, même à ceux qui ne connaissent qu'imparfaitement la langue anglaise, la lecture d'un livre dont l'exécution matérielle est au-dessus de tout éloge. Nous espérons que le pro-

chain volume offrira autant d'intérêt, et qu'il ne se fera pas attendre trop longtemps.

JACQUEMIER.

Traité de physiologie comparée des animaux domestiques, par G. COLIN, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, etc. 2 vol. in-8°, texte compact, avec figures dans le texte. 1854 et 1855, chez J.-B. Baillière.

L'enseignement vétérinaire avait manqué, jusqu'à présent, d'un traité de physiologie des animaux domestiques; les élèves de nos écoles étaient forcés de puiser les principes généraux de cette science dans les traités élémentaires de physiologie humaine; c'est ainsi qu'on a vu successivement classiques dans les écoles vétérinaires les ouvrages si connus de Richerand, Magendie, Adelon, Dugès, Brachet, Müller, etc. Cet état de choses avait de graves inconvénients, et principalement celui d'exposer les vétérinaires à attribuer au cheval ou au bœuf des actes ou un rhythme fonctionnels qui n'appartiennent qu'à l'homme. Il est vrai que les professeurs chargés des cours de physiologie avaient le soin d'atténuer le plus possible cet inconvénient, en faisant connaître aux élèves les particularités fonctionnelles qu'on remarque dans les diverses espèces domestiques; mais ils ne parvenaient jamais à le faire disparaître complétement.

Il existait donc dans la bibliographie classique vétérinaire une lacune bien regrettable. C'est M. G. Colin, chef de service à Alfort, qui s'est chargé de la combler. Il importe d'examiner avec soin comment il s'est acquitté de cette tâche ardue et environnée de si grandes difficultés.

Disons-le d'abord, si la physiologie des animaux domestiques, en tant que science constituée et didactique, n'existait pas encore, il faut convenir que les matériaux nécessaires à son édification ne manquaient pas; car la physiologie expérimentale de l'homme n'a pu nécessairement s'établir que par des expériences pratiquées sur les divers animaux. Aussi trouve-t-on dans les traités généraux de physiologie, et surtout dans les recueils scientifiques publiés depuis un siècle, une quantité innombrable de faits d'expérimentation physiologique obtenus sur les animaux domestiques, qui sont très propres à servir de point de départ pour la rédaction d'un traité de physiologie vétérinaire. Il est vrai aussi que, parmi ces faits bruts de l'expérience ou de l'observation, un grand nombre sont dépourvus de valeur, et que le simple triage de l'ivraie et du bon grain constitue une tâche fort difficile et qui exige, pour donner de bons résultats, de grandes qualités de logique et un savoir profond.

Malgré le secours du passé et les nombreuses ressources bibliographiques que M. Colin avait à sa disposition, sa tâche n'en restait donc pas moins encore fort épineuse et très lourde. Non-seulement il y avait à contrôler par des expériences spéciales les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs, souvent peu compétents en matière de physiologie comparée; mais, de plus, il restait un très grand nombre de points encore obscurs qu'il fallait à tout prix éclairer du flambeau de l'expérimentation. C'est ce que l'auteur a parfaitement compris, et ce qu'il exprime avec chaleur, sinon avec modestie, dans le paragraphe suivant de sa préface:

« Mais c'eût été une profanation que d'entrer dans une voie si féconde et si dignement parcourue sans apporter autre chose que l'inventaire des résultats précieux donnés par les travaux des savants qui ont consacré leur vie à l'étude de la physiologie. Il fallait chercher les moyens de distinguer l'erreur de la vérité et la perle du faux brillant qui en a si souvent les apparences. Il fallait, de plus, tenter d'agrandir le cercle des connaissances acquises et de combler quelques-unes des vastes lacunes laissées sur le champ de l'observation et des expériences. »

M. Colin a tenu parole; il a expérimenté pendant plusieurs années avec un courage et une ardeur dignes des plus grands éloges; aussi est-il parvenu, par cette excellente voie, à enrichir son livre d'une multitude de résultats précieux qui contribueront largement aux progrès de la science physiologique, à laquelle il paraît s'être entièrement consacré. Néanmoins, cette manière un peu expéditive de recueillir des données de physiologie expérimentale n'est pas dépourvue d'inconvénients, comme nous allons le faire voir.

Les actes physiologiques les plus simples sont encore des phénomènes si complexes, que ce n'est pas trop, le plus souvent, d'une expérimentation suivie de plusieurs années pour arriver à des conclusions un peu rigoureuses. Or, M. Colin ayant été forcé, par les nécessités de sa position d'auteur, à soumettre au contrôle de l'expérience les actes fonctionnels de la plupart des animaux domestiques, n'a pas pu y apporter tous les soins et n'a pas pu y consacrer tout le temps que réclame un pareil sujet. Aussi, qu'en est-il résulté? C'est que l'auteur, qui est avant tout un homme consciencieux, ne pouvant tirer de ses nombreuses expériences des conclusions rigoureuses, a été obligé, pour qu'elles ne soient pas perdues, de surcharger son ouvrage d'une multitude de tableaux qui en embarrassent singulièrement la marche. Ces tableaux ne resteront pas stériles pour la science, et rendront probablement de grands services aux hommes spéciaux; mais nous doutons qu'ils soient utiles pour les commençants.

L'espace réservé à cette analyse étant restreint, il nous est impossible de suivre M. Colin dans tous les détails de son volumineux ouvrage; tout ce que nous pouvons faire, c'est de jeter un coup d'œil rapide sur l'ensemble de cette œuvre importante, et de faire connaître l'esprit qui a procédé à sa confection.

M. Colin divise les fonctions, comme la plupart des physiologistes, en trois séries: fonctions de *relation*, fonctions de *nutrition* et fonctions de *reproduction*; c'est dans cet ordre qu'il les a passées successivement en revue.

L'étude particulière des actes fonctionnels un peu importants des divers animaux domestiques est faite avec grand soin et avec des détails qui vont souvent jusqu'à la minutie. De plus, M. Colin, pour mieux élucider chaque sujet, procède d'après le précepte de Bacon, et va toujours du simple au compliqué, du connu à l'inconnu; cette marche, fort logique et très louable, l'entraîne forcément à faire de fréquentes excursions dans les divers degrés de l'échelle zoologique et allonge singulièrement son livre. Son ouvrage n'est donc pas seulement une physiologie comparée des animaux domestiques, mais encore une physiologie générale du règne animal; car, à tout prendre, la physiologie de la grenouille y est tout aussi détaillée, relativement, que celle du cheval. A l'inverse de beaucoup d'autres, l'ouvrage de M. Colin tient beaucoup plus que son titre ne promet.

Cet amour de détail et de la comparaison, qui est exprimé dans le paragraphe suivant de sa préface, a conduit, comme on va le voir, M. Colin à quelques écarts. Mais citons d'abord ses paroles:

« Le manque d'éléments nécessaires à la constitution d'une physiologie comparée tient surtout à ce que, dans la majorité des recherches tentées jusqu'ici, on s'est bien moins attaché à faire une étude complète des phénomènes vitaux, avec leurs caractères propres aux divers animaux, qu'à arriver, par induction, à la connaissance de ce qu'ils sont dans l'espèce humaine. Il est résulté de cette tendance que, dans presque toutes les études expérimentales, on a eu principalement en vue les généralités, les faits constants et toujours semblables, pour laisser de côté les faits particuliers, les détails sans nombre, les nuances infinies et à peine sensibles, c'est-à-dire précisément les choses sans lesquelles il n'y a pas de comparaison possible. »

Fort bien; mais il y a en tout la mesure. *Est modus in rebus.* Or, nous le demandons, quel intérêt physiologique, hygiénique ou pathologique peut avoir, par exemple, le compte établi par l'auteur des coups de mâchoire que donne un animal ruminant pour mâcher définitivement le bol alimentaire qui remonte de la panse à la bouche par les mouvements antipéristaltiques de l'œsophage? Croit-il aussi que la mise en musique du hennissement du cheval offrira un bien grand intérêt aux naturalistes, aux médecins ou aux vétérinaires? Cela nous paraît fort douteux. Aussi, nous croyons-nous autorisé à dire que l'auteur a tiré parfois un mauvais

parti d'une de ses qualités dominantes, l'amour de l'exactitude et du détail.

Dans quel esprit M. Colin a-t-il rédigé son *Traité de physiologie?* Est-il *vitaliste*, *organicien*, ou partisan des théories *physico-chimiques?* A cet égard, nous pouvons parler avec connaissance de cause; car M. Colin, étant élève de l'école de Lyon et ayant répété les leçons de physiologie de M. Lecoq, en qualité de chef de service, avant de passer à Alfort, ses idées nous sont parfaitement connues, et nous avons eu maintes fois l'occasion de les discuter avec lui. Or, lorsqu'il habitait Lyon, c'était ce qu'on appelait un *vitaliste renforcé;* car il niait imperturbablement que rien de chimique ou de physique eût lieu dans l'économie animale. Depuis son passage à l'école d'Alfort, l'auteur, soit qu'il ait fait une étude plus attentive des actes physiologiques, soit qu'à son insu il ait subi l'influence des idées qui règnent à l'École de médecine de Paris, paraît tenir compte, beaucoup plus qu'autrefois, de la partie des fonctions qui peut être interprétée par les données de la mécanique, de la physique et de la chimie. Toujours est-il qu'il fait aux phénomènes de cet ordre une assez large part dans son livre. Pourtant cette conversion est plus apparente que réelle; car en lisant notamment son chapitre sur l'*hématose*, acte chimique s'il en fut, on s'aperçoit bien vite que ses idées sont au fond les mêmes, et qu'il est vitaliste comme jadis, ce qui, dans une certaine mesure, pourrait être une qualité, mais, en réalité, outre-passe chez M. Colin les bornes désirables.

Nous aurions bien quelques autres reproches, et même de plus sérieux, à lui adresser, si nous ne nous sentions désarmé par les qualités nombreuses qui distinguent son ouvrage. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de lui dire bien bas, dans son propre intérêt, qu'il gagnerait à modérer son esprit exclusif et quelque peu tranchant; qu'il ne nous paraît pas d'une impartialité complète à l'égard des divers auteurs de physiologie qu'il a consultés; qu'il a même omis de citer quelques auteurs vétérinaires qui avaient droit à une mention, etc. Mais comme ces petits écarts sont surtout un tort de jeunesse, nous nous en rapportons au temps et à l'expérience des hommes et des choses pour ramener l'auteur dans la bonne voie, celle de la philosophie et de l'impartialité scientifique.

Somme toute, le *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques* est une œuvre d'une haute importance et qui fait le plus grand honneur à M. Colin. Si nous en avons signalé les quelques défauts avec impartialité et indépendance, cela ne nous empêche pas de reconnaître et de proclamer que cet ouvrage témoigne d'un savoir étendu autant que varié, qui fera honneur à l'enseignement vétérinaire.

Aussi croyons-nous que les naturalistes et les médecins, qui ont si souvent à expérimenter sur les animaux domestiques ou autres; que les médecins surtout, qui ont tant d'avantages à recourir à la physiologie et à la pathologie comparée pour interpréter les phénomènes de l'homme sain ou malade, trouveront dans cet ouvrage un guide sûr et complet.

F. Tabourin,
Professeur à l'École impériale vétérinaire de Lyon.

VII.

VARIÉTÉS.

Nous donnons ici l'allocution que M. Paul Dubois a prononcée au banquet donné par lui samedi dernier, aux *Frères-Provençaux*, et sur lequel on trouvera quelques détails au *Feuilleton*.

Mes bons amis,

Il y a un mois, dans ce lieu même, une assistance nombreuse, composée, comme l'est celle-ci, d'une partie de vos maîtres et de vos condisciples, inaugurait avec moi cette fête scolaire. La réunion présente, qui est le complément de la première, lui donnera je l'espère, une consécration nouvelle et définitive.

Devant les maîtres et les condisciples qui vous ont précédés, j'ai en peu de mots exposé les motifs et le but essentiellement moral de cette convocation inattendue. Fidèle à ce précédent, je viens remplir le même devoir; j'y ajouterai des conseils, des félicitations, des vœux bien sincères. Permettez-moi de le faire en reproduisant la courte allocution à laquelle vos condisciples ont fait un bienveillant accueil. C'est à vous qu'elle s'adresse aujourd'hui. Il me semble que je n'ai rien à vous dire de plus, et je serais très heureux si, après l'avoir entendue, vous pensiez que je ne pouvais vous rien dire de mieux.

Si cette réunion n'avait pas dû prendre les proportions que vous voyez, proportions heureuses, puisqu'elles témoignent du travail, de l'intelligence et des succès d'un grand nombre d'élèves de notre Faculté, ce n'est pas ici, c'est dans ma propre demeure, au milieu des miens, que je vous aurais donné l'hospitalité. Veuillez bien, par une complaisante illusion, vous persuader que j'ai, pour vous recevoir aujourd'hui, transporté mes pénates dans ce salon des Frères-Provençaux. Cette fête de famille est sans précédent dans notre École, mais elle ne l'est point dans l'instruction publique. Lorsque j'étais un jeune écolier, je me rappelle que le jour de Saint-Charlemagne réunissait dans un banquet modeste et tout paternel les maîtres et ceux de leurs élèves qui avaient obtenu les premières places dans le cours de l'année. Là venaient s'oublier, dans une confiance et une joie communes, les griefs et les sévérités parfois nécessaires des professeurs, les espiégleries et les rancunes innocentes et séculaires des écoliers. Le maître devenait protecteur et ami; l'élève, plus juste, devenait reconnaissant et docile. Plus tard, le renouvellement de ces réunions salutaires fortifiait les bienveillantes dispositions que les premières avaient créées. J'ai conservé de ces fêtes un touchant et presque un pieux souvenir, et j'ai souvent pensé qu'une Saint-Charlemagne qui réunirait et confondrait dans une estime et une affection mutuelles des maîtres et des élèves qui vivent rapprochés par le devoir, mais qui restent isolés au point de vue des sentiments, j'ai pensé, dis-je, que cette Saint-Charlemagne prendrait heureusement sa place parmi les récompenses, les encouragements, les doux et joyeux souvenirs de la scolarité médicale. Cette pensée, mes bons amis, nous la réalisons en ce moment. Maintenant, vous avez eu l'honneur d'être placés par vos maîtres au nombre des élèves les plus distingués de l'une des premières Écoles du monde; n'oubliez pas que cet honneur oblige et qu'il vous est désormais défendu de déchoir, et dans l'espoir qu'il en sera ainsi, nous buvons, mes honorables collègues et moi, à vos succès futurs dans le cours de vos études médicales, et plus tard dans l'exercice de la noble profession à laquelle vous vous destinez.

— Dans la séance du 4 janvier de la section de pharmacologie de la Société médicale de Vienne, M. le docteur Scherzer a fait quelques communications sur diverses plantes, graines et écorces d'arbres que les indigènes de l'Amérique centrale emploient dans certains cas de maladie comme moyens curatifs, et qui, jusqu'ici, sont encore peu ou même point connus en Europe. Par exemple, les habitants de Guatemala font usage avec succès, contre la fièvre intermittente, de l'écorce d'un arbre nommé *Chichiké*, dont le docteur Scherzer a présenté à la Société des feuilles, des fleurs et des écorces. Le mérite d'avoir le premier fait l'essai de cette écorce, et d'avoir propagé le connaissance de sa vertu curative, appartient à un médecin de Guatemala, le docteur Farfan.

Le chichiké vient en grande quantité sur les pentes occidentales des Cordillères, dans l'État de Guatemala, et réussit surtout le mieux dans les terrains un peu humides, sous une température moyenne de 80 à 82 degrés Fahrenheit de chaleur. Un quintal de l'écorce du chichiké ne revient, dans le port d'Istapa, sur le Pacifique, à guère plus de 8 piastres, et M. le docteur Scherzer s'est engagé à en mettre gratuitement une pareille quantité à la disposition de la section de pharmacologie, pour de nouveaux essais. Vu le prix fort élevé de l'écorce de quinquina, qui, de plus, augmente chaque jour davantage, l'écorce de chichiké, dans le cas où son efficacité serait reconnue, serait d'une grande importance pour la thérapeutique.

— M. le docteur A. BERTHERAND, médecin principal à l'hôpital du Dey, à Alger, vient de publier le premier numéro d'une *Gazette médicale de l'Algérie*.

— Par décret impérial du 9 février, M. MAHER, premier chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de directeur du service de santé à Rochefort.

— Ont été nommés chirurgiens auxiliaires de 3e classe, après examens réglementaires : à Cherbourg, M. POMMIER, le 23 janvier ; à Toulon, M. BOISDON, le 29 du même mois.

— MM. PETRONELLI, médecin principal à l'hôpital de Bastia, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (États pontificaux); FRANÇOIS, médecin-major du 17e d'artillerie à cheval, chevalier du même ordre ; CAMESCASSE, chirurgien principal de la marine, chevalier de l'Aigle rouge (Prusse), 4e classe ; BINTOT, médecin aide-major, ordre du Medjidié, 4e classe, viennent d'être autorisés à porter les décorations de ces différents ordres.

— Nos lecteurs apprendront avec plaisir que le gouvernement français vient d'adopter la proposition qui lui a été faite par l'administration des hôpitaux de Paris, pour l'application du système de ventilation et de chauffage de notre compatriote le docteur Van Hecke. (*Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

PRIX D'ASTLEY COOPER. — Le sixième prix triennal de trois cents livres (7,500 francs), fondé par sir Astley Couper, sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité « sur la structure et les fonctions de la glande thyroïde. » Les mémoires, écrits en anglais, ou, s'ils sont écrits dans une autre langue, accompagnés d'une traduction anglaise, devront être envoyés, avant le 1er janvier 1859, à l'adresse des médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, audit hôpital.

— La mort vient d'enlever un des médecins les plus distingués de Boulogne-sur-mer, M. le docteur GORRÉ, dont la santé était depuis longtemps altérée.

— Le corps médical de Toulouse vient de faire une perte sensible dans la personne de M. DUCLOS, qui avait acquis, comme feu son oncle, une juste réputation d'accoucheur.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE. — Année 1855. (Nous ferons l'analyse de plusieurs mémoires compris dans ce fascicule.)

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — 1856. N° 1. Une épidémie de pneumonie, par *Forget*. — Clinique de M. Sédillot, par *Picard* et *P. Aronshow*.

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE. — 1855. 3e et 4e trimestre. Collodion dans les plaies de la face, par *E. Barbier*. — Achromie solitaire, par *le même*. — Transmission du choléra de l'homme aux oiseaux domestiques, par *Charcellay*. — Omphalocèle congénitale ; hernie du foie, de l'estomac et de quelques autres organes ; imperforation de l'anus, par *le même*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 janvier. Sur les crampes des nourrices, par *J. Verdier*. — Hernie étranglée ; réduction ; emploi du chloroforme, par *Ébrard*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 42 à 52. — 43. Contribution à l'étude des fractures de la jambe et des pansements hâtifs, par *Ravoth*. — De la Finlande, par *J.-F. Heyfelder*. — 44. Communication écrite sur le traitement anglais des maladies fébriles par l'alcool, par *Martius*. — 46. Contribution à la théorie des fièvres, par *Craobe* et *Jochmann*. — Sur l'emploi des eaux minérales dans la syphilis, par *Helfft*. — Quelques remarques sur les ophthalmoscopes de verre, avec indication d'une modification avantageuse qu'on pourrait leur faire subir, par *Klauniy*. — 47. Blessures et opérations occasionnées par le bombardement de Sweaborg. — 48. Contribution à l'histoire des caillots fibrino-sanguins qui sont expulsés par la vessie, par *Wutzer*. — 51. Deux modes d'ouverture anormale du rectum non encore décrits, par le professeur *Nagel*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Nos 9, 10, 11 et 12. Observations du professeur Malmsten, de Stockholm, sur le mémoire de Simpson, concernant l'emploi du chloroforme dans les convulsions et autres affections nerveuses des enfants. — Contributions à la thérapeutique des enfants, par *Tott*. — Cas de péritonite chez un enfant déterminé par la perforation de l'appendice vermiforme et le passage de vers intestinaux dans le péritoine, par *V. Drüben*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — Octobre, novembre et décembre 1855. Communication sur la phlébite crurale des femmes en couches, par *Clemens* — Prolapsus du délivre, par *V. Siebold*. — Moyen employé pour protéger le périnée, par *V. Ritgen*. — Crampes chez les femmes enceintes, par *Spengler*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — Nos 42 à 52. — 42. Cas rare de rétraction musculaire, par *Breithaupt* — Azotate de zinc dans les fièvres nerveuses, par *Heer*. — 44. Énostoses syphilitiques et leurs suites, par *Berger*. — 45. Remarques sur les luxations de quelques tendons extenseurs et fléchisseurs des membres et sur leurs suites, par *Lebregondi*. — Inhalations de chloroforme dans les maladies des enfants, par *Spengler*. — 46. Cancer mélanique primitif de la cornée, par *Heuschel*. — Suppuration de la glande thyroïde et épanchement du pus dans la trachée, par *Beger*. — Méthode certaine de guérison des fièvres intermittentes, par *Stener*. — 47. Contribution à la thérapeutique des douleurs syphilitiques des os chez les gens âgés, par *Susgowitz*. — 50. Gangrène et perforation de la vésicule biliaire, par *Eulenberg*. —Diphthérite des organes génitaux, par *Heer*. — 51. Fièvre intermittente ; abcès du poumon, par *Wolff*. — 52. Fièvre intermittente apoplectique, par *Wolff*. — Inflammation intestinale avec évacuation des fausses membranes, par *Jungnickel*.

NEUE MEDICINISCH CHIRURGISCHE ZEITUNG. — Nos 41 à 52. Revues et critiques.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 40 à 49. — 41. Sur les hémorrhagies alvéolaires, par *Heider*. — 42. Contribution à l'étude du typhus, par *Flœgel*. — 44. Observations sur l'élargissement du conduit auditif externe, par *Linhart*. — Sur la prétendue combustion spontanée, par *Fink*. — 45. Sur la gangrène pulmonaire en général avec observation d'un cas de gangrène diffuse du poumon, par *Weinberger*. — 47. Traitement du piedbot, par *Gerhard de Brenning*.

SCHWEIZERISCHES CORRESPONDENZBLATT. — Nos 10 et 11. Sur les ambulances.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE UND OEFFENTLICHE MEDICIN, de Casper. — T. IX, 1er cah. Un homme a-t-il été jeté dans l'eau vivant ou mort ? par *Casper*. — Sur l'empoisonnement par le seigle ergoté, par *Strahler*. — De la fabrication artificielle du vin dans les temps modernes, au point de vue médical, par *Cellarius*. — Du chlorure de zinc comme désinfectant.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE, de Prague — 1855, vol. IV. Révision de la doctrine de la nécrose et de la réparation des os au point de vue clinique, par *Kiose*. — Quelques cas de symblépharon, par le professeur *Ryba*. — Du traitement des inflammations du poumon et du diaphragme, par le professeur *Niemeyer*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 42 à 51. — 43. Influence de la lumière sur la quantité d'acide carbonique exhalée par le corps animal, par *Moleschott*. — 46. Emploi thérapeutique du phosphore amorphe, par *Bedunr*. — 49. Effets réflexes de l'électricité induite en général, et son emploi comme moyen thérapeutique, en particulier contre les anomalies de la menstruation, par *Schulz*. — 51. Fœtus rudimentaire du volume d'une tête implanté sur le sacrum et extirpé heureusement, par le professeur *Schuh*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — 1855. Nos 43 à 52. 1856. N° 1. — 46. Sur le pemphigus des nouveau-nés et des nourrissons, par *Schuller*. — 51. Sur l'emploi d'une nouvelle solution iodée dans diverses maladies de la peau, par *Richter*. — 1. Résection des nerfs zygomatique, sous-orbitaire, alvéolaire supérieur et dentaire inférieur, pour guérir la névralgie faciale, par le professeur *Schuh*. — Cas remarquable de grossesse extra-utérine avec concomitance de grossesse intra-utérine monstrueuse observée jusqu'au quinzième mois, par *Loew* et *Lumpe*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE, von Behrend. — 1855. 4e cahier. La trépanation au point de vue judiciaire, par le professeur *Hesselbach*. — Contribution à l'étude de la léthalité des lésions de la tête, par *Stadelmayr*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, de Günsborg. — Novembre et décembre 1855. Sur les causes de la mort dans la pneumonie des ivrognes, par *Cohen*. — Sur la digitaline, par *Droste*. — Sur les fractures des cartilages costaux et leur guérison, par *Klopsch*. — Sur le traitement par l'opium des tumeurs carcinomateuses, celles de la mamelle en particulier.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, de Hebra. 1855. Nos 9 à 12. 1856. N° 1. Cas de monstruosité, par *Gustav*. — Communication sur 33 cas de maladie de Bright observés pendant quatre années d'étude, par *Vallon*. — Sur la position moyenne des articulations, par *Langer*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — 1856. Nos 159. Observations d'accouchement, avec remarques, par *T. Radfort*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 290. Traitement de la fièvre par le sulfate de quinine à haute dose (suite), par *Peacock*. — De la responsabilité criminelle, par *R. Semple*. — Cas de hernie étranglée, par *J. Rees*. — 291. Inflammation de l'orifice et du col utérin, par *Rigby*. — Étiologie et traitement de l'épilepsie, par *T. Hunt*. — Hydrocèle guérie par l'injection iodée, par *Ramsay-Stewart*. — Trachéotomie dans le croup et autres affections, par *Henry Smith*.

THE LANCET. N° 3. Traitement de la lèpre, par *Wilson*. — Durée moyenne de la vie avec un squirrhe du sein, par *Puget*. Conditions chimiques de l'atmosphère en temps de choléra, par *Thompson*. — Névralgie gastrique et abdominale, par *Handfield Jones*. — Chirurgie de Crimée, par *Guthrie*. — Sur quelques points du traitement chirurgical de la hernie, par *N. Ward*. — Revue obstétricale, par *Barham*. — Accouchement compliqué de fracture du pelvis et de luxation ancienne de la hanche, par *A. Stephenson*. — 4. Clinique, par *Skey*. — *Idem*, par *Hancock*. — Grenouille employée comme moyen de déceler la présence de la strychnine, par *W. Budd*. — Traitement des maladies des voies urinaires, par *Acton*.

LA LIGURIA MEDICA. — 1856. N° 1. Sur l'hystérotomie vaginale, par *P. Arata*. — Hermaphrodisme constant dans deux espèces de poisson, par *M. Lessona*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 106 Pneumonie chronique terminée par une vomique mortelle. — 107. Études cliniques sur la syphilis, par *Olivares*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 22 FÉVRIER 1856. — N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 11 février 1856, M. NOGUÈS, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur suppléant à ladite École, pour les chaires d'anatomie et physiologie.

M. Noguès conservera en même temps les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 février 1856, M. le docteur BEAUGRAND a été nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Segond, démissionnaire.

— Aux termes de l'arrêté du 7 juillet 1854, qui a pour but d'assurer la régularité des études et de la discipline dans les divers établissements d'instruction publique, nul ne peut être admis à subir *pour la première fois* l'examen du baccalauréat ès lettres ou ès sciences, à la session d'avril, s'il n'y a été autorisé par le Ministre de l'instruction publique, sur la proposition du vice-recteur.

Les candidats qui désireraient obtenir cette autorisation, doivent donc s'adresser *directement* au vice-recteur de l'Académie.

La session d'avril s'ouvre chaque année, pour les examens du baccalauréat ès sciences, le 1er avril; et pour le baccalauréat ès lettres, le 15 du même mois.

Le vice-recteur devant, d'après les règlements, envoyer son tableau de propositions à M. le Ministre de l'instruction publique, quinze jours avant l'ouverture de la session, toutes les demandes devront lui être parvenues, pour dernier délai, celles relatives au baccalauréat ès sciences le 15 mars, et celles relatives au baccalauréat ès lettres, le 1er avril.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 13 au 20 février 1856.

43. ASTIÉ, Jean-Sébastien, né à Agen (Lot-et-Garonne). [*Des altérations du sang.*]

44. DÉDEBANT, Jean-Pierre-Léon, né à St-Germé (Gers). [*Du diabète sucré.*]

45. BARBÉ, Henry-Jules-Auguste, né à la Jarne (Charente-Inférieure). [*De quelques signes propres à faire reconnaître le début de la phthisie pulmonaire.*]

46. MERCIER, Edmond-Louis, né à Bron (Eure-et-Loire). [*Des phénomènes cutanés dans la fièvre typhoïde.*]

47. GERMAIN, Victor-Flavien-Joseph, né à Buzancy (Ardennes). [*Nature et traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales.*]

48. LEBORGNE, Adolphe-Auguste, né à Doudeville (Seine Inférieure). [*Quelques observations recueillies dans une épidémie de fièvre puerpérale.*]

49. MANUEL, Joseph-Édouard, né à Jaussiers (Basses-Alpes). [*Des fractures des cartilages costaux*]

50 CADET DE GASSICOURT, Charles-Jules-Ernest, né à Paris (Seine). [*Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 21 février 1856.

DE L'ACCOUCHEMENT APRÈS LA MORT DE LA MÈRE.

Il est connu qu'une femme peut accoucher après la mort; mais pendant combien de temps la chose est-elle possible? Cette question est naturellement soulevée par un récit qu'on a pu remarquer dans plusieurs journaux politiques et relatif à un fait qui aurait mis en émoi la population du faubourg du Temple. Voici en quels termes le fait est raconté par le journal LA PRESSE :

« Après trois jours de maladie, madame X..., âgée de vingt-quatre ans, était morte des suites d'une fièvre typhoïde; et, après l'accomplissement de toutes les constatations et formalités légales de son décès, son inhumation devait se faire à midi. Déjà les nombreuses personnes devant assister au convoi étaient réunies près de la maison, sous la porte de laquelle était exposé, selon la coutume, le cercueil, lorsqu'au moment où les employés des pompes funèbres enlevaient ce cercueil pour le placer sur le char, on s'aperçut que, de ses planches mal jointes, s'échappait du sang en assez grande

quantité, dont la vue mit en émoi tous les assistants. Bientôt se répandirent dans le quartier les bruits les plus divers et les plus lugubres.

« Sur l'ordre de l'inspecteur du convoi, l'inhumation fut suspendue; le cercueil fut placé dans le lieu où avait eu lieu le décès, et le commissaire de police, M. d'Agnèse, ayant été prévenu, vint aussitôt, avec l'assistance de médecins, procéder à une information. On a constaté que madame X... était enceinte de quatre mois, et que, par un phénomène peut-être sans exemple dans les annales médicales, l'accouchement s'était opéré dans le cercueil environ soixante-dix heures après la mort. C'est ce qui avait causé un épanchement considérable de sang. »

Nous devons dire tout d'abord que, renseignements pris par nous, ce récit se trouve être de l'ordre de ceux auxquels le mâle de la canne a donné son nom. Mais rien n'empêche d'en prendre occasion d'examiner si un tel événement est scientifiquement croyable. On sait que si, contrairement à l'esprit évident de l'article 77 du Code civil, qui prescrit de n'*inhumer* que vingt-quatre heures après le décès, - contrairement même aux dispositions expresses d'un arrêté du préfet de la Seine, en date du 25 janvier 1841,— on se hâte souvent d'*ensevelir* le mort, il est certain aussi que la mise en bière n'a ordinairement lieu que très peu d'heures avant l'inhumation, quand celle-ci n'est pas retardée. Cette opération est pratiquée par les employés des pompes funèbres au moment où ils viennent poser les tentures à la porte de la maison. Or, est-il possible qu'une morte accouche, non pas seulement dans le suaire, mais dans le cercueil, vingt, vingt-quatre, trente heures après le décès?

Oui, des faits de ce genre ont déjà été observés, quoique très rarement, et l'on a cherché à les expliquer. On ne pouvait guère invoquer ici l'action expulsive de l'utérus. Tout le monde sait que la matrice peut se contracter assez longtemps encore après la mort, quand la femme a succombé en plein travail ou même dans la première période. Avec la main appliquée sur le bas-ventre, on a senti les contractions pendant quinze, vingt, trente minutes. Mais après vingt ou trente heures, les dernières lueurs de la vie organique sont éteintes. On a donc eu recours à une autre explication, qui est celle d'une pression exercée sur l'utérus par des gaz putrides développés dans l'abdomen. Cela suppose évidemment un travail préliminaire, qui aura dilaté le col, ramolli le vagin, ouvert enfin les voies à la sortie du fœtus; mais ce travail se fait quelquefois d'une manière tout à fait latente, surtout quand se rencontrent, comme dans le cas supposé, les deux circonstances d'une grossesse peu ancienne et d'une grave affection, susceptible d'obscurcir les signes ordinaires du travail ou d'attirer ailleurs l'attention du médecin. Le fœtus peut ainsi, à l'insu de tout le monde, franchir en partie l'orifice utérin ou descendre même jusque dans la cavité vaginale. Survienne alors un ballonnement considérable du ventre; qu'à cette circonstance se joignent de brusques mouvements imprimés au cadavre, la flexion forcée du tronc, par exemple, et le produit, glissant sur des surfaces humides, achèvera de sortir du corps. On trouvera, du reste, dans le tome II de la Gazette hebdomadaire (page 190) la narration succincte d'un cas — celui-là très réel — d'accouchement survenu plusieurs heures après le moment où la mère avait cessé de donner signe de vie. On a supposé, il est vrai, que la mort n'était *alors* qu'apparente; mais cela ne changerait rien à la signification du fait, d'autant plus que la femme n'est pas revenue à elle, et qu'on en pratiquait l'autopsie deux jours après.

On concevrait donc très bien que, chez la femme dont il s'agit, le produit étant mort dans le cours de la fièvre typhoïde, un travail plus ou moins avancé se fût établi dans les derniers jours de la vie ou pendant l'agonie, et que le fœtus eût franchi le vagin, soit au moment de la mise en bière (ce dont le suaire aurait empêché de s'apercevoir), soit ultérieurement par le développement successif de gaz dans l'abdomen.

La particularité d'un écoulement assez considérable de sang, qui semble donner à l'avortement le caractère d'un acte physiologique, s'expliquerait assez naturellement par la rupture de l'œuf et la coloration possible des eaux de l'amnios, ainsi que par la sortie des fluides que le fœtus aurait retenus avant sa complète expulsion.

MM. Danyau et Depaul sont venus, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, confirmer les déclarations rassurantes de MM. Dubois, Moreau et Velpeau, relativement aux bruits de fièvre puerpérale épidémique qui ont tant alarmé les familles.

L'Académie a entendu ensuite un rapport de M. Chevallier, où se trouvent confirmées toutes les assertions de M. Gobley sur la constitution chimique des champignons comestibles, et sur la découverte d'un principe que cet habile expérimentateur a doté du nom d'*agaricine*.

Une question très importante d'étiologie a été soulevée par M. Renault : celle de savoir si le typhus contagieux des bêtes bovines peut prendre naissance spontanément chez les animaux étrangers à la race des steppes, ou si elle est toujours transmise, par voie contagieuse, de ces animaux à ceux des autres races. M. Renault est pour la dernière opinion, M. Delafond pour la première. M. Delafond prendra la parole dans la prochaine séance. Nous suivrons cette discussion avec l'intérêt qu'elle mérite.

La communication de M. Bonnafont relative au traitement de l'ophthalmie par l'occlusion des yeux paraît aussi devoir donner lieu à une discussion intéressante. M. Larrey, tout en accordant à ce mode de traitement des avantages réels, a déclaré ne pas partager « l'excessive confiance » de M. Bonnafont. Il a fait part à l'Académie des résultats que lui ont donnés de nombreuses et déjà anciennes expériences sur ce point particulier de thérapeutique chirurgicale. Nous le louons d'avoir rétabli une distinction trop souvent oubliée par les inventeurs de perfectionnements : celle de la méthode, qui contient l'idée, et des moyens, qui peuvent être variés à l'infini; mais, dans l'espèce, la confusion avait-elle été commise? C'est ce qui nous a semblé douteux.

M. Velpeau a demandé la parole. Après cette intervention si autorisée, nous entrerons aussi dans la question, appuyé sur des faits cliniques. Disons seulement aujourd'hui que l'occlusion des yeux dans l'ophthalmie peut rendre de très grands services, quand elle répond à certaines indications déterminées, et que le procédé satisfait bien à ces indications. Les travaux publiés en France et ailleurs, mais surtout en Belgique, ont établi à cet égard des règles assez positives.

Nous appelons aussi l'attention sur un ingénieux moyen de cathétérisme employé par M. le docteur Auguste Mercier chez un sujet qui portait au col de la vessie un obstacle au niveau duquel une fausse route avait été pratiquée. La sonde coudée s'engageant, à chaque tentative, dans la fausse route, M. Mercier eut l'idée de faire pénétrer d'abord dans ce pertuis accidentel le bec d'une sonde d'étain, puis d'insinuer dans celle-ci une petite sonde de gomme élastique, de la faire sortir par l'œil ouvert à la concavité de la sonde métallique, et de la pousser ainsi jusqu'à ce qu'elle pénétrât dans la vessie. Le succès a justifié cette tentative.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TISSU HÉTÉRADÉNIQUE, par M. le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 25 juin 1855.

(Suite et fin. — Voir les nos 3, 4 et 6, t. III.

§ III. CONCLUSIONS.

Il résulte des observations rapportées dans ce mémoire, et de la description générale qui en forme le commencement :

1° Que, dans la production des tumeurs, il est deux cas bien distincts à noter : le cas le plus fréquent est celui dans lequel les tumeurs dérivent d'une hypergénèse, d'une multiplication exagérée des éléments anatomiques des tissus normaux, avec dérangement ou non de la texture de ceux au sein desquels ils naissent ou des parties voisines. Dans cette circonstance, on peut dire que tout tissu normal peut devenir l'origine de la production d'autant d'espèces de tumeurs qu'il renferme d'espèces d'éléments anatomiques ; et cela par suite même du fait de l'existence de ceux-ci, lorsque les conditions de leur nutrition, de leur développement, et surtout de leur génération, viennent à subir quelques modifications dont la nature est, du reste, à déterminer.

2° Mais, outre ce fait, on en peut observer un autre : c'est que la propriété qu'ont les tissus complexes de *naître* chez l'embryon n'est pas bornée seulement aux premiers temps de la vie. On la retrouve encore chez l'adulte dans des conditions diverses.

Cette naissance ou génération de tissus chez l'adulte peut porter :

a. Sur un tissu normal qui a été coupé, a subi une perte de substance ou une simple solution de continuité : c'est ce qui constitue la *régénération* des tissus, qui porte le nom de *cicatrisation* à la peau, de *formation du cal* pour les os, etc., et dans laquelle la persistance ou continuation du phénomène au delà des limites occupées par le tissu normal, donne lieu à la production de ce qu'on nomme *chéloïde cicatricielle, stalactites des cals irréguliers*, etc.

b. Ce peut être la naissance d'organes ou de portions d'organes semblables à ceux qu'on trouve dans l'économie, mais dans une région où ils n'existent pas normalement : c'est ce qui constitue l'*hétérópie plastique* de Lebert. Telle est la génération des *kystes dermoïdes* avec derme pourvu de papilles et d'épiderme, avec follicules pileux, poils et glandes pileuses sous-dermiques, avec glandes sudoripares sous-cutanées. Telle est encore certainement la production, chez l'adulte, de lobes entiers de tissu analogue à celui de la mamelle déjà malade, à celui de la [illegible]de, à celui des tubes épididymaires et testiculaires, soit à côté ou au contact des glandes normales, soit dans le voisinage et dans les ganglions lymphatiques voisins (1).

c. Enfin, fait plus important au point de vue chirurgical, ce peut être, comme dans les cas rapportés dans ce mémoire, la génération d'un tissu offrant l'aspect extérieur et la structure ou disposition des éléments telle qu'on la trouve dans les glandes acineuses en général ; mais avec des épithéliums qu'on ne peut identifier avec aucun de ceux des glandes connues; avec une disposition de ces épithéliums en filaments pleins ou creux, ramifiés en forme de doigts de gant ou avec d'autres dispositions plus ou moins analogues à des *acini*, sans qu'on puisse pourtant les identifier avec ceux d'aucune glande normale.

Hétéromorphe sous un point de vue, en ce qu'on ne peut identifier ses éléments avec aucune des espèces connues, ce tissu offre pourtant une *texture* ou *arrangement réciproque* particulier ; mais cet arrangement n'a jamais été trouvé deux fois identique avec lui-même dans deux observations consécutives : il est variable d'une production à l'autre, et même un peu dans les différents points de la masse ; enfin, bien que, d'une manière générale, il offre quelque chose de la disposition glanduleuse, on n'y trouve pas une aussi grande uniformité que celle qui existe dans les tissus glandulaires normaux.

3° Il résulte en outre des faits précédents et de leur comparaison à diverses espèces de tumeurs de la mamelle, du testicule, de la parotide, que celles de ces tumeurs qui ont l'aspect squirrheux, lardacé ou encéphaloïde (et portent le nom vague de *cancer*, d'après leur propriété d'envahir les tissus voisins, de récidiver après l'ablation, ou de devenir multiples dans le cas ou l'on n'enlève pas la première apparue), offrent un arrangement réciproque particulier de leurs cellules ou de leurs noyaux sous formes de filaments pleins, cylindriques, ramifiés et terminés en doigt de gant ; ceux-ci, à leur tour, ont une texture particulière et toujours reconnaissable.

4° Le fait essentiel à signaler est que les tumeurs dites cancéreuses, soit seulement composées de noyaux, soit composées de cellules, sont des produits morbides qui offrent une texture particulière de leurs éléments : texture dont l'étude a été négligée, jusqu'à présent, malgré son importance, au profit de l'étude des noyaux et des cellules examinés isolément, sans préoccupation suffisante de leur arrangement réciproque spécial et constant.

5° La texture dont il vient d'être fait mention offre en outre quelque particularité spéciale à chaque tumeur, selon l'organe qu'elle envahit, en rapport souvent avec la structure même de cet organe.

6° Souvent aussi les cellules et les noyaux offrent quelque particularité constante dans les tumeurs de l'organe, comme le testicule par exemple, qui les distingue, pour qui les a sous les yeux, des cellules ou des noyaux des tumeurs ayant reçu un nom analogue, bien que dérivant de tel ou tel autre organe, comme la mamelle, etc.

7° De ce que les tumeurs dites *cancer* de la mamelle, etc., etc., ont une structure, sont composées de cylindres ramifiés terminés en doigt de gant, avec des cellules ou des noyaux juxtaposés, plus ou moins volumineux, il ne faudrait pas conclure que j'entends dire que ces tumeurs sont des *hypertrophies mammaires* (bien que quelquefois la présence des canaux galactophores montre que ces lésions dérivent directement du tissu de la mamelle) ; car le volume, la forme et l'arrangement des culs-de-sac et de leurs épithéliums, dans les cas d'hypertrophie, sont très différents de ces mêmes culs-de-sac pris dans les tumeurs dites *cancer*.

8° De ce qui précède, il résulte aussi que les tumeurs, par conséquent, ne sont point de simples accumulations d'éléments anatomiques sans ordre ni règle ; mais qu'elles ont une texture spéciale, et leurs éléments sont tissus de telle sorte, qu'on doit regarder certaines d'entre elles comme des organes accidentels particuliers, nés d'une manière anormale chez l'adulte, d'après les mêmes lois qui président à la naissance des anomalies dans le nombre de divers organes chez l'embryon.

9° Que les produits pathologiques dont il vient d'être fait mention sont des organes parenchymateux analogues aux glandes, mais ne pouvant être assimilés à aucune des espèces de glandes normales.

10° Que la production de ces tissus à structure parenchymateuse constitue des anomalies de nombre des organes de la vie végétative, qui ne sont pas soumises à la régularité des lois connues sous le nom de *principe des connexions*, offerte par les anomalies des organes de la vie animale. Sous ce rapport, les organes parenchymateux de génération nouvelle diffèrent autant de ceux de la vie animale, qu'à l'état normal les organes de la vie végative diffèrent des premiers par leur structure et leurs usages physiologiques.

11° Il résulte aussi de ces faits, que ce sont là des exemples d'anomalies par génération d'organes particuliers, qui, au lieu d'avoir une origine blastodermique, comme la plupart des anomalies d'organes de la vie animale, ou d'organes de la vie végétative non parenchymateux, se produisent au contraire chez l'adulte ; plusieurs autres espèces de tumeurs sont dans ce cas. Ces tumeurs

(1) Ch. Robin, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences de Paris*, août 1855.

hétéradéniques ne doivent point être confondues avec les tumeurs qui sont une altération directe d'une glande ou de quelque autre organe (voyez ci-dessus 7°), quoique ces dernières, par leur génération dans des gangliuns plus ou moins éloignés (2, *b*) se rapprochent des hétéradéniques; quoiqu'elles leur ressemblent aussi en ce que, après avoir été enlevées, on en voit naître, dans la cicatrice, qui ont une structure semblable à celle de la première.

12° Les tumeurs hétéradéniques qui naissent ainsi, par perturbation de la propriété de génération que partagent tous les tissus, se produisent dans des régions diverses de l'économie, même celles absolument dépourvues de glandes. Selon leur siége, elles déterminent les mêmes troubles fonctionnels que les tumeurs décrites sous les noms de *cancer*, de *tubercule*, etc., soit par compression, soit en déterminant la résorption des tissus normaux et prenant leur place.

13° Dans le cas particulier qui nous occupe, bien que la structure générale des organes hétéradéniques anormaux soit celle des glandes en grappe, ou glandes à conduits excréteurs, ces derniers canaux ont toujours manqué jusqu'à présent. Ce fait n'a rien de surprenant, puisque l'anatomie montre que le tissu sécréteur des glandes offre une autre structure et d'autres propriétés que celui des canaux excréteurs ; puisque, d'autre part, l'embryogénie nous apprend que les modes de naissance de l'un et de l'autre sont différents, et que la génération du tissu qui sécrète précède celle du conduit qui excrète.

14° Il résulte encore de ces faits que la propriété que possèdent les éléments anatomiques, de naître chez l'adulte, est, comme chez l'embryon, connexe avec celle de présenter, dès cette origine, un arrangement réciproque, ou texture spéciale en rapport avec leur nature de tubes propres glandulaires, de cellules épithéliales ou autres, de fibre, etc. Nulle étude normale ou pathologique n'est complète, par conséquent, si, à l'étude des éléments anatomiques examinés d'abord en eux-mêmes, on ne joint celle de leur arrangement réciproque. L'omission de l'un ou de l'autre de ces points de vue anatomiques conduit à des erreurs également inévitables et d'une égale gravité.

15° La présence, dans les tissus parenchymateux anormaux hétéradéniques, d'un épithélium spécial et d'une gaîne propre amorphe homogène isolable, montre qu'il n'est pas un élément anatomique de l'adulte, ni un élément de l'embryon persistant chez l'adulte, dont on puisse, par métamorphose directe ou autrement, faire dériver ceux qui composent ces tissus.

16° L'observation montre que la génération de ces produits accidentels peut se continuer à la place qu'ils occupaient, ou avoir lieu ailleurs, aussi bien après une opération que si on ne la fait pas. C'est ce phénomène qui est connu sous le nom de *récidive*. Or, sa manifestation sur un tissu de structure aussi spéciale que le tissu hétéradénique, prouve nettement qu'on ne peut en tirer un caractère de classification, puisqu'il n'existe qu'à la condition qu'il aura été fait antérieurement une opération, et puisque ce caractère devient nul dès que la tumeur se montre dans un organe que le scalpel ne peut atteindre sur le vivant.

17° Des observations montrent aussi que ces produits ne naissant pas tous en même temps dans les diverses régions où on les trouve, on serait conduit, dans le cas d'une opération, à donner le nom de *tumeurs récidivées* à celles qui naissent les dernières, et qui portent le nom de *tumeurs multiples*, lorsqu'on n'a pas opéré les premières qui sont apparues.

18° Ces faits et ceux observés sur les autres tumeurs font voir que les propriétés de génération dans plusieurs points de l'économie, successivement ou simultanément, de nutrition énergique et de développement rapide (qui font que ces produits déterminent la résorption des tissus normaux dont ils prennent la place) sont, pour une même espèce, plus ou moins énergiques, selon la constitution individuelle et l'état général des sujets atteints.

19° Il en résulte, par conséquent, que les affections dites chirurgicales suivent à cet égard, qui en règle la gravité, les mêmes lois que les affections du ressort de la pathologie interne, caractérisées par un trouble dans la constitution intime des humeurs. En d'autres termes, ce n'est pas à tel ou tel élément anatomique qu'on doit attribuer la gravité ou la bénignité de la marche locale des tumeurs ou leur généralisation, et aucun d'eux, à cet égard, ne jouit de qualités spécialement nuisibles. C'est l'état de la constitution individuelle innée ou acquise, qui fait ici, comme pour la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, que tel ordre de lésion se manifeste plutôt que tel autre, et offre une gravité considérable ou nulle.

20° Enfin, il résulte de tous ces faits que les lois sont, au fond, de même ordre dans les affections des liquides et dans celles des solides, à l'égard de ce qui les fait dire bénignes ou malignes, et que les lois de la physiologie pathologique, comme celles de l'anatomie pathologique, sont unes dans les affections internes et dans les maladies chirurgicales ou externes ; principalement en ce qui concerne la genèse des produits accidentels par lesquels se manifeste l'état général de la constitution ou l'état de tel ou tel organe.

Ainsi l'examen des tissus morbides à l'aide du microscope, l'étude de leur composition élémentaire et de leur texture en un mot, lorsqu'elle est basée sur la connaissance des caractères correspondants des tissus normaux et du mode de développement de ceux-ci, ne valide point les classifications et les nomenclatures anatomo-pathologiques établies d'après les caractères extérieurs seulement. Elle conduit à des résultats tout autres, imprévus, parce qu'on ne pouvait les prévoir avant d'avoir fait l'examen de la réalité. En cherchant, d'après l'examen de la couleur, de la consistance, du mode de déchirure, et autres caractères visibles à l'œil nu, à deviner la nature intime, c'est-à-dire la composition anatomique élémentaire des tumeurs et les propriétés correspondantes qui ne peuvent être constatées qu'avec des instruments amplifiants et à tel ou tel grossissement déterminé, on n'est jamais tombé juste. L'expérience et l'observation montrent que les choses sont telles, que lors même qu'il y a désaccord dans l'interprétation des mêmes faits entre deux observateurs usant des moyens nouveaux, ceux qui en repoussent l'emploi ou au moins repoussent les résultats que ces derniers fournissent, n'ont pas lieu d'en conclure que l'un des deux antagonistes vient confirmer les résultats qu'eux-même croyaient avoir obtenus par un examen fait sans connaître la texture intime normale des organes, ni celle des produits morbides. On remarque, en effet, que l'observation directe peut seule donner une idée des résultats que fournit l'étude de cette structure intime, et que ceux qui croient les avoir devinés en anatomie pathologique sans les avoir vus, sans l'aide des moyens qui les font découvrir, ne sont jamais tombés juste sur ce qui est.

Du développement de la fièvre typhoïde chez les animaux, particulièrement chez les lièvres, par A. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Il est un certain nombre de maladies que l'on observent en même temps chez l'homme et chez quelques animaux. Les unes sont des maladies virulentes ou contagieuses, et elles se transmettent facilement des animaux à l'homme. La morve, le farcin, la rage, etc, sont des exemples connus de tous. Les autres, également susceptibles de se développer chez l'homme et les animaux, ne sont plus ni virulentes, ni contagieuses. Elles semblent le résultat de causes différentes, capables d'impressionner, de la même manière probablement, les uns et les autres. Les phlegmasies, les hémorrhagies, les hydropisies, et bien d'autres encore, peuvent être rangées dans cette catégorie.

Reste la classe des fièvres et des maladies pestilentielles. Ces affections que l'on ne peut rapporter à d'autre cause qu'à un principe inconnu dans sa nature, qu'à un miasme existant dans l'atmosphère et agissant sur l'organisme, peuvent-elles également se développer simultanément chez l'homme et les animaux? C'est encore une question très incertaine, et l'on doit accueillir avec intérêt tous les faits capables de l'éclairer.

Le choléra semble évidemment se développer chez les animaux comme chez l'homme; de nombreux faits le prouvent.

La fièvre typhoïde proprement dite, caractérisée anatomique-

ment par l'inflammation et l'ulcération des plaques de Peyer et des follicules isolés, peut-elle se développer chez les animaux comme chez l'homme ? C'est une question nouvelle et pour la solution de laquelle on manque de documents, au moins en ce qui concerne les lièvres.

J'ai eu occasion de constater sur trois lièvres qui m'avaient été envoyés des altérations dont l'examen m'a permis de conclure que ces lésions étaient absolument analogues à celles qui caractérisent anatomiquement la fièvre typhoïde chez l'homme. La description de ces faits m'a conduit à rédiger une note qui a été présentée à l'Institut par M. le professeur Moquin-Tandon. — Depuis, un quatrième et un cinquième fait sont venus en ma possession. Je vais donc reprendre ces documents divers pour offrir aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* l'état de la question, et pour appeler l'attention de tous sur des faits qui me semblent intéresser vivement la pathologie comparée et l'hygiène alimentaire.

Voici les faits :

Dans un parc clos, d'une étendue de 200 arpents, placé dans une position admirable, en amphithéâtre, sur le bord de la Seine, à huit lieues de Paris, existait, il y a trois ans à peine, une centaine de lièvres environ. Ces lièvres n'étaient pas chassés, on les conservait plutôt pour les rencontrer, les voir, que pour autre chose. Dans quelques points disséminés, mais circonscrits, de ce parc, existent aussi des lapins; mais le nombre n'en est pas considérable, et l'on n'a observé chez eux aucun fait analogue à ceux dont je vais donner l'histoire.

Voici ces faits :

Depuis trois années, on trouve de temps en temps sur le bord des chemins, dans les sentiers, etc., des lièvres morts. Ces lièvres sont maigres, efflanqués, leurs muscles sont émaciés, et font contraste avec leur abdomen qui est gros, saillant, ballonné et rempli d'un mélange de liquide et de gaz. Les jours qui précèdent ceux où on les trouve morts ainsi spontanément, on les rencontre se traînant avec peine, incapables de courir : on aurait pu facilement s'en emparer.

Depuis cette époque, la mortalité de ces animaux ne s'est pas arrêtée. Cette année, depuis octobre 1855, le nombre a été même beaucoup plus grand, et les propriétaires estiment qu'il en reste tout au plus une douzaine. Ce qu'il y a de singulier, c'est que ce parc est le centre d'une propriété de plus de 2000 arpents d'étendue (le Coudray, auprès de Corbeil, appartenant à M. Mainguet), dans lesquels existent un grand nombre de lièvres qui jouissent d'une santé parfaite, et qu'on chasse journellement. De plus, rien de semblable n'a jamais été observé sur les *lapins* renfermés dans le parc clos. On sait depuis longtemps, et je savais moi-même que les lièvres renfermés dans des parcs clos, même assez étendus, finissaient par disparaître. Ayant eu l'occasion d'aller au Coudray, on me fit part de cette mortalité qui, en trois ans, avait fait disparaître plus de cent lièvres, car on peut admettre que les cent lièvres primitifs s'étaient reproduits, et il en reste tout au plus une douzaine. Je pensai donc qu'il était curieux de rechercher la cause de cette mortalité, je demandai qu'on voulût bien m'envoyer quelques-uns de ces lièvres, ce que l'on fit avec une complaisance très grande. L'autopsie en fut pratiquée avec le plus grand soin, et je possède actuellement cinq faits qui ont été étudiés d'une manière complète.

En voici le résumé :

Ces lièvres, ainsi que je l'ai dit, sont maigres, efflanqués; l'abdomen ballonné et développé, les intestins distendus par un mélange de gaz et de liquide gris jaunâtre, au milieu duquel se trouvent quelques grumeaux d'un jaune clair, mais sans matière solide.

L'estomac était sain dans les cinq cas.

Chez quatre, on a examiné les intestins. Le premier de tous a offert d'autres altérations simultanées tellement intéressantes que l'examen de la membrane muqueuse n'a pas été fait. Je crois cependant, d'après l'identité des altérations trouvées ailleurs, que si l'on eût songé à ouvrir les intestins, on eût rencontré des altérations absolument semblables à celles des trois autres.

Voici quelles furent ces altérations; elles ont été identiques dans les trois cas.

Toutes les plaques de Peyer sont développées : on les trouve dans la moitié inférieure de l'intestin grêle; elles ont le caractère des plaques qui se développent, chez l'homme, dans la fièvre typhoïde, et que l'on appelle plaques réticulées, plaques molles. Elles sont légèrement saillantes, rouges, piquetées de points noirs, et la muqueuse qui les recouvre se laisse beaucoup plus facilement déchirer et enlever que la membrane qui les entoure et qui les sépare.

Sur un certain nombre de ces plaques, une vingtaine au moins chez chaque sujet, existent des ulcérations caractéristiques. Ces ulcérations tantôt couvrent une partie de la plaque, tantôt l'occupent tout entière. Elles sont toutes profondes, à fond rouge, grenu, inégal ; quelques-unes ont le péritoine pour base ; leurs bords sont rouges, anfractueux, taillés à pic dans quelques endroits, hypertrophiés dans d'autres.

Un certain nombre de follicules isolés sont développés, saillants, et quelques-uns d'entre eux sont le siége d'ulcérations petites, circulaires et profondes. La tunique péritonéale est injectée, et les injections présentent la forme arborescente. Le mésentère, surtout, est le siége d'arborisations vasculaires étendues. On y trouve des ganglions depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une très petite lentille. Ces ganglions sont rouges et friables.

Aucune altération n'existait dans le gros intestin.

Je n'ai parlé, jusqu'ici, que de quatre de ces animaux. C'est que, en effet, chez le cinquième, les lésions intestinales étaient et moins avancées et moins caractéristiques. Les plaques de Peyer étaient en effet légèrement développées, un peu saillantes et rouges, piquetées de noir ; mais sur aucune d'entre elles il n'existait d'ulcérations. Le mésentère était très fortement injecté, et les ganglions du volume d'un grain de chènevis et rouges. Je suis autorisé à rapprocher ce cas des précédents, et cela avec d'autant plus de raison, que les lésions pulmonaires étaient les mêmes.

Chez les cinq animaux, la partie postérieure des deux poumons, depuis le sommet jusqu'à la base, était infiltrée d'un sang liquide et noirâtre, et par conséquent le siége d'une hypérémie sanguine intense. Cette hypérémie sanguine était passée, dans plusieurs points, à l'état de véritable hémorrhagie, c'est-à-dire d'apoplexie pulmonaire. Le tissu était alors tellement infiltré de sang, qu'il était ramolli et en partie dilacéré.

Une autre altération que nous avons trouvée au milieu de ces points congestionnés et infiltrés de sang consistait dans des plaques blanchâtres, denses, qui rendaient le tissu pulmonaire imperméable dans ce point, et qui n'étaient autres que de la fibrine décolorée.

Chez quatre des cinq lièvres, il y avait une déchirure spontanée du tissu pulmonaire, déchirure spontanée communiquant avec la plèvre, qui contenait, dans la partie correspondante, des caillots sanguins.

Chez deux, la déchirure, stelliforme, radiée, siégeait à la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur du poumon droit ; chez un troisième, à gauche, et chez un quatrième à la partie supérieure du lobe inférieur. Ces déchirures étaient profondes, et correspondaient à la partie du tissu pulmonaire qui était le siége de l'apoplexie capillaire la plus avancée. Les caillots de sang épanchés dans la plèvre correspondante étaient mal formés, noirâtres, et assez semblables à de la gelée de groseilles mal cuite. Le cœur était, dans les cinq cas, assez volumineux, et contenait dans ses cavités droites et gauches des caillots sanguins, noirâtres, à demi fluides, et semblables à ceux que nous avions trouvés dans les plèvres.

Dans l'un de ces cinq cas, il y avait une déchirure spontanée et radiée de la paroi antérieure et inférieure du ventricule droit.

Le foie, chez ces cinq animaux, était gorgé d'un sang noir et fluide. Dans un seul cas, il était le siége d'une apoplexie sanguine qui occupait la partie la plus rapprochée de la face supérieure de cet organe. Le tissu du foie, infiltré de sang, était fortement ramolli, et il a suffi d'une traction légère pour le déchirer.

— Pour quiconque lira ces observations, il ne saurait y avoir aucun doute sur la nature de la maladie. Les lésions intestinales et mésentériques, l'altération si évidente du sang, la congestion pulmonaire, sont absolument analogues à ce qu'on trouve chez l'homme qui succombe à la fièvre typhoïde. Ces faits sont bien curieux, mais ils présentent bien des problèmes à résoudre.

D'abord, pourquoi ces déchirures spontanées des poumons infiltrés

de sang dans quatre cas, et cette déchirure spontanée du cœur dans un autre? Faut-il invoquer, pour expliquer ces faits, la nature même de l'animal que nous avons en vue? Ces lièvres, en effet, ont marché, ou peut-être même ont couru jusqu'au dernier instant. Or, n'a-t-il pu arriver que les efforts suprêmes qu'ils ont eu à déployer pour arriver à ce résultat aient amené précisément ces déchirures, qui se sont alors effectuées dans les points qui étaient le siége de l'apoplexie pulmonaire?

Maintenant, pourquoi cette maladie se développe-t-elle chez ces animaux? Un parc de deux cents arpents pour une centaine de lièvres offre une étendue bien considérable, et l'on n'a pas toujours observé de pareils accidents dans bien d'autres endroits clos moins étendus et contenant un nombre aussi grand, sinon plus considérable, de ces mêmes animaux.

La présence de lapins a-t-elle pu exercer une influence? C'est ce qu'il est difficile de dire. Je ferai observer, toutefois, que ces derniers ne sont pas extrêmement nombreux dans la localité que nous considérons, et qu'ils occupent des points bien délimités. En pareille circonstance, du reste, dans d'autres localités, on n'a rien observé de pareil.

Cette fièvre typhoïde s'est-elle développée chez ces animaux parce qu'elle se développait en même temps dans cette même localité chez l'homme? Rien de semblable ne saurait être invoqué ici. Le château est situé au milieu du parc, à une élévation assez grande au-dessus du niveau de la Seine, et il n'y a eu depuis trois ans aucun cas de fièvre typhoïde. Je dirai la même chose du village du Coudray, qui est placé à côté du château et où il n'y a eu aucune épidémie de fièvre typhoïde. On ne peut donc faire à cet égard que des conjectures.

Enfin, si ces animaux, avant de succomber, étaient venus à être chassés, tués et servis sur une table, aurait-il été prudent d'en manger? Si on leur applique les résultats que M. Renault a fait connaître relativement à l'innocuité de la viande cuite provenant d'animaux atteints de charbon et de pustule maligne, on pourrait conclure que la viande de ces lièvres ne possède aucune propriété nuisible. Malgré cela, je crois qu'il est préférable de s'en abstenir.

Avant de terminer, j'adresserai mes remercîments bien sincères à mon préparateur, M. le docteur Maurin, qui m'a puissamment aidé dans ces recherches anatomo-pathologiques, et au zèle et aux lumières duquel je ne saurais donner trop d'éloges.

III.

REVUE CLINIQUE.

CAS REMARQUABLES DE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

M. le docteur Bleynie (de Limoges) vient de publier un cas très intéressant de rétroversion utérine pendant la grossesse. Ce fait nous en a rappelé deux autres de date moins récente, mais non moins instructifs. Nous rapprochons ces trois observations, qui ont chacune un intérêt particulier.

Dissemblables par le résultat final, les deux faits les plus anciens offrent entre eux une conformité frappante sous le rapport de l'inefficacité des moyens mis en œuvre pour opérer la réduction. Les circonstances néanmoins paraissaient des plus favorables, vu l'ensemble de conseils éclairés, de soins assidus, dont les malades furent entourées. C'est également un trait commun aux deux faits, que l'aggravation des accidents immédiatement après les essais tentés sous l'influence du chloroforme. A ce point de vue, l'enseignement résultant de ce double échec tend à circonscrire l'effet résolutif de l'anesthésie aux cas où la contraction musculaire joue un rôle plus actif (comme dans les luxations). Ici où l'enclavement mécanique est le phénomène culminant, on comprend que la sédation du système nerveux ne puisse avoir le même avantage.

Obs. I. — Jane Ward entra, le 17 novembre 1854, à l'hôpital de Westminster, dans le service de M. de Bartoolme. Agée de vingt ans, d'une complexion faible et délicate, elle a eu deux enfants, le dernier il y a un an. Depuis sa dernière couche, la menstruation a manqué, et elle croit être, maintenant, enceinte de quatre à cinq mois.

Il y a environ quinze jours, elle sentit subitement une vive douleur dans l'abdomen, voulut uriner, mais ne put y parvenir. Lors de son admission, l'abdomen était tuméfié, piriforme, et donnait la sensation évidente de fluctuation.

En explorant le vagin, on ne trouva pas l'orifice utérin; mais on sentit le col et le corps de l'organe faisant saillie vers le promontoire. Par le rectum, on rencontrait une tumeur globuleuse occupant le cul-de sac recto-vaginal, résistant à l'effort qu'on exerçait avec deux doigts pour la déplacer. C'est dans cette tumeur que le toucher rectal et le toucher abdominal combinés parvenaient à localiser la fluctuation. Le cathétérisme évacua cinq litres d'une urine sanguinolente, ce qui occasionna un grand soulagement et diminua le volume de l'abdomen.

Cependant, peu d'heures après, il commença à se développer des douleurs torturantes (*agonizing pain*) dans le ventre. Insomnie; pouls à 140, petit et faible.

Le lendemain, 18 novembre, même état; l'urine n'a pas changé de caractère.

Le 21, avant d'essayer la réduction (car on avait diagnostiqué une rétroversion de l'utérus à quatre mois de grossesse), on évacua l'intestin à l'aide d'un lavement donné avec le tube de O'Burn. Il y eut des selles copieuses.

Le 22, nuit meilleure. Pour évacuer toute l'urine, il fallut employer une sonde d'homme, celle de femme n'étant pas assez longue. La malade étant chloroformisée, M. Barber, avec la main entière introduite dans le rectum, repoussa si complétement l'utérus, que cet organe fut senti au-dessus de la symphyse du pubis, et que la main passa librement au-devant du promontoire. Mais, à mesure que l'effet du chloroforme cessa, l'ancienne déviation se rétablit. On ne voulut pas insister sur les tentatives de réduction, à cause de l'épuisement de la patiente.

Peu à peu, l'urine fut trouvée plus âcre. Il devint difficile de l'évacuer, à cause de nombreux tractus fibrineux obstruant la cavité de l'instrument. L'abdomen devint gonflé et tympanitique. Plus tard, des vomissements éclatèrent, accompagnés d'une douleur aiguë dans l'abdomen. La mort eut lieu le 10 décembre.

Autopsie. — La masse intestinale était unie aux parois abdominales et à la surface de la vessie, par des adhérences de date récente. Le fond de la vessie s'étendait jusqu'au niveau de l'ombilic; ses parois étaient épaissies, d'une coloration grisâtre, et d'une consistance molle. Sa muqueuse était recouverte d'une fausse membrane d'un quart de pouce d'épaisseur. Le viscère adhérait à la partie antéro-inférieure de la paroi utérine.

On reconnut l'utérus comme plongé en arrière, et fermement enclavé dans la cavité pelvienne. Il fallut une force considérable pour l'extraire de sa situation anormale. Dès que cette réduction eut lieu, la tuméfaction que, durant la vie, on avait constatée à la paroi postérieure du vagin, disparut; et l'orifice ainsi que le col utérin revinrent à leur position naturelle. Les uretères avaient une capacité trois ou quatre fois supérieure à celle de l'état normal; les bassinets et les reins offraient une dilatation proportionnée. Cependant le tissu des reins présentait la structure naturelle. Dans l'utérus, on trouva un fœtus d'environ quatre mois. (*Medical Times and Gazette*, 21 avril 1855, p. 387.)

Dans le cas qui va suivre, la nature, secondée avec une égale sagesse, mais avec un insuccès égal, par l'art, a par ses seuls efforts, imités de ceux qui marquent souvent la terminaison des grossesses extra-utérines, mis une fin aussi

heureuse qu'inattendue à des accidents dont, *à priori*, la gravité paraissait au-dessus de toute ressource.

Obs. II. — Une femme de Troyes, mère de famille, eut, au début de sa grossesse, une rétroversion de l'utérus. En mars 1851, M. Guichard, assisté de M. J. Hervey, fit une tentative de réduction, soutenue par l'influence chloroformique ; mais, malgré des manœuvres réitérées, la déviation persista. La force avait été poussée, bien qu'avec des gradations sagement ménagées, jusqu'à un degré considérable.

Dans la soirée même, il survint des vomissements avec ballonnement du ventre, douleurs excessives, sueurs froides, facies grippé, pouls petit, défaillant. Le danger devint extrême ; un traitement actif le conjura pour l'instant.

Toutefois, le développement de l'utérus continuant, les fonctions des organes voisins s'entravèrent progressivement. Une tumeur saillante occupait le côté gauche du bas-ventre. Sensation intolérable de pression sur l'anus, douleurs violentes.

L'embryon vivant, on ne pouvait songer à la ponction. On n'osa pas non plus, vu l'insuccès des premiers essais, tenter de nouveau la réduction.

En avril, il y eut évacuation d'un liquide analogue à celui de l'amnios. Un travail d'expulsion semblait se préparer, mais il n'eut aucune suite.

En juin, le développement du fœtus parut s'arrêter. Le ventre était moins tuméfié, les douleurs plus faibles. Il s'établit alors de la diarrhée, puis un flux utérin, fétide, ichoreux, qui dura huit jours.

Sortie, non sans peine, de cet état critique, la malade put se remettre ; elle put reprendre ses occupations domestiques.

Deux mois et demi après, à la suite d'un effort fait en levant les bras, cette femme sentit une pesanteur plus forte sur l'anus. Elle rendit du pus et un petit os. Au milieu de boutons hémorrhoïdaux à la marge de l'anus, M. Guichard trouva la moitié d'un coronal de fœtus de trois mois et demi à quatre mois. Il parvint à l'extraire. En touchant par l'anus, le doigt arriva à une ouverture placée à la partie antérieure de l'intestin, et qui le faisait communiquer avec une cavité où l'on sentait la crépitation de petits os au milieu d'un magma de détritus. La patiente ne voulut pas permettre que l'on procédât à leur extraction. Ultérieurement, un humérus sortit encore, et du pus fut aussi évacué.

Aujourd'hui, au bout de deux ans et demi, cette femme a repris ses travaux et ses courses. Sa santé est bonne ; elle éprouve seulement quelques douleurs à l'époque des règles. L'utérus est revenu à sa position normale. Le museau de tanche est fermé ; mais le corps de l'utérus paraît encore développé.

La présence de ces débris de fœtus dans la cavité utérine est probablement la cause de l'état de stérilité qui persiste depuis lors. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 avril 1855, p. 209.)

Le troisième cas, celui de M. Bleynie, forme avec les précédents un contraste frappant et fait connaître en même temps un moyen ingénieux d'opérer la réduction. Deux tentatives de réduction à l'aide de la main ayant échoué, à cause de l'obstacle opposé à l'introduction de la main par la rigidité des parties, l'opérateur eut l'heureuse idée, bientôt couronnée de succès, de se servir du levier obstétrical convenablement garni, qui constitue par sa conformation un instrument bien disposé pour l'introduction dans les parties et pour la manœuvre à exécuter, laquelle consiste à refouler le fond de l'utérus au-dessus du promontoire en lui faisant décrire une courbe parallèle à celle de la face antérieure du sacrum. En présence de ces tentatives de réduction essayées d'emblée, nous devons rappeler que des praticiens d'une expérience éprouvée témoignent de la plus vive répugnance à toutes ces tentatives de réduction à l'aide de la main ou d'instruments enfoncés dans le vagin ou dans le rectum (tentatives qui ont toujours dans leur action quelque chose de violent), et soutiennent que, en vidant régulièrement la vessie, la réduction s'opère spontanément par le seul fait de l'évolution de la grossesse. On ne peut disconvenir que le succès ne suive souvent cette pratique, et que les efforts de réduction qui interviennent au moment même où des accidents inflammatoires se sont manifestés, sous l'influence de la rétention prolongée des urines et des fèces, ne soient fréquemment la cause d'une métro-péritonite grave, même dans le cas où la réduction est obtenue. Il est donc prudent de pousser l'expectation aussi loin que possible, et, en tout cas, d'agir avec ménagement.

Voici l'observation de M. Bleynie :

Obs. III. — Le 30 mai 1854, la fille N... a fait à pied 12 kilomètres pour venir consulter à Limoges M. le docteur Bleynie.

Agée de trente-cinq ans, n'ayant jamais eu d'enfant, elle a eu ses règles pour la dernière fois, mais beaucoup moins abondantes que d'habitude, à la fin du mois de mars dernier.

Le 30 avril suivant, au retour d'un voyage de 30 kilomètres fait à pied, dans la même journée, cette fille éprouva une grande fatigue dans la région sacrée, fatigue qui depuis lors ne s'est pas dissipée. Les selles sont devenues difficiles. L'émission des urines n'a pas été modifiée.

« Le toucher vaginal, dit l'auteur, me fait constater une rétroversion de l'utérus. L'indicateur atteint facilement le museau de tanche appliqué contre la symphyse pubienne. L'utérus est développé comme à trois mois de grossesse. Il est mobile.

» La fille N... devant s'en retourner chez elle à pied, je ne fais aucune tentative de redressement.

» Le lendemain je me rends au domicile de la malade. Là, après avoir débarrassé la vessie d'une petite quantité d'urine, je fais mettre la femme sur les genoux et les coudes, et j'essaie de redresser la matrice : à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et portés sur la face postérieure de l'organe, je cherche également à accrocher le col, soit isolément, soit concurremment avec la manœuvre précédente. Mes tentatives restent sans résultat. — Je fais de vains efforts pour introduire la main entière dans le vagin. L'indocilité de la malade, mais surtout la rigidité des parties, s'y opposent invinciblement.

» Je me retire en conseillant des bains, des lavements, le repos horizontal.

» Sept jours après, le 6 juin, je reviens auprès de la malade. Elle n'a pas gardé le repos ; elle souffre beaucoup des reins, et ne peut plus se tenir debout. Elle ne peut ni aller à la selle ni uriner. La vessie est considérablement distendue par l'urine, qui s'en échappe par regorgement. J'en fais écouler, à l'aide de la sonde, un litre et demi.

» L'utérus est rétroversé à l'extrême ; son fond est dirigé en arrière et en bas ; le museau de tanche est au-dessus de la symphyse des pubis, où le doigt indicateur ne l'atteint qu'avec peine.

» Je renouvelle, mais inutilement, mes tentatives précédentes.

» Alors j'ai recours au levier obstétrical, dont j'avais eu soin de me munir, et dont j'avais matelassé la cuiller avec du coton cardé que j'avais particulièrement tassé en tampon à son extrémité.

» Après avoir placé la femme comme pour la version, et avoir introduit l'instrument dans le vagin, comme une branche de forceps, j'ai d'abord porté la cuiller en arrière, ensuite en haut, de manière à longer la concavité du sacrum, et à refouler ainsi le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral. Lorsque j'ai présumé, par la profondeur où j'étais arrivé, que ce premier but était atteint, j'ai imprimé au levier un mouvement de bascule tendant à porter le fond de l'utérus au-dessus et en avant du promontoire.

» L'utérus est redressé ; le museau de tanche est dirigé directement en bas. L'organe est aussi élevé qu'à cinq mois de grossesse.

» Repos au lit ; décubitus sur le côté et un peu sur le ventre ; cathétérisme jusqu'au retour de la contractilité de la vessie ; lavements émollients.

» Au bout de trois jours, l'emploi de la sonde est devenu inutile. L'utérus conserve sa bonne position.

» Le 2 juillet, vingt-six jours après l'opération, la fille N... est venue me voir. Elle a fait la route en voiture. Elle se porte bien : l'utérus ne s'est pas déplacé ; la grossesse suit son cours. — Cette fille n'a gardé le lit que huit jours après le redressement de sa matrice. » (*Bulletin de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, 1855, p. 61.) P. DIDAY.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Traitement de l'odontalgie.

Houillères de Ronchamp (Haute-Saône), le 30 janvier 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, (p. 61), que M. le professeur Malmsten, de Stockholm, a employé avec succès le chloroforme introduit dans le conduit auditif externe dans un cas d'otalgie très douloureuse. Il est un autre genre de souffrances dans lesquelles mille fois le chloroforme introduit dans l'oreille m'a rendu service, et plusieurs de mes confrères l'emploient tous les jours avec le même succès. Je veux parler des maux de dents.

Dans les maux de dents, je me contente d'imbiber de chloroforme un bourrelet de coton ouaté et de l'introduire dans l'oreille du côté où se trouve la dent malade. L'action est instantanée et le patient interrogé répond immédiatement que toute douleur est enlevée et qu'il est guéri. Quelquefois cependant la douleur n'est que diminuée et rendue plus supportable. Dans ces cas j'ai voulu rechercher pourquoi le succès est incomplet, et d'abord j'ai cru en avoir trouvé la raison dans la disposition des nerfs dentaires. J'ai été bientôt détrompé, et j'ai dû reconnaître que les douleurs des dents molaires sont également influencées, que celles-ci appartiennent à la mâchoire supérieure ou à la mâchoire inférieure. J'ai moins d'expérience pour ce qui concerne les incisives ou les canines, pour les douleurs desquelles je suis plus rarement consulté. C'est quand la douleur est accompagnée d'inflammation de l'alvéole que le succès a été le plus souvent incomplet ; mais dans ces cas encore le chloroforme a toujours soulagé.

Le bourrelet imbibé d'une ou deux gouttes de chloroforme seulement produit toujours dans le conduit auditif une sensation de chaleur assez vive, mais qui n'est jamais insupportable. Jamais non plus, que je sache, le chloroforme employé ainsi n'a donné lieu au moindre accident. Je ne l'ai jamais instillé directement dans l'oreille, et j'aime à croire que si M. Malmsten a introduit 12 gouttes dans celle d'une petite fille, ce n'a été que successivement et pour reproduire l'anesthésie locale quand la douleur se réveillait. C'est ainsi que je fais aussi, car le calme produit par le chloroforme n'est pas toujours de longue durée, et le retour de la douleur réclame une réapplication du remède. Après quelques applications, la douleur lassée par la persistance avec laquelle on la combat, finit le plus souvent par disparaître sans retour. Les cas où il y a inflammation ne font pas exception. Quand la douleur a disparu, l'inflammation entre en résolution, ce qui confirme ce précepte de notre cher et savant maître M. le professeur Forget : « Enlevez un des éléments d'une maladie, souvent vous guérissez la maladie elle-même. »

Docteur SIMON,
Lauréat de l'Université, médecin des houillères de Ronchamp.

Dieuze, 17 février 1856.

Très honoré confrère,

En appelant l'attention des médecins sur un mode d'application du nitrate d'argent au traitement des fissures à l'anus (*Gazette hebdomadaire* du 15 février), M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) oublie que j'ai publié, le 22 décembre 1853, dans le n° 151, page 608 de la *Gazette des hôpitaux*, une note sur *la nature de la fissure à l'anus*, et sur *son traitement par la pommade au nitrate d'argent*.

Pour réparer une omission qui a son importance, je viens vous prier de vouloir bien insérer cette courte indication bibliographique dans un prochain numéro de votre estimable journal. *Suum cuique.*

E. A. ANCELON, D. M.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Innocuité du phosphore amorphe ; réclamation de priorité adressée par M.* A. Chevallier, *à l'occasion d'une note récente de MM.* Orfila *et* Rigout. — L'auteur rappelle que, dans la séance du 9 octobre 1855, il a présenté à l'Académie des sciences un rapport fait à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Caussé (d'Alby), rapport dans lequel il établissait : 1° l'innocuité du phosphore amorphe, constatée dès 1850 par M. Bussy, et plus récemment, à l'École d'Alfort, par MM. Lassaigne et Raynal ; 2° l'avantage qu'il y aurait à substituer le phosphore amorphe au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques, non-seulement dans le but de prévenir bien des tentatives d'empoisonnement, mais encore pour soustraire les ouvriers à la nécrose et aux accidents souvent mortels que peut déterminer le phosphore rouge.

Enfin, M. Chevallier rappelle qu'en mars 1855, M. Caussé (d'Alby), en collaboration avec son fils, adressa à l'Académie des sciences une brochure ayant pour titre : « Considérations générales sur l'empoisonnement par le phosphore et par les allumettes chimiques. » (*Renvoi à la commission nommée* pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout.)

MÉDECINE. — Dans une lettre adressée à l'Académie, M. *de Paravey* donne une interprétation nouvelle au nom de *Pléiades*, sous lequel était désigné le livre de Paul d'Égine. Il pense que ce nom est une allusion plutôt à la Grande ourse qu'à la constellation des *Pléiades* ; et son opinion est fondée sur ce qu'encore aujourd'hui, en Chine, la Grande ourse est appelée *Ko*, c'est-à-dire la constellation des médecins et des chirurgiens.

RÉCLAMATION. — M. *Brown-Séquard* signale une erreur qui le concerne dans le *compte rendu* de la séance du 3 décembre dernier. Il avait prié l'Académie de le considérer comme candidat pour la chaire de médecine vacante au Collége de France. On a indiqué par erreur sa candidature comme étant pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de la guerre envoie à l'Académie un exemplaire du tome XVI de la 2e série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de la Lozère. (*Commission de vaccine.*)

3° Communications de : — *a.* M. *Puech*, chirurgien chef interne des hôpitaux de Toulon (Anatomie d'un monstre double appartenant à la fois aux genres dercodyme, déreneéphale et uromèle). (*Comm.:* MM. Depaul et Desportes.) — *b.* M. le docteur *Castellani*, de Bolghevi (Toscane) (Observation d'un cas intéressant de monstruosité). (*Comm.:* MM. Depaul et Desportes.) — *c.* M. le docteur *Boulu* (Deuxième supplément au mémoire sur le traitement des adénites cervicales par un nouveau procédé d'électro-puncture pratiquée au moyen d'un séton métallique. (*Commission déjà nommée.*)

M. *Mercier* communique un travail sur un *Nouveau procédé de cathétérisme dans les cas de tumeurs prostatiques et de valvules du col de la vessie compliquées de fausses routes.* L'auteur rappelle que ces cas sont extrêmement embarrassants, qu'il a déjà proposé sa sonde coudée en 1840, et plus tard la même sonde avec une seconde courbure à 3 centimètres de la première. Mais, ajoute-t-il, ces

deux instruments, et le dernier surtout, ne sont entre les mains que d'un très petit nombre de praticiens, et je crois faire une chose utile en publiant le procédé suivant qui m'a déjà plusieurs fois réussi.

J'avais un jour à franchir un obstacle existant derrière le col de la vessie (il ne s'en trouve jamais en avant), et dans lequel une fausse route avait été faite précédemment par une algalie de trousse; je me servais d'une sonde Mayor volumineuse, espérant qu'en raison de sa grosseur elle passerait au-devant de la fausse route sans y pénétrer. Vain espoir! la déchirure ou la mollesse des tissus étaient telles qu'il me fut impossible de soulever la saillie prostatique sans m'engager dans le pertuis accidentel. Voici l'idée qui me vint à l'esprit.

On sait que les sondes d'étain n'ont qu'un œil sur leur concavité, à 12 ou 15 millimètres de leur extrémité, et que cette extrémité est pleine, sans cul-de-sac. Avec un canif, je façonnai le bord terminal de l'œil de manière que le canal vînt aboutir à cet orifice par un plan incliné aussi doux que possible. J'introduisis alors l'instrument; son bec s'engagea dans la fausse route, comme dans mes tentatives primitives; mais, après l'avoir retiré de quelques millimètres, j'introduisis dans son canal une petite sonde de gomme élastique très flexible, et immédiatement je vis avec bonheur mes prévisions se réaliser. L'extrémité de celle-ci, arrivée à l'œil de la sonde métallique, glissa sur le plan incliné qu'elle lui présentait, sortit sur sa concavité, et, soit à cause de la direction en avant qu'elle était forcée de prendre, soit parce que la fausse route était remplie par le bec de l'instrument métallique, soit pour ces deux causes réunies, elle pénétra dans la vessie, donna issue à l'urine, et, du moment que la distension eut cessé, l'introduction d'une autre sonde élastique plus volumineuse se fit sans difficulté par le procédé ordinaire. (*Commissaire :* M. Ségalas.)

— M. le *Président* fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur *Richond des Brus*, membre correspondant.

M. *Danyau* prend la parole à l'occasion du procès-verbal Il vient ajouter quelques renseignements à ceux qui ont été fournis dans la dernière séance par MM. Dubois, Moreau et Velpeau, relativement à la *prétendue* épidémie de fièvre puerpérale. Une portion des salles de la *Maternité* est demeurée fermée depuis le commencement de septembre jusqu'à la moitié de décembre; et ça été l'origine des bruits sinistres qui ont circulé dans Paris. Mais ces craintes étaient mal fondées, puisque les salles de la Maternité, provisoirement fermées pour des réparations urgentes, ont été précisément rouvertes à l'époque où les bruits d'épidémie commençaient à se répandre dans le public. Or, jamais l'état sanitaire de la Maternité ne s'est montré plus satisfaisant; et c'est sans doute aux travaux qui viennent d'être exécutés qu'il faut attribuer ce résultat. En soixante-six jours, 516 femmes sont accouchées dans cet hôpital, et 10 seulement ont succombé, pendant cette période de l'année qui est d'ordinaire la plus meurtrière. Une est morte d'hémorrhagies multiples se rattachant à un état de cachexie profonde; une autre, des suites d'une phthisie pulmonaire avancée; une troisième, d'une péritonite suraiguë par perforation; six autres de péritonite franche : une seule a succombé à des accidents de fièvre puerpérale. Cela donne par conséquent, en moyenne, par mois, 1 décès sur 65 femmes accouchées. Y a-t-il là quelque chose qui ressemble à une épidémie?

M. *Moreau* félicite M. Danyau de l'amélioration remarquable qu'il vient de signaler dans l'état sanitaire de la Maternité. Antérieurement aux travaux qui viennent de s'accomplir, la mortalité des femmes en couches dans cet hôpital était de 5 ou 6 pour 100 dans les meilleures années, et de 10, 12 et même 15 pour 100 dans les années moins favorables.

M. *Depaul* signale à son tour l'état sanitaire de la *clinique d'accouchements*, qui est on ne peut plus satisfaisant. Depuis le commencement de février qu'il est chargé de ce service, il y a eu 49 accouchements et 3 décès. Une seule femme est morte de fièvre puerpérale; les deux autres ont succombé à des accidents d'une autre nature.

Lectures et Mémoires.

CHIMIE MÉDICALE. — M. *Chevallier* donne lecture d'un rapport sur la première partie d'un mémoire de M. *Gobley* concernant les *champignons vénéneux*. Après une analyse succincte du travail de M. Gobley, le rapporteur résume sommairement le résultat des expériences entreprises par la commission pour vérifier les faits annoncés par M. Gobley. L'analyse chimique du champignon de couche, exécutée par la commission, est entièrement conforme à celle de l'auteur du mémoire. Elle décèle, comme l'avait annoncé M. Gobley, la présence de la *mannite* et d'un principe jusqu'alors inconnu, et auquel ce chimiste a donné le nom d'*agaricine*.

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de renvoyer son travail au comité de publication. (*Adopté.*)

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — M. *Renault* : Le typhus contagieux peut-il prendre naissance *spontanément* sur les bêtes bovines étrangères à la race des steppes?

Deux opinions sont en présence :

L'une, qui, assignant à cette maladie des causes générales existant ou pouvant se produire partout, professe qu'il suffit que ces causes agissent sur le bétail, n'importe dans quel pays, n'importe sur quelle race, pour que le typhus s'y développe. Dans ce système, cette maladie n'a pas de lieu d'origine spécial et exclusif; elle peut naître tout aussi bien en France, en Angleterre, en Hollande, que dans les steppes et sur les bœufs de la Russie méridionale et de la Hongrie. On reconnaît bien que les animaux de ces dernières contrées en sont plus souvent affectés que les autres; mais on n'admet pas que ce soit en vertu d'une aptitude spéciale qu'ils auraient seuls à la contracter originairement.

C'est cette opinion que je vais chercher à combattre et à renverser dans ce mémoire, pour lui en substituer une autre qui me paraît plus conforme à la vérité, à la saine observation.

L'opinion contre laquelle je m'élève, et contre laquelle aussi l'Allemagne tout entière a protesté avec énergie, a été plus particulièrement répandue et accréditée par les vétérinaires français, par Darboval, Rodet, Vatel, Gellé, M. Huzard fils et surtout M. Delafond.

M. Renault reproduit textuellement le passage du travail de M. Delafond qui résume cette doctrine, suivant lui, erronée et dangereuse (*Police sanitaire*. Paris, 1838, p. 159 et suivantes, 338 et 339). D'après M. Delafond, le *typhus contagieux* serait une conséquence constante de la guerre, où qu'elle se fasse, et il sévirait inévitablement sur les animaux des parcs d'approvisionnement qui suivent les armées, d'où que proviennent ces animaux.

Mais on cherche en vain, dans l'ouvrage précité, des faits, des observations de nature à justifier et faire accepter cette doctrine si absolument formulée.

M. Renault passe successivement en revue et discute les faits invoqués par Rodet, Gellé et M. Carlo Lessona (de Turin), à l'appui de cette opinion.

Les observations citées par M. le professeur Lafore (de Toulouse) et par M. Gellé ne se rapportent nullement au typhus contagieux. M. Renault les met donc hors de cause.

Le typhus contagieux a régné, de 1795 à 1798, sur les bestiaux des parcs d'approvisionnements de nos armées du Rhin, qui l'ont propagé dans les parties de nos départements de l'est dans lesquelles ils ont passé ou séjourné. Tandis que, suivant quelques-uns, ce serait là un frappant exemple du développement *spontané* du typhus sur des animaux étrangers aux steppes, M. Renault démontre que cette maladie avait été apportée sur les bords du Rhin, et y était entretenue par le passage continuel soit des troupeaux de bœufs hongrois qui traversaient ces pays pour se rendre aux armées autrichiennes du Rhin, soit par le passage des troupes qui traînaient avec elles leurs parcs infectés; de sorte que l'épizootie typhoïde observée en 1796, 1797, 1798 et 1799 dans notre armée et dans nos départements de l'est, fournit un exemple de plus pour prouver que jamais le typhus n'a sévi sur nos bestiaux qu'alors que, directement ou indirectement, ils ont communiqué ou ont eu

des rapports soit avec des bestiaux hongrois ou russes atteints de cette maladie, soit avec des bestiaux d'autres races primitivement infectés par ceux-ci.

C'est ainsi que, pendant les années 1793, 1794 et 1795, les armées autrichiennes successivement envoyées dans le Tyrol, la Lombardie, les États sardes, dans le grand-duché de Hesse-Darmstadt et de Nassau, dans la Bavière, le Wurtemberg et le grand-duché de Bade portent avec elles l'affection contagieuse et la laissent dans toutes les provinces qu'elles traversent. Bientôt les armées de Jourdan et de Pichegru sont atteintes elles-mêmes par le fléau. N'avait-il pas, pour y pénétrer, les mille voies diverses que lui ouvraient le contact, les rapports incessants des troupes françaises avec les armées et les contrées allemandes infectées de la maladie?

Le professeur Rodet a décrit encore, comme exemple du typhus contagieux *spontané* chez les animaux étrangers aux steppes, l'épizootie qui a régné en 1807 sur les bœufs de la Prusse orientale, notamment dans la principauté de Dautzick. Rodet attribue cette épizootie à la grande pénurie d'aliments, à l'épuisement des bestiaux, à leurs fatigues excessives et à l'infection résultant de la putréfaction cadavérique des animaux morts.

M. Renault pense, au contraire, que le typhus avait été importé dans la Lithuanie, la Pologne et la Prusse orientale, dès l'année 1805, par les convois de bœufs des steppes qui forment toujours les approvisionnements en viande des armées russes, et qui, à cette époque, étaient encore la source principale où puisait le gouvernement prussien pour alimenter ses armées. Cette cause n'eût-elle pas existé, la contagion aurait encore été importée dans l'armée française par les bœufs des mêmes contrées, que ses pourvoyeurs trouvaient moyen d'y amener en les faisant venir par fraude de la Galicie.

Quant à l'épizootie de typhus contagieux qui, suivant Rodet, se serait manifestée en 1810 dans les environs de Madrid, M. Renault est convaincu que ce savant vétérinaire s'est complétement trompé sur la nature de la maladie.

M. le professeur Lessona a cité, avec plus de vérité, l'épizootie qui a sévi sur le gros bétail en Égypte, de 1841 à 1844, et qui a enlevé plus de 400,000 animaux.

Mais il résulte de documents officiels rapportés par M. Renault, que ce n'est pas sur les bœufs de l'Égypte que le typhus contagieux de 1841 à 1844 a pris naissance: c'est sur les bêtes bovines achetées en Syrie et en Turquie. Ce n'est pas même pendant la traversée que le mal s'est déclaré sur ces animaux; c'est en Syrie, avant leur embarquement. Or, tous ces bestiaux venaient de l'Anatolie, de la Karamanie, de la Roumélie, des bords du Danube et de la Moldavie. Presque tous appartenaient donc à la race des steppes.

Tels sont les seuls faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'origine possible du typhus contagieux sur les animaux étrangers aux steppes.

MM. Delafond et Lessona nous mettent au défi de citer un seul cas où les bœufs (français ou autres) étrangers aux steppes, réunis, agglomérés en troupes nombreuses, exposés aux intempéries, aux privations, aux fatigues, à la misère, comme l'ont été ceux que traînaient à leur suite les armées allemandes, n'aient pas contracté le typhus contagieux sous l'influence de ces conditions!

J'ai, reprend M. Renault, interrogé l'histoire de tous les pays de l'Europe sur tout ce qui, directement ou indirectement, pourrait avoir trait au typhus contagieux; j'ai demandé aux personnes les plus compétentes et les mieux placées de ces divers pays, quelles y avaient été les coïncidences, les rapports prochains ou éloignés entre les guerres auxquelles ils avaient pris part depuis plus d'un siècle, et les épizooties qui avaient frappé leurs bestiaux; et il résulte de documents très précis qui m'ont été transmis de presque tous les États auxquels je me suis adressé, que, quels qu'aient été les déplacements de troupes, les masses d'hommes et de bestiaux mis en mouvement par la guerre, *jamais* le typhus contagieux ne s'était montré dans les parcs d'approvisionnements de bœufs des armées, quand ces parcs ne se recrutaient pas en totalité ou en partie dans la race des steppes russes ou hongroises, et quand les bestiaux qui les composaient n'avaient pas eu de rapports avec des animaux de ces races atteints de cette maladie, ou avec d'autres infectés par eux; tandis qu'il n'est pas une guerre un peu importante à laquelle ait pris part la Russie ou l'Autriche, sans que, la campagne à peine commencée, on ait vu le typhus apparaître et faire de grands ravages parmi leurs troupeaux d'approvisionnements.

S'il est vrai que ce ne soient pas seulement les bœufs de la race des steppes sur lesquels le typhus prend naissance, que l'on cite une seule guerre où des bœufs français, hollandais, espagnols, piémontais, anglais, etc., si exténués par les privations ou la mauvaise nourriture, si harassés, si épuisés par les fatigues, si agglomérés qu'ils aient pu être, parmi lesquels se soit manifesté le vrai typhus contagieux, s'ils n'ont pas eu de rapports préalables avec des animaux ou des lieux infectés par cette maladie?

De 1800 à 1814, tant que nos armées n'ont pas quitté la France ou les pays limitrophes de la France, tant qu'elles n'ont pas été en contact avec les armées de la Russie ou de l'Autriche, ont-elles vu leurs parcs d'approvisionnements ravagés par le typhus?

A partir de 1801 les armées autrichiennes s'éloignent des bords du Rhin, et le typhus disparaît avec elles. En 1813, l'épizootie pénètre de nouveau dans la confédération germanique avec les armées autrichiennes et russes; et l'année suivante, lorsque la France fut envahie à son tour, les nombreux convois de bœufs que les Prussiens, les Russes et les Autrichiens traînaient à leur suite importèrent chez nous ce typhus qui nous enleva tant de bestiaux, qui ne se montra que là où passèrent les étrangers, et qui cessa lorsque leurs armées eurent quitté le sol français.

Pendant les guerres d'Espagne, de 1808 à 1814, on n'observo pas un seul cas de typhus dans les parcs des armées françaises, espagoles et anglaises.

Rien ne peut donner une idée des mauvaises conditions dans lesquelles étaient placés les bestiaux qui servaient à l'approvisionnement de nos colonnes expéditionnaires pendant les dix ou douze premières années de notre campagne d'Afrique. Or, une enquête spéciale faite avec le plus grand soin, en 1845, dans toute l'étendue de nos possessions d'Algérie a établi avec la dernière évidence que, à aucune époque depuis l'origine de la conquête, aucun cas de cette affection n'avait été constaté sur ces animaux accablés et décimés pourtant par tant d'autres maladies.

Il est aujourd'hui prfaitement reconnu que la manifestation du typhus qui a lieu si souvent dans les temps de paix, soit en Russie, soit aux frontières russes de la Pologne et de l'Allemagne, sur les bœufs des steppes qui y sont amenés pour la boucherie ou sur ceux affectés aux transports, a généralement pour causes déterminantes principales, les intempéries, les fatigues et les privations auxquelles sont exposés ces animaux dépaysés sur les longues routes qu'ils parcourent.

Aussi s'est-on emparé de ce fait pour attribuer à ces circonstances exclusivement le développement de la maladie sur ces animaux et pour affirmer que si les bêtes bovines des autres pays avaient de pareilles distances à franchir, dans des conditions de régime, d'agglomération et de fatigues aussi difficiles, elles contracteraient aussi le typhus contagieux.

Pour prouver que cette assertion est sans fondement, M. Renault donne lecture du passage d'une lettre de M. Prince, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse, dans laquelle ce savant vétérinaire trace le tableau des fatigues, des privations, des rigueurs de toute espèce auxquelles sont assujettis les convois de bestiaux qui, du fond de la Nubie supérieure, s'acheminent vers l'Égypte.

« La maladie qui sévit le plus souvent sur ces bestiaux, ajoute M. Prince, et qui en fait périr un très grand nombre est la dysentérie, compliquée sur beaucoup des sujets d'affections bilieuses; mais jamais on n'a vu cette maladie, ou tout autre, revêtir sur ces animaux, et dans ces circonstances, le caractère typhoïde. Jamais elle n'a eu le moins du monde le caractère contagieux. »

Par quel exemple plus saisissant, dit en terminant M. Renault, pourrais-je prouver que l'expatriation, que les conditions de marche et de régime les plus misérables ne suffisent pas à produire le typhus contagieux sur les bêtes bovines; qu'il faut encore, dans ces animaux, pour que cette maladie germe et s'engendre chez eux, une prédisposition, une aptitude spéciale qui, jusqu'à présent du

moins, paraît ne se rencontrer que dans la race des steppes.

— M. *Delafond* demande la parole pour la prochaine séance.

Discussion sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

M. *Larrey* : Je demande à l'Académie la permission d'ajouter quelques réflexions à la note lue dans la dernière séance par M. Bonnafont et de rapporter quelques faits qui serviront, pour ainsi dire, de complément à l'intéressant travail de notre collègue

L'occlusion, appliquée aux ophthalmies, n'est pas, selon moi, une méthode, comme le dit M. Bonnafont. C'est un moyen de traitement qui a son origine dans l'observation d'un phénomène naturel. Qui ne sait que sitôt que la surface de l'œil est irritée par une cause mécanique ou morbide, les paupières se ferment spontanément et par une sorte de mouvement convulsif; et que, dans tous les cas d'ophthalmie, les malades tiennent aussi leurs paupières instinctivement fermées pour abriter l'œil contre le contact de la lumière et de l'air? L'occlusion artificielle, imaginée par les chirurgiens, n'est donc que l'imitation de ce que fait la nature.

On peut distinguer dans ce mode de traitement deux variétés :

Dans l'une, l'occlusion est *incomplète ;* c'est celle qu'on pratique au moyen des verres de couleurs, de conserves, des abat-jour, d'un simple bandeau de taffetas, etc.

Dans la seconde variété, l'occlusion est *complète ;* on place devant les yeux un voile assez épais pour intercepter entièrement les rayons lumineux et le contact de l'air.

L'occlusion complète n'est pas d'origine moderne. Celse, après l'opération de la cataracte, tenait l'œil fermé et enduisait les paupières d'un blanc d'œuf. C'est une pratique fort ancienne chez les Égyptiens et chez les Arabes de la côte septentrionale d'Afrique.

Beaucoup de chirurgiens modernes ont préconisé l'occlusion complète et lui doivent des succès incontestables.

Nous passerons rapidement en revue les différents procédés imaginés pour pratiquer ce pansement.

1° Le simple bandage (monocle ou binocle) a été rejeté par Wenzel, Jæger, Walther, Saint-Yves, Demours et M. Deval, qui lui ont reproché de ne pas maintenir suffisamment les paupières; d'échauffer l'œil et de provoquer quelques-uns des accidents qu'on voulait combattre, et en particulier l'irritation de la conjonctive et le larmoiement.

2° Mayor (de Lausanne) s'est servi du coton cardé qui constituait pour le globe oculaire une sorte de coussinet doux et moelleux. On lui a reproché de s'affaisser trop vite, de laisser aux paupières la facilité de se mouvoir, et d'irriter leurs bords enflammés.

M. Furnari, en 1843, a substitué au coton cardé ordinaire l'ouate gommée.

3° En 1834, M. Gama faisait usage, au Val-de-Grâce, de bandelettes agglutinatives, qui, placées convenablement, maintenaient très bien les paupières. J'en ai vu des résultats merveilleux dans des cas de kératites aiguës avec photophobie, qui avaient résisté à tous les autres traitements,

Un peu plus tard, vers 1836, M. Bégin et M. Velpeau eurent aussi recours à l'occlusion dans le traitement des ophthalmies graves, et ces deux praticiens en retirèrent d'excellents effets.

M. le docteur G. Barracano, de Naples, m'écrivait en 1852 qu'il avait appliqué ce traitement aux ophthalmies dès l'année 1831.

En 1832, M. Pio ry avait recours à l'occlusion complète dans la maison de refuge des orphelines du choléra.

4 M. Pétrequin, en 1838, s'est servi avec succès du taffetas d'Angleterre dans un cas de kératite très aiguë.

5 En 1849, M. Hairion (de Louvain) a pratiqué l'occlusion complète des yeux au moyen du collodion, dont il enduisait un ruban de fil.

Le collodion a l'avantage de s'appliquer facilement, d'adhérer promptement et de produire une occlusion très complète. Mais son emploi demande une grande prudence, des précautions et une certaine habileté manuelle.

On a apporté au procédé primitif de M. Hairion des modifications tendant surtout à ménager au pus une issue facile, et l'on a réalisé ainsi de véritables petits appareils amovo-inamovibles.

6° M. le professeur Forget (de Strasbourg) a eu beaucoup à se louer de l'emploi de compresses imbibées d'eau fraîche et maintenues sur l'œil au moyen d'une simple bande.

7° Enfin M. Bonnafont nous a donné dans la dernière séance la description d'un nouveau mode de pansement.

Il résulte de ce qui précède que l'occlusion complète, pratiquée avec des matières différentes, est un bon, un excellent moyen de traitement contre l'ophthalmie.

La plupart des chirurgiens et des oculistes le préconisent. Il a l'avantage d'immobiliser les paupières, de soustraire l'œil à l'influence de la lumière et de l'air, et d'entretenir autour des parties malades une température toujours égale.

Cependant la plupart des praticiens que nous avons nommés ne partagent pas l'excessive confiance de M. Bonnafont. Ils enseignent, et nous pensons aussi, que l'occlusion des yeux ne doit être considérée que comme un auxiliaire puissant de tous les autres genres de traitement, des émissions sanguines et des révulsifs, dont l'efficacité ne saurait être contestée par personne.

L'occlusion doit être appliquée avec prudence ; elle doit maintenir les paupières sans comprimer le globe oculaire. Le succès dépend souvent des précautions et de l'habileté que l'on a employées à faire le pansement.

M. Malgaigne pense qu'il est toujours nécessaire de couvrir les deux yeux, afin d'obtenir l'immobilité parfaite des paupières du côté malade.

Nous croyons que, dans les cas d'ophthalmie légère, il suffit de voiler l'œil malade. Il serait utile de couvrir les deux yeux si l'ophthalmie avait de la tendance à se déplacer ou à se propager d'un œil à l'autre.

Mon père, qui avait eu l'occasion d'observer en Égypte un grand nombre d'ophthalmies purulentes, couvrait aussi les yeux de ses malades; mais il recommandait spécialement l'occlusion au début et au déclin de l'affection. Il craignait, dans la période d'extrême acuité, les accidents résultant de la stagnation du pus sur des tissus aussi délicats que ceux de l'œil.

C'est là un des grands inconvénients auxquels peut exposer, en effet, le traitement par occlusion : aussi la pratique de mon père me semble-t-elle devoir être imitée. Sinon, les pansements devront être renouvelés souvent, et la surface de l'œil sera lavée avec soin et tenue dans un état de propreté extrême.

L'occlusion est utile chez les enfants, chez les malades indociles, chez les militaires qui dissimulent ou qui cherchent à entretenir une ophthalmie pour se faire réformer.

Appliquée méthodiquement, en temps opportun, et dans des conditions spéciales que le chirurgien devra apprécier, l'occlusion complète des yeux nous paraît un excellent procédé dans presque toutes les affections des paupières, du globe oculaire et de milieux de l'œil. Cependant il nous semble que son emploi est surtout indiqué dans les cas d'ophthalmie, dans les diverses formes de kératites, surtout dans celles qui s'accompagnent d'ulcération de la cornée, dans le staphylôme commençant, dans l'amaurose, dans les troubles divers de la vision, enfin dans certaines variétés de strabisme, afin de corriger, s'il est possible, la déviation de l'œil.

Il est inutile d'ajouter que l'occlusion doit être appliquée généralement à la suite des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'organe de la vision.

M. *Velpeau* demande la parole pour mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

Société anatomique.

SÉANCE ANNUELLE DU 19 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

La SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS *a tenu, mardi dernier, sa séance annuelle. M. le professeur* Cruveilhier, *dont le zèle et l'activité suffisent à tout, y a lu un discours que nous publions ci-après, sauf une courte introduction, pour laquelle l'espace nous a manqué. Ce discours a été accueilli par d'unanimes applaudissements. — La*

parole a été donnée ensuite, pour le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1855, à M. Axenfeld, *secrétaire, qui s'est acquitté de sa tâche avec une conscience et un talent dignes des plus grands éloges. Nous publierons ce travail* in extenso.

Voici le discours de M. Cruveilhier. A. D.

... Je me bornerai, dans cette séance, à vous rappeler en peu de mots : 1° l'origine de la Société anatomique ; 2° le but de son institution. Ce sera le meilleur moyen de vous faire connaître toute son importance, et de vous montrer la direction que vous devez donner à vos travaux.

Votre origine, messieurs, vous la devez à une des plus hautes capacités de ce siècle, à Dupuytren, auquel il n'a manqué qu'une chose, le travail, c'est-à dire le temps de féconder par la méditation les résultats de sa vaste expérience.

A l'époque de Dupuytren, la création de la Société anatomique répondait à un grand besoin de la science. Un grand fait, une révolution dans l'enseignement des sciences médicales, venait de s'accomplir. La médecine et la chirurgie, que de vains préjugés, semblables à un mur d'airain, tenaient violemment séparées, venaient d'être réunies dans une seule et même école, l'Ecole de santé. Par cette mesure réparatrice, la science de l'homme sain et malade était rendue à son unité première. Tous les élèves de l'école de santé, quelle que fût leur vocation ultérieure, furent soumis au niveau des mêmes études et des mêmes épreuves. L'anatomie devint la base des études médicales aussi bien que des études chirurgicales. Les ouvertures de cadavres, qui n'étaient jusque-là que l'exception dans les services médicaux, devinrent la règle, et jetèrent sur les cas encore indéterminés de la médecine clinique une lumière inespérée qu'elle aurait en vain cherchée dans d'autres voies.

Pinel et Corvisart, fondateurs de deux écoles rivales, avaient compris toute l'importance de ce mouvement, auquel ils prirent la plus grande part Pinel cherche à localiser dans les divers appareils d'organes les fièvres dites essentielles ou primitives ; en outre, et c'est là son plus beau titre de gloire, il fonde la grande classe des phlegmasies sur la différence anatomique des tissus, idée féconde où se trouvait en germe l'anatomie générale de Bichat.

Si Corvisart n'est pas le premier qui ait fondé l'enseignement de la clinique médicale en France (l'école de Montpellier revendique à bon droit cet honneur en faveur de ses Fouquet et de ses Lamure), au moins Corvisart est le premier qui ait importé l'anatomie morbide dans cet enseignement, et c'est ainsi qu'il a pu donner au diagnostic médical une précision inconnue jusqu'alors. Dupuytren, qui avait été un de ses élèves les plus assidus, m'a souvent raconté que c'était aux leçons de Corvisart qu'il avait compris tout ce qu'il y avait de fécond dans cette interprétation des maladies par les altérations correspondantes des organes, et que dès ce moment sa vocation pour l'étude de l'anatomie pathologique avait été décidée. Vous savez s'il y est resté fidèle jusqu'à sa mort.

Bichat et Dupuytren sont les deux grands noms qui doivent être associés dans ce salutaire et puissant mouvement des esprits vers l'application de l'anatomie saine et morbide à la médecine et à la chirurgie. C'est à eux qu'il appartient d'avoir popularisé l'étude de l'anatomie pathologique au commencement de ce siècle, en faisant des cours *ex professo* sur cette science, cours dont il ne nous reste malheureusement que des fragments incomplets consignés dans les cahiers de notes de quelques-uns de leurs élèves. Après eux viennent en première ligne Bayle et Laënnec.

Bichat meurt, emportant dans sa tombe son génie inventif et hardi et ces brillantes qualités de style qui l'avaient placé si haut à la tête de ses contemporains. Lisons Bichat, messieurs, lisons-le toujours ; les œuvres du génie ne sauraient être vouées ni au dédain ni à l'oubli.

Dupuytren, devenu chef des travaux anatomiques, comprend toute l'importance de cette position relativement aux progrès de l'anatomie pathologique. Il veut que toutes les lésions d'organes rencontrées sur les sujets soumis aux dissections soient inscrites sur des registres particuliers ; les aides et prosecteurs de la Faculté sont chargés de ce soin. Chaque pavillon de l'École pratique devient une école d'anatomie pathologique aussi bien qu'une école d'anatomie normale. Ce fut alors que Dupuytren eut l'idée d'une Société composée de l'élite des élèves de la Faculté, qui mettraient en commun le fruit de leurs travaux : la Société anatomique fut organisée. Ce fut le 12 frimaire an XII (3 décembre 1803) qu'eut lieu son inauguration.

C'est, messieurs, cette Société si brillante d'abord, si rapidement désorganisée par des prétentions rivales, que vous avez été appelés à reconstituer. Vous savez le reste.

Ainsi, messieurs, notre Société n'est point une société savante, mais bien une société d'instruction médicale, une société composée d'élèves arrivés à cette époque de leurs études médicales où ils ne jurent plus sur la parole du maître, et sont animés de cette noble indépendance qui ne sacrifie qu'à la vérité.

Son but essentiel est de discuter, non des points de doctrine, mais des points de fait ; non de s'élever à des considérations générales et de donner des lois à la science, mais d'en recueillir laborieusement les matériaux, de juger ces matériaux les pièces de conviction sous les yeux, de telle sorte qu'aucune observation ne puisse prendre place dans nos bulletins sans être revêtue de tous les caractères de l'authenticité.

Mais c'est là, messieurs, une grande, une magnifique mission. On ne saurait assez le redire : rien de plus rare qu'un fait bien observé. Ayons seulement vingt faits bien observés, vingt faits-types pour chaque maladie, pour chaque point de doctrine, et la science aura bien peu de chose à désirer.

Ce sont donc, messieurs, des faits exacts, positifs, irréprochables, en un mot des faits-types, que nous vous demandons. C'est le seul tribut que la science puisse réclamer d'une jeunesse laborieuse, pleine d'ardeur pour son instruction, à laquelle elle a le bonheur de pouvoir consacrer tous ses moments.

Laissez-moi vous dire que les faits médicaux ont toute la perfection dont ils sont susceptibles au moment où ils viennent d'être recueillis. Bien plus, le temps, qui perfectionne tout, ne sert souvent qu'à les mutiler, qu'à les dénaturer en les faisant passer à travers plusieurs rédactions successives faites après coup. Que nous importe qu'ils soient plus parfaits de style, plus méthodiquement exposés, s'ils sont dépouillés de ce cachet d'originalité, de cette vigueur, même incorrecte, d'expressions qui rendent si bien la pensée, l'incertitude, la perplexité de l'observateur au moment où il est aux prises avec une maladie d'un diagnostic difficile.

Surtout, messieurs, ne disons pas qu'il y a des faits médicaux exceptionnels. Non, messieurs, il n'y a pas de faits médicaux exceptionnels ; mais il y a en médecine, comme dans toutes les sciences d'observation, de bons faits et de mauvais faits, voilà tout. Et j'avoue que je n'ai jamais pu comprendre l'admiration dont est l'objet ce mot célèbre du philosophe de Genève : « L'exception confirme la règle. » C'est tout simplement un brillant paradoxe. Non, messieurs, il n'y a pas en médecine de faits exceptionnels ; les prétendus faits exceptionnels, ou bien sont des faits mal observés, ou bien appartiennent à une autre règle, à une autre loi, et si cette loi n'existe pas, il faut la trouver. *Un bon fait, c'est une loi*, car il est l'expression d'une loi.

Ainsi, messieurs, le vrai but de notre Société, c'est de fournir à la science des faits-types que des mains plus habiles et plus exercées sauront un jour mettre en œuvre ; et afin de vous en donner l'exemple en même temps que le précepte, je vous demanderai la permission de publier à la tête du premier bulletin de la deuxième série de vos travaux le fait d'emphysème cutané général par suite de la perforation spontanée d'une caverne tuberculeuse, dont la pièce anatomique vous a été présentée dans votre avant-dernière séance.

Je ne puis terminer cette allocution sans remercier et sans féliciter les membres anciens et nouveaux de notre Société de l'assiduité avec laquelle ils prennent part à nos séances, et de leur empressement à nous communiquer tous les faits intéressants qu'ils ont occasion de rencontrer.

Je dois surtout des éloges aux membres du bureau pour le zèle et le dévouement avec lesquels ils ont rempli leurs fonctions pendant l'année qui vient de s'écouler. Comme leurs prédécesseurs, ils ont bien compris que le bureau est l'âme, la vie des sociétés, et que

du zèle ou du relâchement des membres du bureau dépend leur prospérité ou leur décadence.

Je ne saurais donc trop appeler l'attention de la Société sur l'importance des choix qu'elle est appelée à faire dans la séance consacrée au renouvellement du bureau, qui va suivre cette séance solennelle.

Amour du devoir, instruction solide, et, par-dessus toutes choses, honorabilité, cette grande, cette indispensable qualité du médecin, voilà les conditions que vous avez toujours recherchées dans les membres du bureau. Vous n'aurez cette année, comme les précédentes, que l'embarras du choix.

Grâces au ciel, la nouvelle Société anatomique a fait ses preuves : elle a eu ses moments difficiles, mais elle est, à l'heure qu'il est, établie sur de trop fortes assises pour avoir à redouter le sort de l'ancienne. Elle périrait aujourd'hui, qu'elle se reconstituerait demain.

J'ai donc la ferme conviction que la prospérité comme la durée de la Société anatomique sont indépendantes de la vie ou du zèle de tel ou tel de ses membres, et que l'œuvre de Dupuytren survivra à celui qui lui a succédé comme fondateur et comme président, et qui regarde comme son plus beau titre d'avoir fait revivre une Société aussi éminemment utile pour la science et pour l'humanité.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Remarques sur la luxation des tendons de quelques muscles extenseurs et fléchisseurs des membres, et sur ses conséquences, par le docteur SEBREGONDI.

A la suite de certains mouvements forcés ou inusités, à la suite de chocs, de chutes, on a vu quelquefois survenir des douleurs extrêmement vives au voisinage des articulations, avec difficulté ou même impossibilité de se servir du membre malade, alors que l'examen attentif de la partie ne permettait pas de constater le moindre gonflement, la déformation la plus minime ; M. Sebregondi admet qu'il y a dans ces cas un déplacement permanent d'un des tendons qui cheminent au voisinage de l'article.

Les luxations des tendons ont à peine attiré jusqu'ici l'attention des chirurgiens. M. Nélaton, dans son excellent ouvrage, les savants auteurs du *Compendium de chirurgie* n'en font aucune mention. Si ces lésions existent véritablement, et la lecture des observations que nous rapportons plus loin laisse peu de doute à cet égard, bien que l'autopsie n'ait été faite dans aucun cas, elles donnent l'explication d'un grand nombre de faits devant lesquels la science était restée muette en quelque sorte : nous voulons parler de ces guérisons instantanées obtenues par les rebouteurs dans certaines entorses contre lesquelles avaient échoué les efforts de l'art les mieux entendus.

Les luxations des tendons accompagnent ordinairement les grandes lésions des os et des articulations, en particulier les fractures et les luxations ; elles constituent alors un phénomène accessoire dont l'importance s'efface devant celle de la maladie principale. Mais elles peuvent aussi se produire isolément, et c'est dans ces cas qu'elles demeurent le plus souvent méconnues. Les tendons les plus longs, ceux qui passent par-dessus une articulation, ceux qui forment, avec le muscle auquel ils donnent insertion, un angle plus ou moins considérable, sont particulièrement prédisposés aux déplacements. L'ensemble de ces conditions est parfaitement réalisé au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne ; aussi est-ce là que les déplacements des tendons se montrent le plus fréquemment. Mais on les rencontre également dans des points où les dispositions anatomiques paraissent moins favorables, à l'épaule, au coude, au poignet, au genou. Au pied, la luxation peut affecter presque tous les tendons de la région : il en est de même au poignet ; à l'épaule, M. Sebregondi cite le tendon du long chef du biceps, comme particulièrement disposé aux déplacements, mais il a vu aussi la luxation des tendons des muscles grand et petit rond ; au genou, les luxations portent principalement sur le tendon du biceps au voisinage de la tête du péroné. Très souvent la luxation est compliquée de la déchirure des gaînes tendineuses ou du tissu fibreux destiné à maintenir les tendons en place.

La *cause* du déplacement, avons-nous dit, consiste ordinairement dans un mouvement forcé, dans une rotation étendue ou opérée en sens inverse du mouvement ordinaire : c'est ainsi qu'on le voit survenir chez les femmes qui tordent du linge. Souvent le malade ne peut donner aucun renseignement à ce sujet. A l'examen de la partie lésée, on ne constate rien d'anormal dans l'articulation : tous les organes ont conservé leur forme, leur position et leur volume naturels ; il n'y a ni gonflement ni chaleur. Mais, dans le voisinage de l'articulation on découvre, par une observation attentive, une région qui est excessivement douloureuse à la pression et dans l'exercice de certains mouvements. On remarque en outre que cette douleur se fait sentir sur le trajet d'une ligne qui répond à un tendon, et que ce dernier fait corde au-dessous des parties superficielles ; la douleur est tellement intense qu'elle gêne considérablement ou même rend complétement impossible l'usage du membre affecté.

Cette maladie ne saurait être prise pour une luxation complète ou incomplète, car elle ne s'accompagne d'aucun déplacement des pièces osseuses qui entrent dans la composition de l'articulation. C'est avec l'entorse qu'elle a été généralement confondue jusqu'à nos jours. Mais l'entorse est produite par une pression violente des surfaces articulaires l'une contre l'autre ; elle consiste dans une véritable contusion de l'articulation, avec distension ou rupture des ligaments, suivie bientôt de gonflement, de chaleur, de rougeur ; tandis que la luxation des tendons se manifeste *au voisinage* de l'articulation, et non *dans* l'articulation elle-même.

Les suites de cette lésion peuvent être fort variables. Quand elle s'est produite chez un sujet jeune, vigoureux, elle se réduit quelquefois spontanément à la suite d'un mouvement brusque, inattendu, qui ramène le tendon déplacé dans sa position normale. Sur des individus vieux, débilités, de mauvaise constitution, au contraire, le déplacement persiste le plus souvent, si le chirurgien n'y porte remède, et alors il se fait des épanchements plastiques qui établissent des adhérences entre le tendon luxé et les parties voisines ; quelquefois même une inflammation plus ou moins vive envahit toute l'articulation, et conduit à la production d'une tumeur blanche. Il n'en est pas de même lorsque le chirurgien intervient à temps, et que, par des manœuvres convenablement dirigées, il parvient à faire rentrer le tendon dans la position qu'il doit occuper. Dans ce cas, on voit la douleur disparaître comme par enchantement, et les mouvements se rétablir avec une facilité qui n'étonne pas moins l'homme de l'art que le malade.

Voici maintenant un résumé des faits que rapporte M. Sebregondi à l'appui des considérations précédentes.

OBS. I. — H..., domestique, éprouvait une douleur fixe dans l'épaule droite ; les mouvements du bras étaient pénibles, et même impossibles dans certains sens, de sorte que le malade avait été obligé de renoncer à son travail habituel. Plusieurs genres de médications mis en usage n'avaient procuré aucun soulagement. A l'examen de l'épaule, on ne constatait ni déformation, ni gonflement, ni chaleur. Le bras ne pouvait être porté en haut par le malade ; la rotation de l'avant-bras vers le dos, le mouvement de la main vers le flanc, ne s'exécutaient que difficilement et avec douleur ; la main se portait assez librement vers la poitrine, mais n'arrivait qu'avec difficulté jusqu'à la bouche. Quand on cherchait à élever de force le bras du côté malade, toute l'épaule et la moitié correspondante de la poitrine se soulevaient avec lui ; de sorte qu'une très faible portion du mouvement se passait dans l'articulation. La région deltoïdienne n'était nullement douloureuse à la pression, si ce n'est dans sa partie antérieure, où l'on sentait sous le doigt une corde dure, très douloureuse à une pression profonde. La tête humérale était dans la cavité glénoïde. Le malade ne pouvait donner aucun renseignement sur la cause de son mal. M. Sebregondi pensa qu'il s'agissait là d'un déplacement du tendon du long chef du biceps, sorti de la coulisse bicipitale, et voici comment il s'y prit pour réduire cette luxation : après avoir fait asseoir le malade sur une chaise, il plaça ses deux pouces sur les côtés du tendon luxé, les doigts de la main droite étant dans l'aisselle, ceux de la main gauche embrassant l'épaule ; puis il

exerça avec les pouces de forts mouvements de latéralité, les porta au sommet de l'épaule pour redescendre ensuite, en pressant de plus en plus fortement sur le tendon, jusqu'à ce qu'enfin un bruit sec annonçât que ce dernier avait repris sa position naturelle. Avec la paume de la main, il appuya ensuite sur le tendon, et termina enfin ces manœuvres par quelques mouvements de latéralité. Cela fait, il dit au malade de mouvoir son bras, ce que ce dernier exécuta non sans étonnement, attendu que tout son mal avait disparu.

Obs. II. — La femme Pastorin souffrait dans l'épaule droite de violentes douleurs qu'on traita d'abord comme un rhumatisme, sans le moindre succès. L'articulation ne présentait à la vue rien d'anormal. Lorsque la malade essayait de porter le bras en avant, vers la poitrine, elle éprouvait des douleurs très vives ; les mouvements du bras en arrière ou en haut s'accomplissaient librement. Au toucher, on trouva la région postérieure de l'épaule tellement sensible, que la moindre pression du doigt y déterminait les plus violentes douleurs. La partie antérieure et moyenne du deltoïde, au contraire, le trajet du tendon du biceps pouvaient être comprimés impunément. Le siége de la douleur, et cette circonstance que la malade attribuait son mal à une torsion inconsidérée du bras en arrière, firent diagnostiquer une luxation des tendons des muscles grand et petit rond. Pour la réduire, on fit asseoir la malade sur une chaise ; la main gauche du chirurgien fut portée sur l'articulation, le pouce le long du bord inférieur des tendons mentionnés. Pendant ce temps, le pouce de la main droite, placée sur l'épaule, exerçait une pression vers celui de l'autre main. Les tendons furent ainsi poussés d'avant en arrière, puis les deux pouces ramenés vers l'humérus. Après avoir répété plusieurs fois cette manœuvre, on porta brusquement l'avant-bras de la malade vers la poitrine : la douleur et la difficulté des mouvements avaient disparu ; elles ne se sont pas reproduites depuis.

Obs. III. — Une dame de cinquante ans, en travaillant dans sa cuisine, avait éprouvé subitement une violente douleur au voisinage du coude droit : l'accident remontait à six jours. La malade ne pouvait étendre l'avant-bras sur le bras ; la flexion, au contraire, s'exécutait facilement et sans douleur. En exerçant une pression au-dessus de l'olécrane, sur le tendon du triceps, on produisait une violente douleur qui, par suite d'un singulier mouvement réflexe, s'accompagnait chaque fois d'éructations. On sentait très distinctement le tendon, qui formait comme une corde tendue et très douloureuse dans une étendue d'environ deux pouces. Il n'y avait, du reste, ni difformité ni élévation de la température. Le diagnostic fut : *déplacement du tendon du triceps* avec déchirure d'une portion du tissu cellulaire voisin. La réduction fut facilement obtenue au moyen de pressions exercées avec les deux pouces. Tous les accidents se dissipèrent immédiatement.

Obs. IV. — Une robuste paysanne se plaignait, depuis trois semaines, de douleurs violentes du genou droit, survenues pendant un accouchement, et contre lesquelles on avait employé sans succès diverses médications. Les mouvements d'extension et de flexion de la jambe s'exécutaient facilement et sans produire de douleurs ; mais la station et la marche étaient complétement impossibles. Dès que la malade voulait appuyer sur le membre inférieur droit, la violence de la douleur lui faisait fléchir involontairement l'articulation de la hanche, et déterminait des mouvements spasmodiques au-dessus de la tête du péroné. A ce niveau, sur le trajet du tendon du biceps crural, on sentait une légère fluctuation, et plus haut, une corde dure, tellement douloureuse, qu'à peine pouvait-on l'explorer. Le diagnostic porté dans ce cas fut : *luxation du tendon du biceps*, avec déchirure de sa gaîne et épanchement consécutif. La réduction fut assez difficile, à cause de la violence des douleurs ; elle fut cependant complète, et permit à la malade de marcher immédiatement, et de gagner sa demeure sans souffrances.

Obs. V. — Une petite fille de quatre ans, vive et alerte, en sautant précipitamment de son lit, se plaignit tout d'un coup d'une douleur aiguë dans le mollet gauche, douleur qui se montrait aussitôt que la malade essayait d'appuyer sur le pied de ce côté. L'enfant étant assise, on pouvait examiner le membre malade sans provoquer de souffrances ; les mouvements étaient faciles dans tous les sens, et la vue ne permettait de constater aucune déformation, ni du pied, ni de la jambe, ni de la cuisse ; mais la pression exercée avec les doigts dans l'intervalle des muscles jumeaux occasionnait une douleur des plus vives. Après un traitement infructueux contre ces douleurs, qu'on considéra d'abord comme rhumatismales, on procéda à un examen plus minutieux, de la manière suivante : le genou étant demi-fléchi, on exerça avec les deux indicateurs une légère pression qu'on porta graduellement, de bas en haut, sur le tendon d'Achille, entre les deux gastro-cnémiens, jusqu'au point où la douleur commençait à se montrer. On sentait là le tendon du plantaire grêle formant une corde roide, mobile, et douloureuse au moindre contact. On soupçonna un déplacement de ce tendon. Des mouvements latéraux imprimés à cette corde, puis des pressions alternatives de haut en bas et de bas en haut, jointes à des mouvements d'élévation et d'abaissement de la pointe du pied, produisirent une guérison complète et immédiate. (*Medicinische Zeitung*, 1855, n° 45.)

Mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore, les allumettes chimiques et les pâtes phosphorées, par MM. Caussé (d'Albi) et Chevallier fils.

Obtenu primitivement de l'urine, qui n'en renferme que des traces à l'état de phosphates alcalins, le phosphore, après être resté pendant plusieurs siècles entre les mains des chimistes, comme un produit curieux, d'autant plus rare que le procédé de sa préparation était tenu secret, fut, en 1774, extrait des os par Galm et Scheele, à l'aide d'un procédé que l'on suit encore aujourd'hui, et qui, par les perfectionnements successifs qu'on y a apportés, permet de le livrer en grand au commerce au prix de 7 à 8 francs le kilogramme.

Vanté d'abord à l'excès, et préconisé par l'auteur dans un grand nombre d'affections très diverses, le phosphore, en raison des accidents graves auxquels son usage peut donner lieu, fut bientôt, et d'une manière presque complète, abandonné comme médicament, et ne servit plus guère qu'à la confection des briquets phosphoriques. Ceux-ci, après avoir remplacé les briquets à silex, furent détrônés eux-mêmes, il y a une vingtaine d'années, par l'invention des allumettes chimiques, dont la consommation s'est tellement accrue depuis cette époque, qu'elle s'élève, dit-on, aujourd'hui à plus de 76 millions de kilogrammes par année. En outre, on trouve, depuis quelques années, dans le commerce, sous le nom de pâtes phosphorées, des préparations de phosphore destinées à la destruction des animaux nuisibles. L'intéressant mémoire de MM. Caussé (d'Alby) et Chevallier fils a spécialement pour but : 1° de montrer les inconvénients qui peuvent résulter de l'usage des allumettes chimiques et des pâtes phosphorées ; 2° d'indiquer les moyens d'y remédier.

Dans la première partie de leur travail, les auteurs, après des considérations générales sur la thérapeutique et la toxicologie du phosphore, ont rassemblé un certain nombre de cas d'empoisonnements volontaires ou accidentels par le phosphore, les allumettes chimiques et les pâtes phosphorées.

D'après les observations rapportées par eux, le phosphore dissous ou convenablement divisé, introduit dans l'estomac, peut produire, à la dose de 10 ou 15 centigrammes, outre des phlegmasies locales, une surexcitation générale capable de déterminer promptement la mort.

L'ensemble des symptômes de cet empoisonnement se résume en nausées, soif, accélération du pouls, sentiment de chaleur, malaise général, ardeur vénérienne pouvant aller jusqu'au priapisme ; et, dans certains cas, inflammation violente, perforation de l'estomac, taches gangréneuses sur les diverses parties du corps, etc.

La seconde partie de ce mémoire est consacrée à démontrer la nécessité de remplacer, dans la préparation des allumettes, le phosphore ordinaire, éminemment dangereux et toxique, par le phospore rouge, beaucoup moins inflammable et à peu près sans action sur l'économie. Sur ce point, leurs expériences devancent celles de MM. Rigout et Orfila, dont il a été question dans notre dernier numéro (pages 98 et 107), et avaient été devancées elles-mêmes par celles que MM. Lassaigne et Raynal avaient faites à l'école d'Alfort, sur la prière de M. Chevallier père (voir au *Compte rendu de l'Académie des sciences*, page 128).

En outre, vu la difficulté, l'impossibilité même où l'on est, dans certains cas d'empoisonnement par le phosphore, de retrouver la trace du poison, à cause de sa prompte transformation en phosphates, les auteurs proposent de faire ajouter aux pâtes phosphorées, nécessairement préparées avec le phosphore ordinaire, une certaine quantité d'émétique, dans le double but d'avertir la victime en provoquant des vomissements, d'ailleurs salutaires, et d'aider, en cas d'expertise médico-légale, à découvrir dans l'économie la présence du phosphore par celle de l'antimoine, ce dernier corps fournissant à l'appareil de Marsh des taches antimoniales

qui, par leur aspect enfumé, leur non-volatilité et leur insolubilité dans les hypochlorites, se distinguent très nettement des taches miroitantes d'arsenic, qui se dissolvent avec facilité dans les hypochlorites, et disparaissent rapidement par la chaleur. (*Annales d'hygiène publique et de médecine legale*, 2e série, 1855, tome III, page 134.)

Etudes thermométriques chez les femmes nouvellement accouchées, par M. Hecker.

De nombreuses observations ont permis à l'auteur de ce travail intéressant de formuler les conclusions suivantes :

1° Dans beaucoup de cas on voit la température animale s'élever d'une manière notable chez les femmes immédiatement après l'accouchement. Chez 33 femmes qui avaient eu un accouchement par l'extrémité céphalique, un thermomètre introduit, immédiatement après l'expulsion du placenta, dans le vagin, varia de 37°,3 à 39 degrés. L'augmentation de la chaleur ne dépend ni de la durée du travail, ni d'une condition quelconque des parties génitales. La durée et la rapidité de la succession des douleurs paraissent seules exercer une influence évidente, la chaleur étant d'autant plus élevée que les douleurs sont plus vives et séparées par un intervalle de temps moindre.

2° On voit souvent (16 fois sur 24), dans la première époque de l'état puerpéral, la température s'abaisser, et cela d'autant plus que l'élévation de la chaleur avait été considérable immédiatement après l'accouchement. Le thermomètre marque, en général, la température la plus basse vingt-quatre heures après l'expulsion du fœtus.

3° Fréquemment (38 fois sur 83 cas) la température atteint un chiffre élevé après le premier jour qui suit l'accouchement (quelquefois elle s'élève même de 3 degrés et demi au-dessus du chiffre normal). Plus rarement, la température demeure uniforme, avec des exacerbations le soir et des rémissions le matin.

4° L'état des seins n'a aucun rapport avec les modifications de température : ce n'est que dans les cas où la turgescence des glandes mammaires est considérable, que la réaction générale se manifeste sous forme de fièvre de lait.

5° Après s'être élevée ainsi d'une manière remarquable, la chaleur animale s'abaisse en général à partir du neuvième jour qui suit l'accouchement, jusqu'à ce que, par suite de l'alimentation, l'équilibre soit rétabli dans l'organisme. (*Ann. d. Charité*, t. II. — *Prager Vierteljahrs. f. die prakt. Heilk.*, 1855, 12e année, t. XLVI, p. 91.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur les déformations artificielles du crâne, par L.-A. Gosse (de Genève); brochure in-8 de 160 pages, avec 7 planches. Paris, J.-B. Baillière, 1855.

Sans admettre dans ses détails le mode de localisation de nos facultés établi par les phrénologistes, M. Gosse croit cependant que des fonctions spéciales sont dévolues aux divers organes qui composent l'encéphale ; que la partie antérieure et supérieure des lobes cérébraux est particulièrement en rapport avec les facultés intellectuelles, tandis que la région du cervelet, la région latérale et postérieure du cerveau se rattachent davantage aux penchants instinctifs et aux passions irréfléchies. La base de l'encéphale lui paraît plutôt liée aux fonctions des sens. Cela posé, il est évident, pour M. Gosse, que le développement relatif de l'une ou l'autre de ces parties de l'encéphale devra exercer une influence correspondante sur la fonction dont cette partie est le siége, et qu'une action mécanique de nature à modifier ce développement produira des changements très notables dans la perfection ou la prédominance des fonctions. Si le crâne est déprimé antérieurement, dit-il, le développement des facultés intellectuelles doit en souffrir ; si la région occipitale est déprimée, l'activité des penchants instinctifs doit être amoindrie. M. Gosse trouve la confirmation de ces idées théoriques dans l'étude des races, des peuples, des individus ; ceux dont le front est normalement large et relevé sont plus en harmonie avec les progrès de la civilisation intellectuelle et *morale* que ceux qui présentent des conditions opposées. Passant à l'examen détaillé des différents genres de déformation qu'on a fait subir artificiellement au crâne, M. Gosse cherche à montrer la constante relation qui existe entre le caractère des peuplades où ces déformations étaient ou sont encore en usage, et l'altération de l'encéphale produite par ces manœuvres. Il fait voir, dans les Caraïbes, par exemple, chez lesquels la dépression du frontal était en usage, un peuple guerrier, pillard, superstitieux, sans culte religieux, en un mot obéissant à toutes les impulsions instinctives et passionnées; tandis que d'autres nations, telles que les Gnéris de Saint-Domingue, qui pratiquaient surtout la dépression occipitale, étaient arrivées, à l'époque de la conquête espagnole, à un certain degré de civilisation. Ces transformations artificielles de la forme du crâne, selon M. Gosse, deviendraient héréditaires après un certain nombre de générations, surtout si elles portent à la fois sur les deux sexes. Il s'ensuivrait que les caractères généraux du crâne, qui ont servi jusqu'à présent aux classifications ethnologiques, sont loin d'avoir le degré de certitude qu'on est convenu de leur prêter. M. Gosse se demande enfin s'il ne serait pas possible *de rétablir, à l'aide de la dépression occipitale artificielle, l'équilibre, qui se trouve en quelque sorte rompu, entre les facultés intellectuelles et les passions irréfléchies, chez les races d'hommes qui naturellement ont le front déprimé et la région occipitale très développée? Que d'infractions à la morale publique*, dit-il plus loin, *que d'habitudes de débauche favorisées peut-être par la prédominance anormale et artificielle de la région cérébelleuse! Que de méfaits commis sous l'influence de déformations artificielles, dont les auteurs ont été traités par la loi, non comme des aliénés incurables, mais comme des coupables jouissant de leur volonté et de leurs facultés intellectuelles!*

On voit, par ces quelques citations, à quelles déductions aboutit fatalement une théorie basée sur des données que la science est loin d'avoir démontrées comme des faits certains. Les observations physiologiques et pathologiques, l'étude de l'anatomie comparée ont montré depuis longtemps l'inanité de tous ces systèmes fondés sur l'exploration extérieure du crâne et sur les rapports réciproques des diverses parties de l'encéphale.

Heureusement, les considérations hygiéniques qui terminent le travail de M. Gosse sont en opposition complète avec ce qui précède. « La bonne méthode pour qu'un enfant ait la tête bien faite, dit-il en citant M. Andry, c'est de ne la contraindre en rien et de la laisser au gré de la nature. D'ailleurs, en voulant ainsi obliger la tête à prendre une certaine figure, on gêne le cerveau, et l'on risque de déranger les organes, ce qui peut avoir de mauvaises suites pour l'esprit. »

L'ouvrage dont nous venons de présenter une analyse succincte offre un grand intérêt au point de vue ethnologique et historique ; il témoigne de recherches laborieuses faites avec beaucoup de conscience. Débarrassé de l'idée préconçue qui le domine, il constitue une œuvre d'observation qui fait le plus grand honneur à son auteur. Le chapitre III, consacré à l'étude des principales espèces de déformations et des moyens employés pour les obtenir, est très intéressant, et fournit une preuve des plus saisissantes des conséquences déplorables auxquelles peuvent conduire l'ignorance et les préjugés.

Marc Sée.

VIII.

VARIÉTÉS.

M. le docteur U. Trélat vient, à la suite d'un concours dans lequel il avait pour concurrents MM. Dolbeau et Sée, d'être nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons reçu, par acte d'huissier, avec sommation de l'insérer, la lettre suivante. Nous obtempérons à cette sommation, sans faire précéder ni suivre l'insertion de la lettre d'aucune ré-

flexion, nous en rapportant entièrement, à l'égard de cette polémique, à l'appréciation et au bon sens du public. Nous croyons que nous aurions eu le droit légal d'exiger le paiement préalable des frais d'insertion, dans les termes de la loi du 9 septembre 1835 ; nous ne voulons pas user de ce droit, mais l'éditeur se réserve de réclamer de messieurs les signataires de la lettre le paiement de ce qui lui est dû.

A. DECHAMBRE.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'intérêt de la justice et celui de notre dignité nous obligent à vous adresser une nouvelle réclamation.

Dans votre numéro du 1er février, vous avez inséré notre protestation contre la prétendue flétrissure que nos collègues de la Société anatomique ont voulu nous infliger ; mais, dans le feuilleton de ce même numéro, vous avez usé à notre égard de qualifications et vous vous êtes livré à des commentaires qui aggravent évidemment la situation qu'on a voulu nous faire ; de telle sorte que vous retirez d'une main ce que vous accordez de l'autre, et que si, d'une part, vous semblez reconnaître ce qu'il y a d'inique dans la violence dont nous avons été l'objet, d'un autre côté vous consacrez cette violence en essayant de lui donner un caractère qu'elle ne peut avoir. — Que cette nouvelle offense ait été dans votre intention, c'est ce que nous sommes loin de supposer ; mais elle ressort de faits, et notre devoir nous impose de la relever énergiquement.

Vous vous exprimez ainsi : « Vous avez vu (n° 2, p. 28) l'acte par lequel la Société anatomique de Paris a exclu de son sein plusieurs membres *voués à la médecine homœopathique*. En notre qualité d'organe de la Société, nous avons reçu cet acte et lui avons donné la consécration d'une publicité qui, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *a le caractère officiel.* » Ce passage de votre feuilleton renferme deux erreurs qui nous blessent, et contre lesquelles nous venons réclamer.

1° Vous nous présentez à vos lecteurs comme *voués à la médecine homœopathique*, c'est-à-dire comme des hommes qui se consacrent exclusivement à cette doctrine. Or rien ne vous autorise à nous qualifier de la sorte. Dans les actes publics d'après lesquels il est permis de nous juger (voyez l'ART MÉDICAL), nous avons protesté de notre respect pour la médecine traditionnelle, tout en acceptant la réforme thérapeutique de Hahnemann. Nous défendons l'homœopathie, en tant que doctrine ou méthode thérapeutique, contre les attaques injustes ou passionnées de ses détracteurs, mais nous ne reconnaissons pas de *médecine homœopathique*, c'est-à-dire un corps de doctrine comprenant l'ensemble des connaissances de la science médicale, parce que cette doctrine n'existe pas et que l'expression *médecine homœopathique*, ainsi comprise, n'aurait aucun sens, le mot *homœopathique* s'appliquant exclusivement à la thérapeutique. Telle est notre manière de voir ; nous en prêter une autre, c'est dire le contraire de la vérité.

Nous rejetons de notre vocabulaire les épithètes d'*homœopathe* et d'*allopathe*, parce qu'elles sont devenues des injures que les médecins se renvoient réciproquement, et qu'elles ne servent qu'à entretenir des divisions fâcheuses dans le corps médical. Que nos confrères imitent notre exemple ; la science n'y perdra rien, et la profession y gagnera en dignité.

2° En second lieu, vous dites : « En notre qualité d'organe de la Société, nous avons reçu cet acte et lui avons donné la consécration d'une publicité qui, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *a le caractère officiel.* » Le sens amphibologique de cette phrase donne lieu à une équivoque qu'il nous importe de faire cesser. Avez-vous voulu dire que la publicité de cet acte, dans votre journal, est officielle relativement à la Société anatomique dont il est l'organe? Cela n'est pas probable, car il suffirait, dans ce cas, d'indiquer, ainsi que vous le faites en commençant, que votre journal est l'organe de la Société. En adoptant ce sens, le mot *officiel*, placé à la fin de la phrase, ne constituerait qu'un pléonasme. Une plume comme la vôtre, monsieur, ne commet point de tels *lapsus*. Pour comprendre votre pensée, il faut se rappeler que la GAZETTE HEBDOMADAIRE est revêtue d'un caractère officiel. Dès lors toute ambiguïté cesse, et votre idée apparaît dans toute sa clarté. Mais en même temps que les nuages se dissipent, la fausseté de votre assertion éclate, et l'erreur la plus dangereuse s'y manifeste. — Quoi ! monsieur, il y aurait, à vous entendre, une médecine officielle dont vous seriez le représentant, et toute doctrine ou tout médecin dont vous consacreriez l'exclusion se trouveraient officiellement condamnés ? Vous seriez le juge suprême et infaillible chargé de prononcer en dernier ressort sur la valeur d'une doctrine ou sur l'efficacité d'une médication ? Quel est le médecin qui voudrait admettre une telle prétention, et qui comptez-vous convaincre ? Mais vous ne croyez pas vous-même à ce droit imaginaire, car si vous regardiez seulement comme vraisemblable l'existence de cette autorité, de ce *criterium* infaillible que notre science n'aura jamais, vous ne manqueriez pas de l'annoncer au monde et de l'écrire en lettres d'or, au lieu de l'insinuer timidement, comme vous le faites, dans une phrase ambiguë.

Remarquez, d'ailleurs, que votre journal se compose de deux parties : la première qui est officielle et qui ne contient pas autre chose que les décrets ou actes de l'autorité, et la seconde que vous intitulez NON OFFICIELLE et qui s'occupe seule des questions abandonnées à la libre controverse ; or c'est dans cette dernière que se trouve le compte rendu qui mentionne l'exclusion dont nos confrères nous ont honorés.

Ainsi, monsieur, la publicité donnée par votre journal à notre radiation n'a imprimé à celle-ci aucun caractère officiel ni aucune consécration ; et, ici encore, vous avez affirmé le contraire de la vérité.

Telles sont les deux erreurs qui se sont glissées dans votre feuilleton, et que nous avions à cœur de relever parce qu'elles blessaient notre honneur et notre dignité.

Après les explications qui précèdent, la malveillance seule pourra nous considérer comme *voués* à tel ou tel système ; mais tout homme juste reconnaîtra que nous sommes *voués* seulement à la vérité.

Nous comptons, monsieur le rédacteur, sur votre *libéralisme éclairé*, dont témoigne hautement l'insertion de notre première lettre dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et nous pensons que nous n'aurons pas besoin d'invoquer les principes de jurisprudence pour établir notre droit à une seconde réclamation dans le même journal.

Agréez, monsieur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

F. GABALDA, F. FRÉDAULT, P. JOUSSET.

Paris, le 7 février 1856.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OBSERVATION MÉDICALE EN GÉNÉRAL (Analyse, synthèse, induction clinique, vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme, et leurs applications pratiques), par le docteur *Mattei*. In-8 de 48 pages. Paris, imprimerie Martinet. 1 fr. 25

NOTICE SUR UNE OIFIDITÉ complète du sternum observée chez le sieur Groux, par le docteur *Hamernik*, professeur à l'Université de Prague, traduite de l'allemand par *Louis Grandeau*. Paris, J.-B. Baillière. 2 fr. 25

THE HALF-YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES, edited by *W.-H. Ranking* and *C.-B. Radcliffe*, vol. XXII. July-december 1855. In-18 de 380 p., cart. Londres, Churchill.

DIE NORMAL-DIAET. Physiologisch chemischer Versuch zur Ermittelung des normalen Nahrungsbedürfnisses der Menschen (Essai physiologico-chimique pour déterminer la quantité d'aliments nécessaire à l'homme), par *W. Hildesheim*. In-8. Berlin, Hirschwald. 4 fr.

DAS BEDUERFNISS UND DIE GRUNDZUEGE DER ARZNEIMITTEL LEHRE (Des besoins et des principes de la matière médicale), par *E. Bischoff*. In-4°. Bonn, Weber. 4 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 29 FÉVRIER 1856. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté, en date du 20 février 1856, M. COURTY, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé du cours d'opérations et d'appareils de la dite Faculté.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1856, M. BASTIEN, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Bastien sera attaché en ladite qualité à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par arrêté du 23 février 1856, M. CHRÉTIEN, docteur en médecine, est nommé officier d'Académie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 20 au 27 février 1856.

51. BOUVIER, Alexandre, né à Damrémont (Haute-Marne). [*Choléra. De la réaction.*]

52. DESPARSAC, Jean-Baptiste-Anne-Lucien, né à Larcé (Gers). [*Quelques considérations sur l'influence physiologique et thérapeutique des eaux salines sulfureuses de Barbotan (Gers).*]

53. CHAMBRON, Jean-Gustave-Casimir, né à la Mastre (Ardèche). [*De l'éclampsie ou des convulsions dans l'enfance.*]

54. HUMBERT, Émile, né à Beaumotte-lès-Montbazon (Haute-Saône). [*Essai sur l'examen médico-légal des taches de sang.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 février 1856.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

L'Académie de médecine a remis à mardi prochain la suite de la discussion sur l'occlusion des paupières dans les ophthal-

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : La GAZETTE HEBDOMADAIRE et les disciples d'Hahnemann. — Vertu, tu n'es qu'un nom ! — Addition au vocabulaire des injures. — Plus de peur que de mal. — Une grossesse complaisante. — Rumeurs du faubourg du Temple ; abus de la presse. — Simple avis au sujet de la statue du Louvre. — Les banquets des sociétés savantes.

Très honoré confrère,

Il est sage d'être sage, a dit un sage ; ce qui signifie que la sagesse est un bon calcul, en étant une vertu. Nous commençons à douter de la vérité de cette maxime. Avions-nous été sage, ô Salomon ! Avions-nous été vertueux, et juste, et esclave du devoir, ô Aristide ! ô Régulus ! ô les deux Caton ! le jour où, recevant cette protestation contre une décision récente de la *Société anatomique*, nous l'avons étalée en belle *gaillarde* dans nos colonnes, contre l'avis du plus grand nombre, ayant encore la bonté de spécifier que nous consultions en ceci l'équité naturelle avant la jurisprudence ; de nous abstenir soigneusement de toute expression blessante, de toute plaisanterie, du moindre sourire ; d'être sages, enfin, à étonner les futures générations médicales ! Profit : une seconde réclamation, encore moins infinitésimale que la première ! Voilà ce que c'est que d'écouter les moralistes : ils vous font croire que la vertu est toujours récompensée : une vraie attrape ! Quand vous leur montrez, clair comme le jour, que vous êtes dupes pour le quart d'heure, ils vous renvoient à l'autre monde. Franchement, c'est trop long. D'ailleurs, à bien prendre, nous y sommes dans l'autre monde, ou peu s'en faut. Est-ce qu'une foule de drôleries contemporaines dont les têtes raffolent peuvent venir d'autre part que de la lune ? Les tables tournantes, les esprits frappeurs, la divination magnétique et l'homœopathie, est-ce que ce ne sont pas là des choses de l'autre monde ? Est-ce que les morts ne reviennent pas tous les jours ? Est-ce qu'ils ne s'installent pas dans de vieux bahuts pour causer familièrement avec qui les interroge ? Est-ce qu'une foule de gens, y compris d'honnêtes confrères, n'ont pas entretenu

mies, à propos de la note de M. Bonnafont. Ainsi se vulgarisera un mode thérapeutique d'une utilité très réelle et très générale. M. H. Larrey en a déjà fait ressortir l'importance devant l'Académie, et il avait à cet égard toute l'autorité possible; car, dès 1845, instruit par la pratique rapportée d'Égypte par son père, témoin aussi des résultats de M. Gama et de M. Bégin, M. H. Larrey avait fait connaître les heureux effets de l'occlusion dans plusieurs affections graves des yeux. Ces premiers essais restèrent pourtant sans grand retentissement et surtout sans influence sur la pratique générale. On en trouverait peut-être le motif dans les paroles suivantes que fit entendre, il y a quelques jours, l'habile chirurgien militaire devant l'Académie :

« L'occlusion, appliquée aux ophthalmies *n'est pas*, suivant moi, *une méthode:* c'est un moyen de traitement qui a son origine dans l'observation d'un phénomène naturel, etc. »

Ainsi passèrent presque inaperçues les observations de M. Larrey, celle plus ancienne (1838) de M. Pétrequin, comme aussi les curieux renseignements de M. Furnari (1843) sur les pratiques arabes. Si bien qu'en 1849, quand l'occlusion palpébrale fut de nouveau présentée aux chirurgiens, mais cette fois comme une méthode très générale, son nouveau promoteur eut presque la gloire d'une découverte à laquelle, du reste, il ne semblait nullement prétendre: nous voulons parler ici de M. Hairion, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique de Louvain (*Annales d'oculistique*, 1849).

M. Hairion fit de l'occlusion palpébrale la condition absolue du traitement des affections cornéennes.

« Soustraire la cornée enflammée à l'action de l'air, empêcher les mouvements des paupières à sa surface, obtenir enfin un contact prolongé des topiques avec cette membrane, sont, dit-il, des indications essentielles, capables de changer la thérapeutique des kératites. »

Outre la netteté avec laquelle M. Hairion formulait l'indication de l'occlusion, outre le caractère probant des faits qu'il citait, le succès de la méthode fut de plus assuré par la simplicité du moyen propre à obtenir l'immobilité de l'œil. Les paupières étant rapprochées, il appliquait sur la fente palpébrale, au moyen d'un pinceau trempé dans le collodion, une couche légère de cette substance, et la pellicule mince, très adhérente, qui fermait les paupières, persistait ainsi quarante-huit heures. Le seul effet qui résulte de l'emploi du collodion est, suivant M. Hairion, une sensation de froid due à l'évaporation de l'éther, sensation étouffée en quelque sorte par une douleur cuisante, mais passagère, si les bords palpébraux présentent des ulcérations ou si le collodion a touché la conjonctive.

Un bon nombre de chirurgiens en Belgique, en France, en Allemagne, expérimentèrent la méthode du professeur de Louvain. Mais comme la douleur causée par le collodion fut souvent trouvée excessive, celui-ci fut remplacé par des bandelettes de taffetas d'Angleterre, ou encore par une solution de colle ou de gomme imprégnant un tissu léger, ou quelques feuillets d'ouate. M. Furnari indiqua un moyen très simple, très rapide et d'une dépense nulle, toutes choses importantes dans le service d'un hôpital ou d'un dispensaire.

« Après avoir introduit dans l'œil la substance médicamenteuse indiquée par la nature et la période de l'affection, on engage le malade à fermer les paupières, et l'on étale sur les voiles mobiles une légère couche de solution de colle de poisson ou de blanc d'œuf, ou tout simplement la gomme arabique; immédiatement après, on applique horizontalement une ou deux bandelettes superposées de tulle, de la forme d'un ovale allongé ayant de 4 à 5 centimètres de long et 2 centimètres de haut. Les petites bandes s'adaptent parfaitement, sans exercer aucune pression, à la forme et au bombement des paupières, et constituent une adhérence multiple et filiforme tellement forte que quelquefois, après deux ou trois jours d'occlusion, il est nécessaire, pour les détacher, de faire usage d'eau tiède. Quant au produit des sécrétions de l'œil, s'il est abondant, il se fait jour à travers les interstices de la trame du tulle; s'il s'agit d'un simple suintement, il se solidifie et contribue à l'occlusion. »

Dans les lettres échangées entre M. Furnari et M. Hairion, ce dernier ne peut se résoudre à abandonner le collodion. Il modifie pourtant un peu sa manière de faire. Pour éviter d'exposer la conjonctive au contact du liquide irritant, il abaisse la paupière supérieure assez pour qu'elle couvre un peu l'inférieure, et le collodion est seulement appliqué à l'extrémité des cils de la paupière abaissée.

La modification n'est pas heureuse; de plus, le bon collodion est rare, il se sèche trop vite, son maniement est difficile, son contact souvent douloureux, son odeur insupportable pour les femmes nerveuses et les enfants. Il n'en faut pas plus pour adopter de préférence les bandelettes de taffetas, ou la solution gommée avec le tulle ou la baudruche.

Nous pouvons ici ajouter notre témoignage à celui des médecins qui ont publié le résultat de leurs observations : nous avons expérimenté dans plusieurs hôpitaux de Paris, et

---

commerce avec de petits démons apportant des nouvelles de là-haut, prédisant les événements, racontant les secrets du passé? Est-ce que l'humble raison humaine a jamais pu inventer, sans une assistance surnaturelle, les incompréhensibles doctrines dont on nous endort? Quand nous vous disions que ce monde-ci est conquis par l'autre! Et puisque c'est avec ce dernier particulièrement que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a l'honneur de correspondre, par l'entremise d'huissiers à tricorne, il lui est dur de ne pas jouir immédiatement du fruit de ses mérites, selon la règle affirmée par la sagesse.

—Qui a parlé d'homœopathie? Qui a proféré le nom de *médecin homœopathe?* Médecin homœopathe vous-même! Ne savez-vous pas que ce mot *blesse?* (1) A-t-on vu l'insolence! Médecine homœopathique! Tarte à la crème! Médecin homœopathe! En vérité, cette langue de journalistes est une langue de vipère. Ils feraient mieux de s'en servir pour préserver les gens de la fièvre jaune. Homœopathes! Que ne disent-ils *Racca*, pendant qu'ils y sont? Homœopathie! Tarte à la crème! C'est à en devenir furieux! — Oui, vous avez raison, très-cher et très excellent confrère, l'épithète n'est pas flatteuse : nous en avions l'idée depuis longtemps; mais, que voulez-vous? L'usage! Vous savez, il y a comme cela de gros mots qui ont cours un temps dans la langue, et que les demoiselles bien élevées prononcent sans penser à mal; et puis on finit par comprendre qu'ils sont indécents. C'est le progrès de la pudeur publique. Donc, nous nous déferons de cette mauvaise habitude, et tout de suite, pour vous raconter deux petites histoires à propos de.... la chose.

(1) Voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 8, p. 135. Voir aussi la note suivante empruntée à la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, n° du 15 février :

« Un journal de médecine homœopathique, publié à Avignon, a pris texte d'un article *Nouvelles*, d'un de nos précédents numéros, pour lancer contre nous des insinuations peu bienveillantes. Nous avons *pu* nous tromper, mais nous n'avons nullement voulu calomnier MM. Martin et Deluulme, en *disant qu'ils appartenaient à l'école homœopathique*. Nous comptons plus d'un élève de Hahnemann parmi nos lecteurs, et il en est plusieurs que nous tenons en grande estime; il est étonnant que ce soit un homœopathe qui regarde cette désignation comme injurieuse »

un très grand nombre de fois, l'occlusion des yeux. On peut dire qu'à elle seule elle est un merveilleux remède. Il faut avoir été témoin du soulagement subit et inespéré des malades tourmentés jusque-là par la douleur, la photophobie, le larmoiement, pour comprendre tout ce qu'il est permis d'attendre de cette méthode.

Par l'occlusion, l'organe malade est rendu au repos, la cornée trouve dans l'abri des paupières la plus douce des protections, et les solutions de continuité qui peuvent intéresser la membrane transparente de l'œil rentrent presque dans la classe des plaies sous-cutanées.

Presque toutes les affections de la cornée sont heureusement influencées par l'occlusion : les plaies, les ulcères, avec ou sans hernie de l'iris, le kératocèle, la scléro-choroïdite partielle, les staphylomes. M. Sichel a décrit mieux que personne le mécanisme de la formation du pannus de la moitié supérieure de la cornée par le frottement des granulations de la paupière ; dans ce cas, l'occlusion s'oppose à la cause même de la maladie, et, chose remarquable, les granulations palpébrales elles-mêmes sont bien plus facilement et plus rapidement guéries (1).

D'autres applications naîtront sans doute encore pour l'occlusion palpébrale. Mais dire qu'elle convient à presque toutes les maladies de la cornée, c'est lui attribuer la majorité des affections oculaires. L'avenir de cette précieuse méthode est surtout assuré par la simplicité de son emploi, si bien qu'elle peut être mise en usage partout et par tout le monde. Elle dispense d'une foule d'autres médications et n'en empêche aucune, générale ou locale; car la durée de son application est toujours à la volonté du médecin. L'Académie de médecine a donc fait une chose utile en en occupant le public médical, et M. le professeur Velpeau, qui sera entendu mardi prochain, contribuera certainement encore par l'autorité de sa parole à la propagation de cette véritable conquête thérapeutique.

Ad. Richard.

(1) Une très heureuse application de l'occlusion a été proposée par le docteur Warlomont, dans le but de préserver l'œil resté sain au début de l'ophthalmie blennorrhagique.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Suite de l'examen de la doctrine de M. H. Carnot, par le docteur Bertillon.

Nous avons mis sous les yeux du public (nº 5, 1856, p. 72) une première lettre de M. H. Carnot.

Que nos lecteurs se rappellent la géométrie, l'arithmétique, la logique propres à la doctrine. Des principes tout neufs ont été posés : le fondateur en déroule maintenant les conséquences.

COPIE D'UNE LETTRE DE M. H. CARNOT FAISANT SUITE A LA PREMIÈRE PUBLIÉE DANS LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mortalité comparée de dix en dix ans dans la ville de Paris depuis le 1er janvier 1813 jusqu'au 1er janvier 1855.

Fiat lux.

Pour rendre cette comparaison indépendante des guerres, des révolutions, des morts violentes ou accidentelles, faire ainsi mieux ressortir la progression ascendante de la mortalité normale, je me bornerai à la population féminine, parce qu'elle ne reçoit qu'un contre-coup très affaibli des orages et des commotions politiques.

I. Cela posé, voici la répartition commune par âge des décès féminins réduite proportionnellement à un même total (*Annuaire*).

AGE.	1813-1814	1823-1824	1833-1834	1843-1844	1853-1854
0 à 15 ans. . .	3,347	3,094	3,719	3,618	3,538
15 à 45 ans. . .	2,228	2,466	2,643	2,948	3,174
45 à 105 ans. . .	4,455	3,840	3,628	3,434	5,288
Total commun. .	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

Remarques. De 0 à 15 ans, à partir de 1813, les décès n'ont pas une marche progressive *continue*, tandis qu'aux autres âges il y a, de 1813 à 1854, une progression bien marquée; *ascendante* de 15 à 45, descendante de 45 à 105.

Tout l'effet progressif de la vaccine était déjà produit en 1813 ; car les décès de 0 à 15 ans sont à cette époque en nombre sensiblement moindre qu'aux autres, par le fait de leur augmentation entre 10 *et* 15 *ans* depuis 1809.

La marche ascendante des décès entre 15 et 45 étant évidente, il y a lieu d'établir, d'après ces bases expérimentales, les cinq tables de survivances qui, relativement à cet âge, correspondent aux cinq époques mises en parallèle. Voici ces tables ramenées à un total commun de 1000 survivantes de 15 ans.

SURVIVANTS.	1813-1814	1823-1824	1833-1834	1843-1844	1853-1854
A l'âge de 15 ans.	1000	1000	1000	1000	1000
A l'âge de 45 ans.	667	609	569	538	509
Décès de 15 à 45 ans. . .	333	391	421	462	491
Décès moyenne annuelle. .	11,1	13,0	14,0	15,4	16,4

Sachez d'abord que des démarches ont été faites auprès d'un grand journal pour essayer de l'intéresser aux infortunes actuelles de... l'hahnemannisme.. Nous le tenons de source authentique. Votre Gazette l'a échappé belle. En sa qualité d'historiographe de sociétés qui opèrent sur elles-mêmes des réductions, un ouragan *serait chu* peut-être *tout en travers de son tourbillon;*

Et, s'il eût rencontré *la feuille hebdomadaire*,
Elle eût été brisée en morceaux, comme verre.

Heureusement, le bon sens du rédacteur en chef du journal politique nous a préservé de tout accident. Cela vaut bien une chandelle, et nous la donnerions de grand cœur, rien que pour avoir appris sur quelle note on aimerait à faire sa partie avec nous.

L'autre histoire, quoique moins vraisemblable, est tout aussi vraie.

Il n'était bruit que de fièvre puerpérale ; l'effroi était dans les familles ; les mères maudissaient leur fécondité. Une jeune femme, cependant, dont la grossesse était fort avancée, montrait une sérénité imperturbable. Tout en s'attendrissant sur le sort de ses compagnes, elle était absolument rassurée sur le sien ; et quand il arrivait à son mari d'exprimer quelques inquiétudes, elle lui riait au nez. Quel était le secret de cette sécurité toute personnelle? Une amie l'a su, qui nous l'a transmis directement. Le médecin...... hahnemannien de la dame lui avait promis de retarder l'accouchement, au moyen de certains globules, jusqu'à la cessation de l'épidémie ! A merveille ; mais que vont devenir la physiologie et la médecine légale, avec leurs beaux apophthegmes sur la durée de la grossesse ? Et le code, donc ! Concevez-vous ce qu'un pareil tour de force peut jeter de trouble dans la recherche de la légitimité, et les démangeaisons qui pourront venir au front d'un époux ainsi embrouillé dans son compte ! C'est à bouleverser les ménages ; et, sans médire aucunement des progrès de la thérapeutique, nous estimons que M. le procureur impérial ferait bien de se préoccuper de pareils..... hahnemannismes !

— Une grossesse presque aussi intéressante est celle qui nous

OBSERVATION. — Buffon, en 1767, indique 349 décès entre 15 et 45 ans à Paris relativement à 1,000 survivants de quinze ans *des deux sexes*. En raison de la plus grande mortalité des hommes à cette époque orageuse de la vie, le chiffre donné par Buffon est en parfait accord avec celui de 1813. Ainsi tombent, devant l'évidence des faits, les doutes intéressés relatifs aux tables publiées par ce profond observateur, doutes accueillis un peu légèrement en 1853 par l'Académie de médecine sur un rapport à elle fait par M. le docteur Bricheteau !...

La *mortalité relative* se mesure par le rapport des décès moyens annuels aux survivants de 15 ans. Donc elle a augmenté progressivement dans le cours de ces quarante années, savoir :

En 20 ans, de 1813 à 1833, de 25 pour 100
En 40 ans, de 1813 à 1853, de 48 pour 100

II. Le danger de mort se mesure par le rapport des décès à la population correspondante, c'est-à-dire dans le cas présent, par le rapport des décès entre 15 et 45 ans à la population comprise entre ces deux âges, qui est évidemment *moindre* que trente fois le nombre des vivants de 15 ans, *et d'autant* moindre que la mortalité est plus grande entre les limites des âges extrêmes. Il suit de là que le danger de mort est toujours *plus grand* que la mortalité relative, et d'*autant* plus grand que celle-ci est elle-même plus grande entre les âges comparés.

Pour déterminer approximativement le danger de mort sans recourir à des dénombrements par âge, souvent imparfaits, et avec l'*absolue certitude* d'obtenir toujours un minimum, il est un moyen très simple, c'est d'admettre dans le cas présent que la courbe de vie, au lieu d'être plus ou moins concave entre 15 et 85 ans, se réduit à une ligne droite, alors les populations, aux cinq époques comparées, seront égales aux aires de cinq trapèzes ayant pour hauteur commune 30, pour base supérieure commune 1,000, enfin, pour base inférieure les chiffres des survivants de 45 ans.

L'opération faite d'après ces données présente les résultats suivants :

Éléments du calcul.	1813-1814	1823-1824	1833-1834	1843-1844	1853-1854
Décès annuel, de 15 à 45 ans.	333	391	421	462	491
Populat. de 15 à 45 ans (*maxima*).	25,005	24,135	23,535	25,970	22,635
Danger de mort (*minimum*)	0,013	0,016	0,018	0,020	0,022

Le danger de mort, ainsi calculé, présente un *minimum croissant*, parce que plus la mortalité augmente, plus, en fait, la courbe de vie s'écarte de la ligne droite et devient concave ; la population *calculée* est donc de plus en plus supérieure à la *réelle !...*

Donc, en définitive, il est *absolument certain* que le danger de mort entre 15 et 45 ans a augmenté progressivement dans le cours de ces quarante années, savoir :

En 20 ans, de 1813 à 1833, de 38 pour 100 au moins !
En 40 ans, de 1813 à 1853, de 69 pour 100 au moins !

H. CARNOT.

Ainsi, c'est exclusivement de la mortalité de la ville de Paris que s'occupe M. Carnot.

Il nous prévient d'abord que c'est par modération, et pour ne pas augmenter artificiellement la mortalité en comptant les décès dus aux guerres, révolutions, etc., qu'il choisit exclusivement les décès féminins. Le motif est donc louable et modéré, et il a bien fait de nous en prévenir ; autrement nous l'eussions cru guidé dans son choix par cette petite remarque de M. Legoyt (1), « qu'un fait spécial à la ville de Paris, c'est que le sexe masculin fournit moins de décès que le sexe féminin, » bien que le dénombrement des vivants, au moins depuis 1836, accuse plus d'hommes que de femmes. On sait qu'en général la mortalité masculine est supérieure à la féminine ; il paraît donc que le contraire existe pour Paris, et que M. Carnot a eu du bonheur dans son choix.

« Cela posé, » notre contradicteur nous donne cinq petites tables mortuaires, non en nombre absolu, mais en nombre *relatif* à une somme constante de décès.

Nous voyons avec regret M. Carnot débuter par une série d'inconséquences.

D'abord il veut *essayer* de nous donner des nombres de décès moyens, puisqu'il prend pour chaque époque des périodes de plusieurs années. L'intention est bonne, mais l'exécution n'est pas heureuse. Il espère obtenir un nombre moyen en considérant deux années seulement : tout le monde lui dira qu'une période de deux ans est insuffisante pour neutraliser les perturbations accidentelles si fréquentes dans une capitale, et que souvent il doit obtenir des moyennes *non moyennes*. C'est ce qui lui arrive pour la période (1853-1854) destinée à couronner son œuvre : il choisit *deux* années de choléra, et la seconde de cherté...... Mais laissons ces misères ; nous n'en sommes pas réduits, Dieu merci, à séparer ici l'ivraie du bon grain : tout est ivraie, hélas ! Il y a variété seulement dans cette méchante espèce, et tout notre embarras est de sérier nos matériaux d'une manière agréable et facile.

Passons donc légèrement sur les lignes qui suivent les cinq petites mortuaires, et arrivons tout de suite aux tables de survie. Ce sont là les bases de l'édifice.

« Il y a lieu, dit notre contradicteur, d'établir, D'APRÈS CES BASES EXPÉRIMENTALES, les cinq tables de survivance qui, relativement à cet âge, correspondent aux cinq époques mises en parallèle. Voici ces tables. »

Voilà ce qui s'appelle se sauver dextrement d'un mauvais pas, ou plutôt s'embourber d'une allure si dégagée, que personne ne s'en doute, pas même l'embourbé, je crois.

Comment, monsieur Carnot, vous nous faites en un instant cinq tables de survie pour la ville de Paris, cinq tables qui méritent toute confiance, et cela sans nous dire votre secret !

Est-ce la méthode de Halley, rajeunie par X. Heuschling, que vous avez employée ? Mais ce savant nous a dit et expliqué, dès 1693 (*Trans. philos.*, p. 596), qu'il estimait que sa méthode n'était pas applicable « aux grandes villes, telles que Londres, Dublin, etc.,

(1) *Statis. fr. pop.*, t. II, 1855.

a servi de texte à quelques remarques sur les accouchements posthumes (*Gaz. hebd.*, n° 8, p. 122). Vous savez déjà que cette lugubre histoire a volé à travers la ville sur les ailes d'un palmipède commun dans les basses-cours. Voici maintenant la narration authentique du fait. Au n° 65 du faubourg du Temple, une jeune femme, succombant à une fièvre typhoïde, accouche, pendant l'agonie, d'un fœtus de quatre mois. La mort consommée et constatée, on procède à l'exposition du corps. Bientôt, et sans doute par suite de la secousse imprimée au cadavre, du sang s'échappe en abondance et coule sur le sol. Comme c'est l'usage en pareil cas, l'inspecteur au convoi fait remonter le cercueil pour parer à cet inconvénient. Mais la foule s'émeut, les voisins s'interrogent ; un ferblantier d'humeur agréable (ces gens-là aiment le bruit) s'avise de dire que la femme n'est pas morte. La nouvelle circule. Quelques minutes après, une fruitière versait plus de larmes que si elle eût épluché ses oignons, en racontant comme quoi elle avait entendu la mère gémir et l'enfant vagir. Un épicier, jouant et fraternisant, près de sa fenêtre, avec ses cornichons, avait aperçu le commissaire de police qui entrait dans la maison, flanqué d'une nourrice dodue. C'est cette version qui a été publiée par un grand journal, lequel a, du reste, oublié d'ajouter (ce qui est pourtant bien connu dans le faubourg) que la nourrice, toujours généreuse, a refusé obstinément des honoraires *pour le premier mois*. Un de nos collaborateurs, se trouvant auprès d'un malade du voisinage, a appris que la mère avait été descendue à la cave, où elle devait rester quatre jours, pour empêcher le retour de la léthargie. Hélas ! c'est dans une fosse que la pauvre femme a été mise, et elle y restera plus de quatre jours.

Les journaux politiques ont, vous le savez, à leur solde une meute d'*hommes-courants* qui vont à la piste des nouvelles et qui rapportent. Comme chaque trouvaille a sa récompense, ces gens-là happent tout ce qu'ils trouvent, sans souci de la qualité. Tant qu'il ne s'agit que de serpents de mer et de veaux à deux têtes, le mal n'est pas grand ; mais on se demande s'il est permis de forger ou de reproduire par la publicité des récits susceptibles de jeter la terreur dans la population, de mettre en suspicion la vigilance

à cause des grandes et variables successions d'étrangers, etc.; » et il choisit avec soin, pour son travail, une ville (Breslau) qu'il estime être le siége de très peu de déplacement.

Est-ce la méthode de Demontferrand ou celle de M. Guillard (1)? Mais elles supposent également que des mouvements d'émigration et d'immigration ne troublent pas les populations?

Est-ce par la méthode *nouvelle* de M. Quételet (2)? Ce serait certainement la meilleure pour la ville de Paris; mais cette méthode supposerait cinq bons recensements par âge correspondant à nos cinq périodes, et nous n'en avons que deux fort médiocres et qui n'ont pas vos sympathies.

Quelle méthode avez-vous donc adoptée?

Vous n'auriez pas, sans doute, supposé l'égalité des naissances et des décès, et admis un calme et une régularité absolue dans les mouvements des vivants? Vous n'avez pas supposé une population immobile et isolée de toutes parts et nullement troublée par les mouvements d'émigration et d'immigration? De toutes les méthodes ci-dessus indiquées ce serait la plus mauvaise; car de toutes les hypothèses qu'elle nécessite, aucune n'est réalisée.

Et c'est pourtant cette méthode-là qu'a préférée M. Carnot!

Elle lui a fourni des tables de survie qui, *une fois acceptées*, démontreraient une incontestable et considérable augmentation de mortalité: il n'y a donc pas à reculer, c'est la méthode statistico-mathématique elle-même qu'il faut discuter. Aussi bien, il est bon que nous, médecin, nous nous familiarisions avec ces tables qui nous indiquent les évolutions de la vie et de la mort pour l'espèce humaine prise en masse. La physiologie, telle qu'on la connaît dans nos facultés, ne traite que de l'individu: mais l'être collectif lui échappe, et pourtant son histoire est écrite dans ces tables;

Dans les tables mortuaires, qui nous indiquent le nombre des décédés à chaque âge;

Dans les tables de population, qui nous indiquent le nombre des vivants de chaque âge qui existent dans la nation;

Dans les tables de survie, qui supposent qu'on suit un nombre déterminé de nouveau-nés de la naissance à la mort, en notant à chaque période d'âge le nombre des survivants;

De sorte qu'il y a cette différence entre la table de survie et la table de population, que la table de survie indique le nombre des vivants à chaque âge, SI toute une génération était soumise, depuis sa naissance jusqu'à sa mort, *à une même loi de mortalité* (à la loi actuelle, par exemple); tandis que la table de population donne, *en dehors de toute hypothèse*, le nombre des vivants de chaque âge. Il en résulte que si le nombre des naissances et la mortalité de chaque âge étaient invariables pendant un siècle, la table de population se confondrait avec la table de survie. Les premières tables de cette espèce furent dressées, dès la fin du XVII^e^ siècle, par des mathématiciens purs, pour servir aux touchantes combinaisons financières que réclament les tontines et l'assurance mutuelle. Ces tables n'ont pas tardé à exciter la curiosité des savants et l'intérêt des naturalistes. Nos illustres pères de la fin du XVIII^e^ siècle, dont un grand cœur animait toujours l'intelligence, s'en sont occupés avec ardeur. On voit à leurs travaux que les plus vertueux et les plus savants d'entre eux en avaient compris l'importance: Montyon, Messance, le grand Voltaire lui-même, Dupré de Saint-Maur, Lavoisier, Lagrange, Condorcet, Duséjour, Duvillard, Laplace, etc.

Buffon ne croit pas pouvoir faire l'histoire de la physiologie humaine, s'il ne donne pas la loi de mortalité qui régit l'espèce.

Ce point de notre histoire est presque oublié de nos jours: on en cherche en vain une trace dans les traités classiques de physiologie, où l'on traite longuement de l'individu et où l'on oublie l'être collectif.

Nous essaierons un jour de montrer la riche moisson que les sciences qui traitent de l'homme, de l'hygiène et de la prophylaxie en particulier, peuvent espérer de l'étude des diverses tables de mortalité ou de vitalité. Aujourd'hui, nous avons un travail en apparence plus aride: c'est de montrer le mauvais usage qu'on en peut faire; c'est de prouver que l'ignorance a cela de funeste, qu'on ne tire pas profit des biens qu'on a, mais encore qu'on se blesse en les touchant: tel ce moine allemand, triste inventeur de la poudre, qui se tue en maniant le salpêtre; tel M. Carnot et son école en touchant aux tables mortuaires.

C'est ce qui apparaîtra, j'espère, avec la plus grande netteté, aux yeux du lecteur, s'il veut nous suivre dans ce travail.

Les différentes tables dites de mortalité sont ordinairement distribuées par période d'âge de 1 année, ou au plus de 5 années pour les âges adultes; mais comme la cause en question (l'influence vaccinale) n'exige que la considération des trois périodes d'âge, nous adopterons pour toutes nos tables les trois périodes fixées par nos adversaires: de la naissance à 15 ans, de 15 à 45 ans et de 45 ans et au-dessus. Comme il s'agit de la valeur des raisonnements et non de celle des chiffres, qui doivent seulement fixer les idées, nous prendrons de très petits nombres, et nous négligerons les fractions. Enfin, pour serrer notre langage, et par suite notre logique, nous représenterons, *suivant l'usage:*

Par P la population de tout âge.
Par P_{0-15} la population de la naissance à 15 ans.
Par P_{15-45} la population de 15 à 45 ans.
Par $P_{45-\infty}$ la population de 45 ans et au-dessus.

On sait qu'en mathématique ∞ est la notation de l'infini.

Nous représentons par N les naissances;

Par D les décès;

Par D_{0-15}, D_{15-45}, $D_{45-\infty}$, les décès de nos trois périodes d'âge;

Enfin, nous désignons par V les survivants des tables de survie, mettant l'âge au pied de la lettre;

(1) *Annuaire de statis.*, 1854.
(2) *Bulletin de la commission centrale de statis. belge*, t. V.

de l'autorité et la sollicitude ou le savoir du médecin, dans l'acte si grave de la constatation des décès. On sait les dispositions instinctives d'une certaine classe à croire qu'on se joue aisément de sa vie; les épisodes connus de l'épidémie cholérique de 1832 n'étaient que l'expression accidentelle d'un sentiment permanent, qui peut sommeiller, mais qui ne meurt pas. Si la source de ce sentiment, puisé dans le malheur, le rend digne de pitié, ceux-là sont coupables qui, pour offrir quelque appât à une grossière curiosité, l'entretiennent et le surexcitent par de faux récits.

— Peut-être, cher confrère, un moment de calme plat dans la constitution médicale de votre pays vous aura permis de visiter le Paris d'aujourd'hui, et vous aurez été faire votre pèlerinage de rigueur à la place Napoléon. Pour le moins, vous connaissez les dissidences qui se sont produites relativement à la convenance d'une statue équestre dans la cour du Louvre, et toutes les critiques élevées contre l'œuvre tourmentée et violente de M. Clésinger. Vous voudriez, comme tout le monde, à la place de ce gros cheval rétif et de ce François I^er^ cuirassé, une statue en pied et qui ne portât pas un costume de guerre au beau milieu du palais des arts. Nous avons votre affaire. Ce ne peut pas être le fils de Louise de Savoie. On ne comprend guère le vainqueur de Marignan et l'éternel batailleur d'Italie autrement qu'à cheval, surtout dans un lieu public, encore bien qu'on en ait fait un protecteur éclairé des lettres et des arts. *Bien fol est qui s'y fie.* Le personnage qu'il faut planter dans la cour du Louvre, c'est le chirurgien célèbre qui a laissé l'empreinte de ses pas sur les escaliers, en portant les secours de son art à deux générations de rois; c'est l'homme dont le sang huguenot ne tenta pas l'appétit de Charles IX. Il fut jugé assez grand et assez utile pour être soustrait aux coups de la politique féroce qui se tramait au sein même du palais; que ce jugement soit donc ratifié par le bronze!

— Nous sommes ici en pleine frérie; c'est l'époque où les sociétés savantes s'assemblent pour la seule séance où tout le monde opine du même mouvement de tête, la séance du banquet annuel.

Par V_0 les survivants n'ayant pas encore un an révolu ;
Par V_{15} les survivants ayant 15 ans révolus, par conséquent, de 15 à 16 ans ;
Par V_{45} les survivants ayant 45 ans révolus, etc.

Cela étant posé, nous croyons devoir donner à notre démonstration deux formes différentes : la première sera toute rationnelle, ne relèvera que des forces de la logique ; elle tentera de faire saisir *quelques-unes* des causes des erreurs de M. Carnot et de ceux qui construisent des tables de survie d'après sa méthode ; mais nous ne pousserons pas jusqu'au bout cette analyse, de peur de fatiguer l'attention du lecteur.

L'autre démonstration, que j'appellerai mathématique, parce que je lui donnerai la forme, mais la forme seulement, de certains théorèmes géométriques, me paraît ne rien laisser à désirer pour la précision et la netteté de la conclusion. Puisque M. Carnot est géomètre, j'espère qu'il en sera satisfait.

I. Démonstration rationnelle des erreurs de M. H. Carnot *dans la construction de ses tables de survie.*

Concevons un peuple immobile dans sa population et dans sa mortalité, c'est-à-dire dont la moyenne des naissances égale la moyenne des décès, et dont les décès soient (année moyenne) distribués en même mesure sur les mêmes âges (ce qu'on exprime encore en disant que le *coefficient* de mortalité est invariable à chaque âge) ; que cette nation ne soit le siége d'aucune émigration ni immigration notable. Alors la méthode qu'emploie M. Carnot sera fort bonne ; en effet, elle consiste à avoir simplement une table mortuaire exacte, soit :

D_{0-15}	33
D_{15-45}	23
$D_{45-\infty}$	44
D	100

Puisque tout se passe uniformément, puisque, par hypothèse, le coefficient de mortalité à chaque âge est invariable, les 100 D de notre table supposeront 100 N correspondantes, ces 100 nouveau-nés auront fourni 33 D_{0-15} quand ils seront arrivés à 15 ans ; il ne restera donc plus que 100—33, soit 67 survivants de 15 ans, qui fourniront à leur tour 23 D_{15-45} ; ils seront donc réduits, à 45 ans, à 67—23, soit 43 V_{45}, qui, succombant successivement dans la dernière période d'âge, fourniront les 44 derniers décédés de la mortuaire ci-dessus, dont nous tirons ainsi, par simples soustractions successives, la table de survie suivante :

N.	100
V_{15}.	67
V_{45}.	44

Mais si nous introduisons la moindre modification dans les hypothèses que nous avons posées, nos opérations cessent d'être légitimes.

En effet, supposons d'abord que les naissances surpassent les décès, et c'est le cas de presque toute l'Europe, supposons que 100 D correspondent, comme à Paris, à 112 naissances ; si, malgré ce fait, je suppose, avec M. Carnot, N = D, et que, prenant 100 N, je veuille en ôter les 33 D_{0-15}, je fais là une première opération frauduleuse.

Car ces 33 décès, de 0 à 15 ans, ne sont pas dus à 100 naissances, mais à 112 ; par conséquent, 100 N annuelles n'eussent donné lieu qu'à 30 D_{0-15} environ. En supposant donc que les survivants de 15 ans sont représentés par la formule 100—33, soit par 67, comme on fait dans la méthode de mon contradicteur, on diminue arbitrairement le nombre des survivants, on augmente la mortalité, et cette première erreur continue à peser, mais en s'atténuant, sur les âges suivants.

2° Si l'ordre de mortalité change, si, par les progrès du bien-être, de l'hygiène, de la prophylaxie, etc., la mortalité de l'enfance a diminué ; si elle était notablement plus grande il y a quinze ou vingt ans (et elle a diminué DE MOITIÉ, d'après les estimations les plus modérées), il en résulte que les 23 décédés actuels de 15 à 45 ans sont issus d'un groupe de vivants dont l'enfance a été décimée par une mortalité plus rapide, qui a, en conséquence, *atténué le nombre actuel des adultes ;* il en résulte que ce nombre affaibli d'adultes donne aujourd'hui un faible chiffre de D_{15-45}, comparé à celui que donneraient nos 67 survivants de 15 ans soumis aux mêmes chances actuelles de mortalité ; en conséquence, le chiffre de 23 D_{15-45} sera trop faible, la formule 67 — 23, donnera un nombre 44 trop grand pour les survivants à 45 ans, et la mortalité des adultes sera faussement diminuée.

Ainsi, par une première opération on a augmenté arbitrairement la mortalité de l'enfance, par une seconde on diminue non moins arbitrairement celle des adultes, et notez que c'est surtout pour *ses premières* tables de survie que M. Carnot a dû obtenir ces résultats, puisque c'est surtout de 1800 à 1815 que la mortalité de l'enfance a notablement diminué. C'est ce qui explique pourquoi il trouve, selon son désir, une faible mortalité pour les adultes de *cette première période.*

Nous pourrions, en continuant ces considérations un peu abstraites et fort multipliées, passer en revue toutes les erreurs dans lesquelles s'est enferré le chef de la doctrine ; mais nous sommes trop riche pour tout donner : le lecteur en serait accablé. Nous démontrerons tout à l'heure, par A+B, que, par d'autres motifs encore, mon contradicteur devait arriver à l'absurde.

Contentons-nous de dire, pour terminer ce sujet, qu'il arrive à M. Carnot ce qui arriverait à un statisticien...., non, à un médecin qui, de nos jours, pour apprécier les âges auxquels sévit la variole, voudrait le faire par l'examen des décédés, et qui trouvant

---

Deux sociétés dont les travaux vous intéressent plus particulièrement, lecteur bienveillant de la Gazette, la *Société de médecine du département de la Seine* et la *Société anatomique*, ont procédé récemment à cette œuvre d'hygiène et de confraternité. Il nous aurait plu de vous réjouir le cœur du tableau de ces riantes et douces réunions, de vous redire les toasts portés par MM. Cazeaux et Fauconneau-Dufresne à l'un des banquets, par MM. Barth et Axenfeld à l'autre, au risque de soulever de nouveau l'indignation du hahnemannisme; mais toutes ces allégresses sont aujourd'hui voilées de deuil. Un de nos collègues les plus distingués à la Société du département de la Seine, M. le docteur Petit, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, vient d'être frappé d'une mort inattendue. Ce que nous pourrions dire de cette perte si regrettable a été exprimé sur sa tombe, en termes échappés du cœur, par le secrétaire général de la Société, M. Boys de Loury, bien digne de célébrer l'honorabilité professionnelle et de flétrir, comme il en a eu l'occasion dans la circonstance, une injustice provoquée par de basses et faméliques ambitions.

Voici le discours de M. Boys de Loury :

Messieurs, en présence du coup si cruel et si peu prévu qui vient de frapper la Société de médecine de Paris, je ne me sens pas le courage de vous entretenir longtemps du trop juste sujet de notre douleur. Lié depuis plus de vingt ans avec Petit, par des relations que l'amabilité, la douceur de son caractère, sa modestie et son indulgence rendaient si faciles, nos rapports à la Société avaient encore resserré l'intimité de notre amitié.

Préparé par de bonnes études classiques, interne des hôpitaux, élevé à la sévère école de l'Hôtel-Dieu, Charles Petit ne pouvait manquer, quelle que fût la direction médicale qui lui serait donnée, de laisser sa trace dans la route scientifique qu'il allait entreprendre.

Nommé fort jeune encore médecin-adjoint des Eaux de Vichy, il n'a cessé, depuis 1832, de s'occuper de la manière la plus active d'un service auquel il apportait chaque année des améliorations : c'est à lui qu'on doit l'application de ces eaux à des affections contre lesquelles ce moyen thérapeutique n'avait pas encore été mis en usage.

Ce n'est, Messieurs, ni le lieu, ni le moment d'entrer dans des considérations scientifiques qu'il appartiendra à d'autres mieux qu'à moi de peser et d'apprécier, après que le marbre aura recouvert ses restes mortels ;

Sur 100 D_{0-25} . . . . 6 }
100 D_{25-50} . . . . 14 } Cadavres portant des cicatrices de variole.
100 $D_{50-\infty}$ . . . . 30 }

conclurait que les chances d'être variolé augmentent avec l'âge, etc. Cette conclusion serait pourtant légitime, si, pendant un siècle, la variole n'avait éprouvé aucune modification dans ses manifestations; mais elle devient absurde, depuis qu'un préservatif, datant d'un demi-siècle, progressivement appliqué, a garanti de plus en plus les jeunes générations, tandis qu'il a à peine agi sur ceux âgés de plus de 50 ans.

Sans être aussi prononcée, la même inconséquence existe dans la méthode de M. Carnot appliquée à une population dont les conditions de vitalité ont éprouvé de notables modifications.

En général, quand les coefficients de mortalité à chaque âge changent, les différents groupes de décès par âge d'une mortuaire ne peuvent être considérés comme formant une même série dont les termes se succèdent naturellement, ou comme le résultat des décès successifs d'un même nombre de vivants que l'on suit de la naissance à la tombe.

Chaque groupe relève d'une mortalité propre aux différentes périodes d'âge qu'il a parcourues.

Ainsi l'hypothèse d'une population immobile, celle de N = D, pour servir à la construction des tables de survie et de population, doit être abandonnée et l'est en effet. Mais si cette méthode est fallacieuse quand on l'applique à une grande nation dont les mouvements, même les plus notoires, ont une certaine lenteur, que deviendra-t-elle si on l'applique :

A une ville comme Paris, dont la population a presque doublé depuis un demi-siècle ;

A une ville dont les trois quarts de la jeune population émigrent par l'envoi en nourrice, et qui à *d'autres âges*, de 20 à 30 ans, reçoit du dehors *autant* de vivants qu'elle a de natifs de cet âge (1) ;

A une ville qui, tandis qu'elle ne renferme que 133,000 âgés de 5 à 15 ans, en renferme presque le double (255,000) de 20 à 30 (2) ; et M. Carnot suppose, dans la construction de ses tables, que ce sont uniquement ses natifs survivant à 15 ans qui fournissent les décès que l'on compte à Paris entre 15 et 45! Il suppose que les étrangers ne meurent pas dans cette ville ! Il a même écrit une lettre fort curieuse pour nous prouver cela (3) ; et pourtant, l'état civil, d'accord avec le recensement, dit que, sur 100 décès à Paris, il y a 50 étrangers à cette ville (*Rech. stat. sur Paris*, t. V).

Mais bornons là cet examen, afin de ne pas trop exiger du lecteur, car nous ne sommes pas au bout, il s'en faut.

(1) Bertillon, *Union médicale*, 31 janvier 1856.
(2) Recensement de 1851, *Statis. de Fr. pop.*, t. II.
(3) *Union médicale*, 31 janvier 1856.

II. Démonstration mathématique des erreurs de M. Carnot *dans la construction de ses tables de survie.*

Préliminaire (lemme). — Il existe dans la statistique un mirage fort captieux : c'est celui auquel donnent lieu les tables mortuaires et les tables de population ramenées à une somme constante. Ces *tables relatives* sont très commodes pour la comparaison. Elles ne donnent pas les nombres *vrais* des décès ou des vivants, mais elles donnent exactement les rapports des différents groupes qui les composent. Ainsi, dans une nation, par exemple, la *distribution des âges* avant et après 50 ans peut être exactement indiquée par cette table :

P_{0-50} . . . . 80 }
$P_{50-\infty}$ . . . . 20 } 100

Si trente ans plus tard, par le seul fait de l'augmentation de vitalité des vieillards on en trouve 25 pour 100 au lieu de 20, la table des rapports deviendra :

P_{0-50} . . . . 75 }
$P_{50-\infty}$ . . . . 25 } 100

De sorte qu'un observateur superficiel pourra croire que *dans la nation* le nombre des vieillards a augmenté ET le nombre des jeunes et virils a diminué, car il lui échappera que *cette table n'exprime qu'un rapport*, et qu'un rapport peut être modifié, OU par la diminution d'un terme, OU par l'augmentation de l'autre, OU par un mouvement complexe de tous deux.

De sorte que, par la comparaison de ces deux petites tables :

P_{0-50}	80	75
$P_{50-\infty}$	20	25
P	100	100

il est IMPOSSIBLE de savoir si le *changement de rapport* des âges vient, OU de de l'augmentation des vieillards, OU de la diminution des jeunes adultes, OU même d'un mouvement complexe de tous deux.

Cependant nos contradicteurs ont le malheur de ne pouvoir se pénétrer de cette petite vérité arithmétique ; de sorte que nous avons la douleur de voir le maître venir sombrer sur un écueil déjà célèbre par le naufrage de « son élève ». Nous leur avions pourtant signalé, même un peu sévèrement, l'existence de l'écueil (*Union médicale*, 3 janvier 1856).

Théorème. Revenons maintenant à M. Carnot. Acceptons la première mortuaire qu'il nous donne comme appartenant à la période 1813-1814 ; faisons seulement abstraction des derniers chiffres. Nous la désignerons par [A].

Que le lecteur nous prête encore un moment d'attention ; nous croyons qu'il sera dédommagé par la rigueur du résultat.

mais ce qu'il m'appartient de proclamer, c'est l'honorabilité du caractère de Petit, cette droiture dans toutes ses actions, la conviction qu'il avait dans ses principes, cette bienveillance qu'il portait dans toutes ses relations, qualités qui lui avaient conquis autant d'amis parmi ses clients que chez ses confrères.

Permettez-moi, Messieurs, de terminer par un fait qui honore autant celui que nous regrettons que la Société de médecine que je représente. A une époque encore bien rapprochée de nous, Petit fut brusquement destitué des fonctions qu'il remplissait avec tant de conscience depuis plus de quinze ans, comme si, par son sacerdoce, le médecin n'était pas neutre devant tous les partis. Sitôt que la Société de médecine de Paris connut cette injustice, elle en fut émue, et une réclamation signée de tous ses membres fut immédiatement adressée au pouvoir ; nous eûmes le bonheur, par cet acte d'une confraternité dont Petit était si digne, d'avoir contribué à le faire réintégrer dans ses fonctions.

Nommé depuis peu de temps inspecteur en chef de Vichy, son âge, sa santé, ne pouvaient nous faire prévoir la séparation cruelle que la Providence nous réservait, en venant inopinément enlever Petit à la tendresse d'une illustre famille, à l'amitié sincère de nous tous. Devant une si profonde douleur, la raison chrétienne peut seule nous apporter quelque consolation ; elle nous laisse espérer la récompense éternelle de celui qui, sur cette terre, a si bien connu et rempli tous ses devoirs.

A. Dechambre.

— M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), répond à la réclamation de M. Ancelon (voir le dernier numéro, p. 128), qu'il n'avait pas connaissance du travail de ce confrère, sur le traitement de la fistule à l'anus par la pommade au nitrate d'argent, et qu'il employait déjà ce moyen douze ans avant la date du travail précité.

— Par décret impérial du 20 février 1856, ont été promus au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur, MM. Huard et Raichou, médecins-majors.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours au Collége de France, le vendredi 29 février 1856, et continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Il traitera des effets des substances toxiques et médicamenteuses.

Mortuaire relative.

Années 1813 et 1814

[A]

D_{0-15}	33
D_{15-45}	22
$D_{45-\infty}$	45
Pour. . .	100 D de tout âge.

Nous allons maintenant discuter (1) cette mortuaire, c'est-à-dire faire varier successivement la mortalité des enfants et des vieillards ; mais nous laisserons *invariable* celle des âgés de 15 à 45 ans, et nous aurons le plus grand soin ne n'introduire aucune supposition qui puisse altérer cette mortalité des virils.

Admettons, par une première hypothèse, que, par suite des progrès de l'hygiène, de la prophylaxie, de la médecine, la mortalité des enfants a diminué. Il n'y a rien dans cette supposition qui puisse amener des changements dans la mortalité du reste des vivants ; nous la supposerons donc stationnaire aux autres âges.

Je dis qu'en vertu de nos hypothèses :

1° Le nombre absolu *et* le nombre relatif des décès de 0 à 15 ans *diminueront;*

2° Le nombre absolu des décès aux autres âges restera *fixe*, mais les membres *relatifs augmenteront*.

En effet, quand je compterai 100 décédés, je n'en trouverai plus 33 de 0 à 15 ans, puisque la mortalité de cet âge a diminué, mais par exemple 28.

Dès lors notre mortuaire deviendra :

$$\left.\begin{array}{l} D_{0-15} \ldots\ldots 28 \ldots \\ \left.\begin{array}{l} D_{15-45} \ldots\ldots 22 \\ D_{45-\infty} \ldots\ldots 45 \end{array}\right\} + 5 \end{array}\right\} 100$$

Soit, en distribuant ces cinq décès proportionnellement aux deux derniers âges :

D_{0-15}	28
D_{15-45}	24
$D_{45-\infty}$	48
	100

Toujours pour 100 décès. Il est clair pourtant que, par le fait de notre hypothèse, le nombre *absolu* des décès a diminué ; mais comme dans ces tables relatives il est d'usage que la somme de tous les termes soit invariable, afin de rendre plus facile la comparaison de ces tables entre elles, il en résulte que, *lorsqu'un terme décroît, les autres croissent nécessairement*, sans que cela indique le moins du monde que les *valeurs absolues* des décès de ces âges (dont les nombres relatifs ont grossi) aient réellement augmenté.

Ceci bien compris et posé, continuons, par une seconde hypothèse, la discussion de notre mortuaire *modifiée*. Supposons que, par un motif ou par un autre, le nombre des décès âgés de 45 ans et au-dessus ait diminué de plus du quart (2).

Si nous comptons les décès après cette profonde modification, nous ne trouverons plus, sur 100 cadavres, 48 $D_{45-\infty}$, mais, par exemple, seulement 33 $D_{45-\infty}$. Remarquons encore qu'il n'y a rien dans notre seconde hypothèse qui puisse augmenter la mortalité des autres âges : les vieillards meurent un peu moins, un grand nombre surtout ont émigré à la campagne, etc., et pourtant, comme nous ne trouvons plus que 33 $D_{45-\infty}$ sur 100, il faudra que les décès des deux autres âges, *dans notre table relative*, soient augmentés des 15 D manquant ; puisque la somme des décès de tout âge doit être un nombre constant, la mortuaire deviendra donc :

$$\left.\begin{array}{l} D_{0-15} \ldots\ldots 28 \ldots \\ \left.\begin{array}{l} D_{15-45} \ldots\ldots 24 \\ D_{45-\infty} \ldots\ldots 33 \end{array}\right\} 15 \end{array}\right\} 100$$

Soit environ, en distribuant les 15 décès :

[B]

D_{0-15}	36
D_{15-45}	31
$D_{45-\infty}$	33
	100

Ainsi, par le fait de nos deux hypothèses successives, la mortuaire [A] est devenue la mortuaire [B].

	[A]	[B]
D_{0-15}	33	36
D_{15-45}	22	31
$D_{45-\infty}$	45	33
	100	100

Ainsi *il est constant* que la mortuaire [A] peut devenir la mortuaire [B] *sans que cette métamorphose implique l'augmentation de la mortalité des âges virils*, ni même des deux autres âges.

Souvenons-nous maintenant que la mortuaire [A] est *la première* des cinq tables que nous octroie M. Carnot, et remarquons que la mortuaire [B] est, à peu de chose près, *la dernière* de la série, celle qui se rapporte à la *période* 1853 *et* 1854. D'où il résulte que les mortuaires de M. Carnot *n'impliquent* nullement, en passant de l'une à l'autre, une augmentation de mortalité à aucun âge. Suivons cependant sa méthode jusqu'au bout ; construisons, *d'après ses principes* et sa manière, sur nos deux mortuaires [A] et [B], deux tables de survie. Nous aurons d'abord :

	Survie de la mortuaire. [A]	Survie de la mortuaire. [B]
N	100	100
V_{15}	67	64
V_{45}	45	33

Puis, si nous supposons partout 100 survivants à 15 ans, au lieu de 67 et de 64, nous aurons :

	Survie de la mortuaire. [A]	Survie de la mortuaire. [B]
V_{15}	100	100
V_{45}	67	52
Perte en 30 ans.	33	48
Perte annuelle.	1,1	1,6

D'OU IL SUIT QUE, tandis que les deux mortuaires dont nous partons *n'impliquent en aucune façon, en passant de l'une à l'autre, une augmentation de mortalité des virils, les deux tables de survie qui en sont déduites par la méthode de M. Carnot* AFFIRMENT POSITIVEMENT *cette augmentation*, CE QUI EST CONTRADICTOIRE. Donc *la méthode* en question *est fallacieuse*, ainsi que les conclusions auxquelles elle mène.

Et, à cette démonstration, *nous défions la doctrine, maître et « élèves »*, de rien répondre qui ait le sens commun.

Ainsi, pour nous résumer :

La méthode qu'emploie M. Carnot pour construire sa table de survie *suppose à Paris :*

Qu'il n'y a pas d'émigration importante, *et cela n'est pas;*

Suppose qu'il n'y a pas d'immigration notable, *et cela n'est pas*, il s'en faut ;

(1) On appelle discuter un problème, faire croître ou décroître ses différentes données en étudiant les résultats qu'entraînent ces variations.

(2) Et dans l'espèce, c'est ce qui est arrivé dans la capitale pour cette simple raison, que le nombre relatif *des habitants de Paris*, au-dessous de 50 ans, a diminué lui-même de plus d'un quart depuis 1817 ; en effet, le recensement de cette époque compte sur 100 habitants, 20,5 âgés de plus de 50 ans, et celui de 1851 n'en compte que 14,3.

Suppose que les naissances égalent les décès, *et cela n'est pas*;
Suppose une mortalité immuable à chaque âge, *et cela n'est pas;*
Suppose, en conséquence, que la population n'augmente pas, *et cela n'est pas.*

Non-seulement aucune de ces conditions n'existe, mais nulle part peut être, en Europe, les conditions contraires ne sont plus développées.

Ainsi, si la démonstration quasi géométrique prouve l'absurdité de la méthode, le bon sens ne se prononce pas moins énergiquement. Cessons donc de frapper sur ces ruines.

M. Carnot a tellement condensé l'erreur dans sa lettre, que nous n'en avons encore soumis que la moitié à la critique, que nous n'avons pas encore répondu à son observation sur Buffon, ni examiné les chiffres qu'il attribue à sa mortalité dite *relative* et au danger de mort; mais il détermine ses valeurs sur ses tables de survie, et le lecteur en connaît suffisamment la nullité; et, bien que sa seconde moitié de lettre pût nous offrir matière à des observations assez piquantes, nous nous arrêtons de lassitude. Quant à son assertion sur Buffon, il est toujours bon de ne pas laisser l'erreur se parer d'un grand nom, serait-ce indûment. Dans la fin de ce travail, qui paraîtra dans un prochain numéro, nous répondrons donc catégoriquement sur ce point, et nous verrons que Buffon, quoique fort peu statisticien, en savait déjà plus que M. Carnot. Ensuite, nous examinerons avec le plus grand soin ce qu'on doit penser de la mortalité de la ville de Paris, d'après les documents statistiques imparfaits et insuffisants connus du public.

Destruam et ædificabo. (Moïse).

BERTILLON, D.-M. P.,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

III.

REVUE CLINIQUE.

ANÉVRYSME POPLITÉ DOUBLE (service de M. Nélaton); *Traitement par la compression, insuccès.* — Observation recueillie par M. EUGÈNE NÉLATON, interne du service. — Pièces présentées à la Société anatomique dans les séances des 1er et 8 février 1856.

Louis Panger, cultivateur, âgé de trente-deux ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 24 décembre 1855.

Cet homme, d'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun antécédent du côté de l'hérédité. Sa nourriture a toujours été bonne; il nous dit seulement qu'il buvait beaucoup de cidre, de café et d'eau-de-vie.

Il fait remonter sa maladie à six semaines, époque à laquelle il commença à sentir un engourdissement dans le mollet et le talon gauches pendant la marche, la station et la position assise; néanmoins, il continue ses travaux pendant un mois, et alors la jambe gauche commence à enfler pendant la marche.

Il n'y a que dix-neuf jours qu'il se décida à garder le lit sur le conseil du médecin. La tumeur poplitée gauche n'avait alors que la moitié du volume actuel; quant à la tumeur du côté droit, le malade ne s'en était point encore aperçu, et ce ne fut que ces jours derniers, à son arrivée à Paris, qu'il en fut averti par M. Broca.

Le 25 décembre. — Pouls à 74, régulier.

Bruits du cœur normaux.

Membre gauche très œdématié jusqu'au genou; pas d'autre sensation que l'engourdissement.

La circonférence du mollet gauche est de 39 centimètres, celle du mollet droit 33 centimètres; la circonférence du genou est de 43 centimètres à gauche, 37 à droite.

Le genou gauche, un peu fléchi, est le siége d'un léger épanchement fluctuant, mais n'offrant aucun battement.

Dans le creux poplité gauche, tumeur arrondie, assez bien circonscrite, plus volumineuse que le poing, fluctuante, qui est le siége de battements expansifs énergiques, isochrones à la diastole artérielle, et qui ne disparaissent pas entièrement par la pression directe, à moins que l'on ne comprime en même temps l'artère fémorale au pli de l'aine; bruit de souffle assez léger à la partie supérieure et interne de la tumeur; les battements de la tibiale postérieure sont encore appréciables, quoique plus faibles que du côté opposé; les veines du membre inférieur ne paraissent pas sensiblement dilatées.

Dans le jarret droit, existe une autre tumeur fluctuante, du volume d'une grosse noix, à battements expansifs, disparaissant également par la compression au pli de l'aine, et dans laquelle on n'entend pas de bruit de souffle.

Ni l'une ni l'autre de ces tumeurs anévrysmales ne paraît renfermer de caillots.

Le 26 décembre. — Saignée de 300 grammes; application de l'appareil de M. Broca sur la cuisse gauche pour la compression alternative de la fémorale, de manière à diminuer seulement le cours du sang sans l'interrompre complétement. Teinture de digitale, 15 gouttes par jour.

Pendant la nuit, il y eut peu de sommeil, à cause de la gêne causée par l'appareil.

Le 27. — On suspend la compression à une heure pour la rétablir vers quatre heures.

Le 28. — Appareil assez bien supporté; un peu de sommeil; pouls à 70.

Le 29. — Il semble que la tumeur s'affaisse plus facilement sous la pression directe de la main. Pouls à 64.

Le 30. — Le malade souffre de la pression des pelotes, surtout de la pelote supérieure. Pouls à 70.

Le 1er janvier 1856. — On continue toujours la compression alternative au pli de l'aine et à l'anneau du troisième adducteur, pendant deux ou trois heures sur chacun des points. Cette compression, au degré où elle peut être portée, diminue les battements sans les interrompre complétement; il est même à remarquer qu'ils reprennent une certaine intensité dès que le malade s'est livré à quelque changement de position du membre nécessité par la fatigue.

Le 2. — Pouls à 68. Au lieu de teinture de digitale, on administre un granule de digitaline. On continue la compression.

Le 3. — Une heure après la prise du granule de digitaline, le pouls est à 58; le soir, pouls à 68.

Le 4. — Deux heures après l'administration de la digitaline, le pouls est à 64. Saignée de 300 grammes.

Les jours suivants, l'appareil est difficilement supporté; du reste, les pelotes, surtout celle du milieu de la cuisse, ne compriment pas d'une manière continue, mais seulement pendant quelques minutes, à partir du moment de l'application. C'est presque toujours par suite d'un léger mouvement imprimé au membre du malade que l'artère se dérobe plus ou moins à l'action compressive. La compression pratiquée à l'aide des doigts paraît être le seul moyen de suppléer à l'insuffisance de l'appareil. Vingt-quatre personnes de bonne volonté se présentent, de manière à pouvoir se relayer deux par deux de deux heures en deux heures.

Le 12 janvier. — On institue donc la compression digitale au pli de l'aine, d'une manière non interrompue, et on la continue jour et nuit.

Le pouls est à 120; les battements énergiques dans tout le système artériel. Le malade prend chaque jour deux granules de digitaline.

La première nuit, le malade se plaignit pendant plusieurs heures d'élancements très violents dans la jambe. 4 pilules d'opium de 0,05 dans le courant de la nuit. Point de sommeil.

Le 13. — Application d'un bandage à partir du pied jusqu'au-dessus du genou pour modérer l'engorgement œdémateux, déjà très prononcé. L'épanchement articulaire a presque complétement disparu. Compression digitale non interrompue. La nuit est assez bonne, mais point de sommeil malgré l'opium. Les battements de la tumeur sont moins intenses; elle commence à prendre de la dureté.

Le 14. — Compression digitale moins bien supportée, à cause d'une éruption de quelques pustules dans la région inguinale. 6 pilules d'opium.

La nuit du 14 au 15 est assez calme, malgré quelques élancements passagers dans la jambe et la face dorsale du pied. Du reste, pas de sommeil, si ce n'est d'une manière très passagère.

Le 15. — Tumeur du jarret de plus en plus dure et moins pulsatile. La nuit du 15 au 16, on renouvelle l'application du bandage roulé, ce qui est suivi de douleurs beaucoup plus vives dans le pied et la jambe, douleurs prolongées pendant plusieurs heures, et à la suite desquelles le malade poussa des cris violents et eut un accès de délire, ce qui obligea à enlever le bandage roulé et à cesser la compression pendant une demi-heure. 2 pilules d'opium, administrées immédiatement, contribuèrent à ramener un peu de calme. A partir de trois heures du matin, le malade supporta assez patiemment la compression. Toujours 120 pulsations.

Le 16. — A dix heures du matin, après quatre-vingt-quatorze heures de compression soutenue, la tumeur paraissant beaucoup plus dure et moins pulsatile encore que les jours précédents, on cesse la compression et on laisse le malade reposer tranquillement, après avoir remis un bandage roulé sur la jambe. Plus de bruit de souffle dans la tumeur, qui est moins saillante dans le creux poplité, mais qui paraît élargie sur les côtés du genou, où l'on sent de la fluctuation et des battements expansifs très manifestes, ce que l'on attribue à un épanchement séreux articulaire auquel la tumeur anévrysmale communique ses mouvements. Dans la nuit, le malade dormit quelques heures.

Le 17 et jours suivants. — On le laisse encore dans le repos complet, le membre enveloppé d'un bandage roulé et appuyé sur un coussin assez élevé. Douleurs généralement médiocres, mais devenant très violentes à certains moments.

Le 22. — Diminution très notable des battements de la tumeur, qui sont maintenant très peu sensibles; le pouls, du reste, est redevenu calme et d'une fréquence normale. Le malade ne souffre presque plus et dort un peu la nuit. Il prend chaque jour trois granules de digitaline, et le soir une ou deux pilules d'opium de 0,05.

Les jours suivants, le malade ne se plaint que d'un sentiment de faiblesse générale, et dans la jambe de quelques élancements très passagers.

Dans la nuit du 24 au 25, douleurs très violentes dans le jarret et le reste de la jambe, douleurs qui forcent le malade à enlever lui-même la bande roulée.

Le 25, au matin. — On aperçoit une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs, environnée d'un cercle ecchymotique sur la peau qui recouvre le point culminant de la tumeur anévrysmale vers la partie externe du creux poplité; la jambe et le pied sont le siége d'un œdème et d'une tension considérables; les tissus sont encore sains au niveau de la cuisse. Ces diverses circonstances sont regardées comme l'indication d'une amputation urgente de la cuisse. Le malade y consent. On la pratique dans la matinée, par le procédé à lambeau supérieur. La plaie est réunie à l'aide de six points de suture et de quelques bandelettes de sparadrap.

Le 26. — Aucun accident, point d'inflammation; on laisse le même pansement. Sulfate de quinine, 0,50 par jour, pour tâcher de prévenir l'infection purulente.

Le 27. — Même état satisfaisant; agglutination presque complète des lèvres de la plaie; très léger suintement séro-purulent. On enlève plusieurs points de suture; on renouvelle le pansement simple.

Le 28, au matin. — Aucun accident; presque pas de suppuration. Pansement simple.

Vers deux heures de l'après-midi, douleurs dans l'hypochondre droit, suivies de frisson; accès de délire pendant la nuit. Alcoolature d'aconit.

Les frissons se renouvellent les jours suivants, ainsi que le délire, qui devient bientôt presque continuel.

Le 31 janvier. — Mort à dix heures du matin.

Anatomie pathologique. — La dissection de l'anévrysme du côté gauche nous montre les particularités suivantes :

La peau ne présente rien de spécial, si ce n'est l'eschare déjà mentionnée et l'ecchymose circonvoisine.

L'aponévrose du jarret est éraillée et extrêmement amincie au pourtour de l'eschare, qui elle-même repose directement sur les caillots noirâtres de la tumeur anévrysmale. Celle-ci se présente sous l'aspect de poches multiples à parois celluleuses extrêmement minces, souvent peu distinctes, et paraissant formées uniquement par le tissu cellulo-graisseux refoulé. La poche principale, plus grosse que les deux poings, ovoïde, à grand diamètre vertical de 15 centimètres d'étendue, à petit diamètre transversal de 10 à 12 centimètres, remplit complétement et distend même l'espace circonscrit par les muscles jumeaux, demi-membraneux et biceps; elle communique à droite et à gauche avec des poches accessoires, plus petites, de formes variables, souvent irrégulières, éraillées, laissant couler une certaine quantité de sang liquide lorsqu'on cherche à les circonscrire de trop près avec le bistouri, présentant même vers ces points des espèces d'appendices constitués par une simple infiltration sanguine dans les mailles du tissu cellulaire intermusculaire; une de ces poches accessoires occupe la gaîne du demi-membraneux au voisinage de son insertion inférieure; une autre assez volumineuse, ne renfermant que du sang liquide, et pouvant offrir 7 à 8 centimètres de diamètre, paraît siéger dans l'épaisseur même de la moitié supérieure du jumeau interne, se prolongeant ainsi jusque dans le mollet; néanmoins, en y regardant avec attention, on reconnaît que toutes les fibres musculaires du jumeau sont rejetées en arrière de cette poche, qui paraît siéger plutôt dans une sorte de dédoublement de l'aponévrose antérieure du muscle, avec cette particularité, cependant, que ses parois, examinées à l'intérieur, au lieu d'offrir l'aspect nacré et resplendissant des aponévroses voisines, se laissent facilement déchirer, présentent plus de mollesse, une teinte d'un blanc plus mat, tirant légèrement sur le jaune, se rapprochant, en un mot, de l'aspect des aponévroses mortifiées. Est-ce le simple contact du sang qui est la cause de cet aspect?

La poche anévrysmale principale, à sa partie postérieure, au lieu d'offrir cette paroi celluleuse mince qui la constitue partout ailleurs, et qui laisse voir les caillots par transparence, présente des parois plus épaisses et plus consistantes. Cette portion de tissu, qui retrace assez bien l'aspect des parois artérielles, se dessine comme un renflement fusiforme à direction verticale; les extrémités supérieure et inférieure de ce renflement se continuent directement avec le tronc de l'artère poplitée, laquelle a conservé en deçà et au delà de la poche, son calibre et son aspect normal, au moins à l'extérieur. La recherche du bout inférieur de cette artère, très profondément située au-dessous d'une couche épaisse de muscles, fut laborieuse et nécessita une dissection longue et minutieuse. Qu'eût-ce été si l'on eût opéré cet anévrysme par la méthode ancienne? Le nerf et la veine poplités, contigus d'abord au tronçon supérieur de l'artère, s'en écartent ensuite quelque peu en dehors pour contourner la poche anévrysmale et rejoignent ensuite le tronçon artériel inférieur pour se comporter alors normalement et traverser avec lui l'anneau fibreux du soléaire. La veine poplitée est complétement oblitérée dans sa moitié supérieure par un caillot noirâtre, ferme et adhérent, et dans sa moitié inférieure par accolement et adhésion intime de ses parois fortement comprimées par la tumeur. La cavité des deux bouts de l'artère ne renferme, au contraire, qu'un petit caillot rougeâtre filiforme, non adhérent, qui ne s'est peut-être formé qu'après l'amputation.

Point d'artère collatérale d'un volume notable.

Une coupe verticale et antéro-postérieure, faite au milieu de la tumeur principale, montre qu'elle est remplie par des caillots la plupart noirâtres, peu résistants, disposés en trois masses principales superposées, dont la moyenne paraît la plus foncée, la plus récente et la plus molle, et l'inférieure la plus ancienne; celle-ci, de 2 à 3 centimètres seulement d'épaisseur, jaunâtre, plus résistante que les autres, bien qu'assez friable encore, offre un aspect fibrineux; elle concourt à envelopper les parois d'une cavité particulière qui occupe la partie la plus déclive de la tumeur, cavité qui ne renferme point de caillots, mais seulement du sang liquide, cavité qui se continue sans ligne de démarcation avec celle que

circonscrit le renflement fusiforme déjà signalé à l'extérieur, entre les deux bouts de l'artère poplitée.

La face interne de toute cette cavité est tapissée par une membrane jaunâtre, friable, peu adhérente, à surface lisse, d'un millimètre à peine d'épaisseur, et ressemblant passablement à la tunique moyenne des parois artérielles, avec lesquelles d'ailleurs elle paraît se continuer insensiblement au niveau des points où l'artère poplitée se réunit au renflement fusiforme.

Néanmoins, en y regardant avec attention, on s'aperçoit que la paroi artérielle n'a réellement persisté avec sa structure normale que dans l'étendue d'une petite bande intermédiaire aux deux bouts de l'artère poplitée, bande de 1 à 2 centimètres de large sur 5 ou 6 de long, plissée longitudinalement, et qui se distingue des parois fibrineuses du reste de la poche par une légère différence de niveau et de coloration.

La cavité que nous venons de décrire représente très probablement la dilatation anévrysmale primitive de l'artère (dilatation fusiforme latérale) dont les ruptures ou les éraillures ont permis la diffusion et l'accumulation du sang dans les sacs celluleux de nouvelle formation et incomplétement organisés qui constituent aujourd'hui la plus grande partie de la tumeur.

L'articulation du genou renferme du sang et des caillots rougeâtres : elle communique avec la poche anévrysmale principale par trois orifices arrondis, du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 franc, occupant sa paroi postérieure.

Il n'y a dans cette articulation aucune trace d'inflammation.

L'anévrysme du côté opposé offre une disposition beaucoup moins compliquée que le précédent ; après la dissection de la peau, du tissu cellulaire et de l'aponévrose amincie qui le recouvrent en arrière, il se présente à nous sous la forme d'une tumeur ovoïde d'une dureté qui indique la formation de caillots assez denses, tumeur de couleur brunâtre, de 6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur et 4 d'épaisseur, siégeant immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire, en arrière du condyle interne du fémur, et enchatonnée en grande partie dans une espèce de coque membraneuse très mince formée par le refoulement en arrière et en dedans des fibres musculaires et tendineuses qui constituent l'extrémité supérieure du jumeau interne, coque membraneuse dont on peut facilement l'énucléer en détruisant de faibles adhérences celluleuses.

Les nerfs sciatiques poplités externe et interne suivent leur trajet ordinaire. La veine poplitée est rejetée un peu en dehors et en arrière de la tumeur anévrysmale, mais conserve, ainsi que ses différentes branches, son calibre, sa structure et sa perméabilité normale. L'artère, accolée à la partie antérieure de la veine, ne renferme aucune espèce de caillots et vient se confondre avec la tumeur anévrysmale à la partie externe et supérieure de celle-ci, pour en sortir de la même manière à sa partie externe et inférieure. La portion des parois de la tumeur, qui est intermédiaire aux deux bouts de l'artère, est solide, résistante, comme celle que nous avons décrite pour l'anévrysme du côté opposé, et représente comme celle-ci une sorte de renflement fusiforme des parois artérielles, dans l'intérieur duquel on ne sent point de caillots par la palpation ; la seule différence qui existe avec le côté opposé consiste en ce que le renflement et l'artère à laquelle il fait suite, au lieu d'occuper le côté interne de la tumeur, occupent ici son côté externe.

Une incision verticale de la tumeur suivant un plan dirigé de dedans en dehors et d'arrière en avant vient tomber précisément dans la cavité circonscrite par le renflement fusiforme extérieur de l'artère, et nous montre que la paroi artérielle n'y est conservée intacte que dans l'étendue d'une bande de 1 centim. 1/2 de large sur 4 ou 5 de long et intermédiaire aux deux bouts de l'artère, absolument comme du côté opposé, le reste étant constitué par une couche fibrineuse mince, lisse, jaunâtre et friable, qu'on peut facilement détacher.

La même coupe fait voir que toute la partie compacte de la tumeur, c'est-à-dire sa plus grande partie, est constituée par des couches fibrineuses concentriques, stratifiées, offrant chacune 1 à 3 millimètres d'épaisseur et facilement séparables les unes des autres, interrompues seulement vers leur partie postérieure par l'interposition de quelques caillots récents, mous et noirâtres ; les couches les plus extérieures de la tumeur anévrysmale sont également de nature fibrineuse, et ne paraissent point renfermées dans une enveloppe spéciale constituant un véritable sac, mais sont recouvertes seulement par quelques lambeaux celluleux presque insignifiants qu'on détache à grand'peine, et par l'extrémité supérieure du jumeau étalée en membrane.

On ne rencontre sur le trajet des artères, et spécialement des artères poplitées, aucune espèce d'altération de parois.

Trois artérioles naissent de la tumeur anévrysmale du jarret droit à sa partie la plus déclive ; deux d'entre elles ont conservé leur perméabilité.

Cette observation a donné lieu, au sein de la Société anatomique, *aux remarques suivantes :*

M. *Broca* appelle l'attention de la Société sur plusieurs points intéressants de cette présentation. A quelle époque doit-on faire remonter la diffusion de l'anévrysme ? M. Broca s'est demandé si le voyage qu'a dû faire le malade pour se transporter de son pays à Paris, n'y a pas contribué pour beaucoup. On conçoit, en effet, la fâcheuse influence des secousses et des fatigues inévitables en pareille circonstance.—Au moment où l'on examina le malade, l'articulation était le siége d'un épanchement assez considérable; on n'y sentait aucun battement. M. Broca pensa qu'il était dû à la gêne de la circulation. Le soir même du jour où la compression fut commencée, l'épanchement était résorbé. Poursuivant sa première pensée dans ses conséquences, M. Broca ne vit dans cette disparition si rapide que l'influence de la diminution du sac sur la circulation du membre. Toute cette petite théorie reposait sur une erreur. L'épanchement articulaire n'était pas dû à une gêne apportée au cours du sang : c'était le liquide sanguin lui-même qui pénétrait dans l'article. Dès lors on conçoit aisément la résorption presque immédiate de l'épanchement sous l'influence de la compression. Mais comment expliquer l'absence de battements à la partie antérieure de l'articulation ? Il semble rationnel de l'attribuer à la petitesse et à l'irrégularité des communications entre le sac et la cavité articulaire ; mais bientôt les orifices s'élargissent, l'accès du sang devient plus libre et plus facile, et la main perçoit des pulsations évidentes sur les deux côtés de l'articulation.

Est-il possible d'établir aujourd'hui quelque règle sur la thérapeutique des anévrysmes diffus ? M. Broca, dans son travail, a rassemblé quinze cas de tumeurs de cette espèce traitées par la compression. Il y eut treize succès et deux cas de mort. Voici deux nouveaux faits qui se produisent : l'un que vous avez sous les yeux, et l'autre récemment observé à l'hôpital Saint-Louis. Il y a là de quoi faire hésiter beaucoup sur la valeur de la compression dans de semblables circonstances. Peut-être la ligature immédiatement appliquée permettrait-elle la formation d'un caillot moins volumineux, plus dense, et qui laisserait le sac revenir plus facilement sur lui-même. Ce n'est là qu'une hypothèse, et il n'y avait évidemment, dans le cas actuel, de ressource que dans l'amputation.

M. *Giraldès.* L'étude attentive de tous ces faits est d'une importance capitale, car ils tendent à limiter et à mieux préciser les cas d'emploi de la compression Les chirurgiens irlandais pensent qu'elle doit être réservée aux anévrysmes circonscrits.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Un dernier mot sur le traitement rapide de la gale.

Bruxelles, 17 février 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec un bien vif intérêt, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, la réponse que m'a faite mon très estimé confrère M. Bourguignon. Je suis convaincu qu'elle portera ses fruits en France, comme ailleurs.

Si je ne me trompe, nous sommes sur le point de nous entendre. Il reconnaît que mes assertions, au sujet de la gale, sont fondées ; il comprend que la guérison peut être obtenue en *deux heures ;* c'est tout ce que je demandais, car c'est véritablement là le point culminant de notre débat. Le reste n'est qu'un accessoire plus ou moins intéressant. M. Bourguignon n'admet pas ma manière de voir sur l'efficacité de frictions sèches et mécaniques. Soit ; il n'est pas absolument indispensable que nous soyons d'accord là-dessus, et comme je mets, avant tout, la plus entière bonne foi dans les discussions, j'avouerai même que les excellentes raisons qu'il a fait valoir ont quelque peu ébranlé ma conviction, ou plutôt ma supposition.

Mais il est un côté de la question au sujet duquel je ne puis réellement pas faire de concessions ; c'est sur la *nécessité* de débarrasser les effets des galeux des *acarus* qu'ils peuvent recéler, et, par conséquent, de recourir à des moyens susceptibles d'amener ce résultat. M. Bourguignon lui-même ne paraît pas révoquer en doute la *convenance* de cette pratique, *puisqu'il fait provisoirement exposer au grand air froid pendant trois jours les effets des galeux qu'on ne peut laver.*

Il y a donc quelque chose à faire, selon lui ; eh bien, c'est ce quelque chose qu'on ne fait pas, ou qu'on ne fait pas bien, qui pourrait entretenir la source de l'affection. Ce n'est certes pas le cas de dire : *in dubio abstinere.*

Non, il ne faut pas s'abstenir. Si *soumettre les effets des galeux pendant trois jours à l'air froid* ou *les passer à l'eau*, est jugé, dans le doute, du moins utile, pourquoi ne pas admettre le moyen de désinfection que j'ai indiqué, et qui est bien le plus simple qui se puisse imaginer ? Au lieu d'*exposer à l'air pendant trois jours ou de laver* ces effets, pourquoi ne pas les soumettre pendant vingt ou trente minutes à une température de 75 à 80 degrés, qui tue nécessairement les sarcoptes et leurs œufs ?

C'est à Saint-Louis surtout qu'un appareil destiné à cet effet rendrait d'immenses services ; les cinq mille galeux qu'on y traite annuellement sortiraient alors de l'établissement, au bout de deux heures, non-seulement *le corps parfaitement net et propre* (cela n'a plus besoin de démonstration), mais avec des vêtements *débarrassés de toute vermine*, et, ce qui n'est pas à dédaigner, nullement altérés.

Or, n'est-ce rien que cela, et les galeux dénués de ressources n'en recueilleraient-ils pas un grand bienfait ? Laver leurs effets imprégnés de pommade, comme cela se pratique aujourd'hui pour les galeux de Saint-Louis, n'est-ce pas les détruire ou tout au moins les détériorer considérablement ?

Je suis même d'avis qu'il faut songer sérieusement à l'emploi de moyens efficaces pour tuer les *acarus* qui peuvent être nichés dans les effets de couchage. N'oublions pas, en effet, que ces effets ne peuvent être ni lavés ni exposés à l'air pendant trois jours (les pauvres n'en ont pas de rechange). Je n'indique pas ce qu'il faudrait faire pour cela ; je désire seulement que l'on constate, sinon l'absolue nécessité, du moins la convenance de la désinfection ; je ne suis pas inquiet sur la possibilité de trouver le moyen efficace. Il importe de ne pas perdre de vue que, dans toutes les armées, on a jugé utile de désinfecter les objets de couchage des galeux. Pourquoi soustrairait-on à cette précaution ces mêmes effets de la population civile ?

Je n'insiste pas sur le mot de *récidive* que M. Bourguignon croit pouvoir maintenir. Je ne puis pas néanmoins me déclarer convaincu par les motifs sur lesquels il étaie son assertion. Ma raison se refuse à admettre que la gale, apparaissant *deux ou trois mois* après un premier traitement, doit être considérée comme une *gale récidivée.* Pourquoi ne serait-ce pas une infection nouvelle ? Serait-ce donc chose si facile à démontrer que cette *longue incubation* qu'invoque mon savant contradicteur pour combattre mon opinion ?

Permettez-moi maintenant, mon cher collègue, de résumer cette discussion, et de revenir une dernière fois sur les résultats de la méthode que j'ai fait adopter dans l'armée belge.

La gale se guérit *en deux heures.* Les non-guérisons, après un premier traitement, sont des cas rares et exceptionnels ; il faut moins de temps encore pour *désinfecter* complétement, sans les détériorer, les vêtements et les effets de couchage de ceux qui en sont atteints.

Voilà le fait dans toute sa simplicité ; en voici les conséquences, toujours bien entendu au point de vue des intérêts que j'ai spécialement mission de sauvegarder.

La gale n'est plus une maladie pour l'armée belge, ou plutôt nos hôpitaux ne renferment plus des *malades* galeux ; les salles qui leur étaient affectées ont reçu une autre destination ; la *capacité* de ces établissements a subi, par conséquent, sans dépenses nouvelles, un accroissement considérable. *Cinq mille hommes*, naguère oisifs pendant cinquante mille jours en moyenne, sont rendus *annuellement* à l'activité ; l'effectif de l'armée s'est donc augmenté de fait ; le service se trouvant réparti entre un plus grand nombre, les influences morbigènes sont moins fâcheuses ; les prises en mutation, cette cause d'interminables écritures, sont évitées ; une économie annuelle de plusieurs milliers de francs est réalisée : enfin, et pour couronner l'œuvre, une grande source de désordre et d'immoralité est tarie. Ceux-là seuls peuvent apprécier la grandeur de ce dernier bienfait, qui ont été témoins de l'horrible spectacle que présentait, à une certaine époque, une salle de galeux ; véritable enfer, où ces malheureux, nus ou à peu près, gisaient accumulés les uns sur les autres, dans l'ordure et la fange, respirant pendant dix jours en moyenne un air infect, et subissant une température de 25 à 30 degrés centigrades.

Je me complais, je l'avoue, dans l'énumération de ces détails. Ils sont si précieux à mes yeux, les résultats que j'ai obtenus, que je me crois tenu de les proclamer bien haut, pour qu'on veuille bien nous imiter ailleurs. Vous m'aiderez à atteindre ce but, mon très honoré collègue, en autorisant l'insertion de la présente dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Veuillez agréer, etc., VLEMINCKX,

Inspecteur du service de santé de l'armée belge, président de l'Académie de médecine de Belgique.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Démonstration de la contagion de la gale du cheval à l'homme.

Monsieur le Rédacteur,

Prévenir une maladie est chose plus importante que de la guérir. Aussi avons-nous donné à l'étiologie de la gale une attention toute spéciale. Nous avons pensé, jusque dans ces derniers temps, que la gale des animaux ne pouvait se transmettre à l'homme, attendu que tous les faits de contagion publiés avaient été incomplétement observés, et que les tentatives de contagion opérées par nous-mêmes avaient complétement échoué ; ainsi n'étions-nous pas en droit de conclure que la psore du cheval et du mouton, par exemple, ne pouvait se transmettre à l'homme, lorsque les parasites de ces animaux, jetés en profusion sur les épaules et les bras d'une dizaine de personnes, y mouraient au bout de quelques jours, après avoir vainement essayé d'y vivre et sans avoir causé d'éruptions ? Conséquents avec ces principes, chaque fois qu'il était question d'une gale transmise par le cheval, nous contestions la valeur du diagnostic porté, attendu qu'on n'avait pas trouvé sur l'animal et sur l'homme le parasite qui seul pouvait opérer la contagion ; nous attribuions l'éruption produite à l'irritation momentanée causée par les sarcoptes du cheval, de même qu'on voit certains parasites suceurs provoquer un prurigo ; et nous soutenions, jusqu'à démonstration du contraire, que la maladie cutanée observée n'était point la gale telle que nous la connaissons. Nous tenions le même langage à propos de cet exemple remarquable de contagion de la gale des chameaux du Muséum à leurs gardiens, et nous étions d'autant plus fondés à nous renfermer dans la déduction logique des faits, que l'organisation des acares propres aux

herbivores *jusqu'alors connus* nous permettait de poser *à priori* les règles possibles de la contagion. Le sarcopte de l'homme vit sur lui, parce qu'il est pourvu des organes et appareils qui lui permettent d'inciser l'épiderme, de le soulever, de s'y enfouir, d'y cheminer, d'y vivre, d'y pondre et de s'y multiplier, tandis que les acares *connus* du cheval, du mouton et du chameau étaient dépourvus de ces mêmes organes ou appareils. En un mot, l'examen au microscope permettait de dire si tel sarcopte doit être classé parmi les acares *à sillons*, ou parmi ceux qui ne peuvent vivre qu'à la surface de la peau.

Nous appuyant donc sur l'insuffisance des observations publiées et sur les inductions tirées de l'entomologie, nous restions fermement dans ce doute philosophique qui excite l'esprit à la recherche de la vérité, lorsque nos travaux en voie d'exécution à Alfort et quelques faits de contagion fortuits, nous ont enfin démontré que la transmission de la psore des animaux à l'homme était réelle.

La première observation probante de la contagion de la gale des animaux à l'homme s'est produite à l'occasion des lions donnés en spectacle au Cirque, qui avaient transmis leur maladie parasitique à leurs gardiens, ainsi qu'à plusieurs chevaux de l'établissement. On n'en pouvait douter, puisque nous trouvions sur les lions et sur leurs gardiens des sarcoptes absolument identiques, traçant des sillons et provoquant la psore de l'homme la mieux caractérisée. Ultérieurement, l'étude entomologique des acares du chat et du chien qui possèdent tous les organes et appareils indispensables à la vie sous-épidermique, nous a fait soupçonner que l'homme pouvait également gagner la psore de ces animaux. Quant à la contagion de la gale du cheval, voici les faits qui en donnent une démonstration incontestable, sans pourtant renverser complétement la loi que nous avions posée, en disant que la gale des herbivores *connue jusqu'à ce jour* ne pouvait se transmettre à l'homme.

Il est toujours vrai de soutenir que la gale du cheval que nous connaissions ne peut se transmettre, et des essais de contagion tentés sous toutes les formes ne permettent aucun doute à cet égard, mais nous venons de découvrir que le cheval a deux espèces de gale, l'une produite par le sarcopte propre aux herbivores, non transmissible, connue depuis longtemps, l'autre causée par un sarcopte identique avec celui des carnivores et avec celui de l'homme, transmissible et méconnue jusqu'à ce jour. Ces deux espèces de gales constituent bien réellement deux maladies distinctes : l'ensemble des phénomènes une fois connu, présente un caractère si tranché qu'on peut, sans hésitation, dire quelle est celle dont l'animal est atteint.

Une première observation, faite l'été dernier sur huit élèves de l'École d'Alfort qui avaient opéré un cheval galeux, et sur lesquels nous avons trouvé des sarcoptes traçant des sillons semblables à ceux de l'acare de l'homme, nous permit de supposer que le cheval pouvait être atteint de deux espèces de gale. Ce fait de contagion, bien que non douteux, était resté incomplet, attendu que le cadavre de l'animal opéré avait été transporté à la voirie avant que nous ayons pu l'examiner. Le développement instantané d'une éruption cutanée sur huit élèves, dont la peau avant l'opération n'était le siége d'aucune démangeaison, nous présentait un de ces cas de contagion mentionnés par les auteurs ; mais, plus rigoureux dans notre méthode d'observation, nous ne pouvions l'accepter comme une preuve incontestable que cette contagion fût possible, et cela bien que le sarcopte fût trouvé sur les élèves, attendu qu'il nous avait été impossible de remonter complétement de l'effet à la cause, le corps du délit ayant été soustrait à notre examen. Mais ce premier fait nous conduisit à tenter de nouveaux essais de contagion, en déposant sur des chevaux un grand nombre de sarcoptes pris à Saint-Louis sur les galeux, et ces expériences étaient en voie d'exécution quand l'imprévu nous présenta plusieurs observations de contagion de la gale du cheval transmise à l'homme. Ce fut d'abord un loueur de voitures de Bercy qui amena plusieurs chevaux atteints de maladies de la peau à la consultation d'Alfort, et qui se plaignit de ressentir lui-même, ainsi que sa femme et ses cochers, de violentes démangeaisons. Un garçon d'écurie qui donnait plus spécialement ses soins aux chevaux malades, avait quitté la maison depuis dix jours, tourmenté de démangeaisons et d'une éruption cutanée, et c'était seulement depuis le départ de ce garçon que toute la famille avait participé aux pansements des chevaux. Ces derniers, tourmentés eux-mêmes d'atroces démangeaisons, avaient la peau du cou et de la tête dépourvue de poils, couverte de croûtes furfuracées, et le reste du corps parsemé de taches blanchâtres résultant de la chute des poils ; chaque tache était manifestement le siége d'un travail inflammatoire, avec induration et croûte ; de loin on eût dit la peau tatouée ou épilée par place avec intention. L'examen à l'œil nu ne nous permit pas de découvrir la moindre trace des parasites qu'on trouve si facilement dans les croûtes de la gale ordinaire, et, soupçonnant que nous avions affaire à une maladie spéciale produite par des acares à sillons et cachés sous l'épiderme, nous avons dénudé la peau, recueilli les croûtes, et bientôt nous avons trouvé dans ces débris pathologiques l'acare que nous avions rencontré quelques mois auparavant sur les élèves. A partir de ce moment, il n'y eut plus de doute dans notre esprit, le cheval pouvait avoir deux espèces de gale, et l'une d'elles était réellement contagiable. — Cinq chevaux avaient la même maladie, et sur trois d'entre eux qui nous ont été conduits, nous avons constaté les mêmes altérations pathologiques, et les mêmes parasites traçant des sillons distincts sur les régions où la peau est fine, glabre, les oreilles, par exemple. Le personnel attaché au service des chevaux était atteint de prurigo et de démangeaisons depuis dix jours, les sillons n'avaient pas encore eu le temps de se produire. — A quelques jours de là, le directeur d'un cirque, à Neuilly, amena à Alfort des chevaux atteints d'une affection cutanée absolument semblable à celle décrite succinctement plus haut, et différentes personnes, en rapports journaliers avec ces chevaux, avaient des démangeaisons et des éruptions. Nous avons également trouvé sur ces chevaux l'acare à sillons qui vit d'ordinaire sur la peau de l'homme, de telle sorte qu'il ne peut maintenant y avoir aucun doute sur la contagion possible de la gale du cheval à l'homme.

Depuis que notre attention est fixée sur cette nouvelle espèce de gale, nous rencontrons un grand nombre de chevaux qui en sont frappés ; ce sont surtout ces pauvres animaux que les cochers maraudeurs emploient pendant la nuit, qu'ils recouvrent d'un cuir ou d'une couverture afin de dissimuler leur maigreur et leur maladie, et nul doute que nous ne trouvions là une des causes du nombre toujours considérable de galeux qui affluent à l'hôpital Saint-Louis, et qui deviennent eux-mêmes des foyers de contagion. Nous serions assez portés à croire, et des propriétaires de chevaux à Paris partagent notre opinion, que cette sorte de gale contagieuse, pour des raisons qu'il est difficile de découvrir, est plus commune en ce moment qu'en temps ordinaire, autrement nous aurions eu maintes fois l'occasion de l'observer. Nous étudions cette importante question de pathologie comparée avec tout l'intérêt qu'elle mérite, et nous transmettrons plus tard l'ensemble de nos travaux à l'Académie des sciences. Mais nous avons pensé qu'il était utile, par anticipation, de faire connaître ce fait nouveau de contagion ; car l'attention publique, tenue en éveil, pourra à l'avenir, sinon prévenir, du moins diminuer l'extension d'une maladie qui tient toujours une large place parmi les souffrances qui affligent la pauvre humanité.

Ainsi, il est parfaitement clair aujourd'hui que certains herbivores peuvent avoir deux espèces de gale : l'une qui leur est exclusivement propre, qui est due à la présence d'un sarcopte particulier, et qu'ils ne peuvent nous transmettre ; l'autre qui se rapproche de celle des carnivores, produite par des sarcoptes à *sillons*, et qui peut nous être transmise.

Vos tout dévoués,

BOURGUIGNON et DELAFOND.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

MÉDECINE. — *Note sur les accidents qu'on observe quelquefois sous les tropiques, par suite de l'ingestion du poisson*, par M. *Guillon*. — Ces accidents, qui se manifestent toujours après l'ingestion du poisson, consistent dans les phénomènes suivants : étourdissements, obscurcissement de la vue, vertige, oppression de la poitrine, anxiété précordiale, pouls petit, lent, concentré, malaise et chaleur à la région épigastrique, chaleur dans tout l'abdomen ; marche incertaine, titubante ; yeux d'abord brillants et bientôt d'un rouge de feu et comme repoussés des orbites ; la face et toute la surface du corps, devenues le siége d'une démangeaison et d'une chaleur des plus vives, se colorent promptement d'un rouge poussé jusqu'à l'écarlate ; des picotements, avec chaleur plus ou moins intense, se font sentir à la langue, au palais, à l'intérieur des joues et sur les lèvres ; ils sont bientôt suivis d'une sorte d'éruption ortiée ; douleurs dans les membres et aux articulations, parfois avec gouflement de ces parties ; nausées et vomissements ; selles plus ou moins fréquentes, avec coliques ; sortie involontaire des urines. Tous ces accidents se dissipent ordinairement dans les vingt-quatre heures, à part l'état de prostration plus ou moins grande qui en est ordinairement la suite, et qu'accompagne la desquamation de l'épiderme de toutes les parties qui ont été le siége de l'érythème. M. Moreau de Jonnès cite deux cas de mort qui se sont présentés à la Martinique, l'un en 1803 et l'autre en 1808. Le premier fut la suite d'un empoisonnement par le poisson armé, *Diodon orbicularis*, et l'autre celle d'un empoisonnement par la carangue, *Caranx caragus*. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Sur le phosphore et ses préparations considérées au point de vue de l'économie domestique et de la médecine légale*, par MM. *Chevallier* fils et *O. Henry* fils. — Les auteurs rappellent qu'à la fin de décembre 1854 ils ont adressé à la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse une monographie du phosphore contenant huit chapitres..... Dans le cinquième, ils traitaient des dangers que présentent le phosphore et ses composés, des avantages que présente l'innocuité du phosphore rouge. Dans le sixième chapitre, il était question des symptômes de l'empoisonnnement par le phosphore Dans le septième et le huitième, il s'agissait de la présence du phosphore dans l'économie, et des méthodes employées pour le rechercher dans les cas d'empoisonnement.

La Société, dans sa séance annuelle du 13 mai 1855, a décerné une médaille d'or aux auteurs de ce travail. (*Commission nommée pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout.*)

TÉRATOLOGIE. — *Établissement de deux nouveaux genres tératologiques sous les noms d'*Ischiomèle *et d'*Agnathocéphale, par M. *N. Joly*. — L'auteur entretient l'Académie d'une oie morte en naissant, qui était affectée tout à la fois de *polymelie* et de *rhinocéphalie*, accompagnées d'une atrophie à peu près complète de la mâchoire supérieure. La mâchoire inférieure, au contraire, a conservé sa forme, sa longueur et sa largeur normales.

Quant aux membres surnuméraires, ils consistent en deux pattes soudées entre elles à partir de l'extrémité supérieure des deux tarses, et insérées sur un bassin très rudimentaire, articulé lui-même avec le bassin du sujet principal. Sous ce rapport, cette oie appartient donc au genre pygomèle, ou plutôt au genre *ischiomèle*, entrevu déjà et même nommé par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Joly propose pour cette monstruosité le nom d'*agnathocéphalie* (de ἀ, *privatif*, γνάθος, *mâchoire*, et κεφαλή, *tête*), et il caractérise ainsi qu'il suit le genre *agnathocéphale* : Mâchoire supérieure rudimentaire ou nulle ; face affectée de rhinocéphalie, c'est-à-dire offrant sous le front une trompe qui représente l'appareil nasal ; deux orbites ou deux yeux réunis en un seul.

L'auteur propose, en outre, de donner à l'animal qui fait l'objet de sa communication le double nom d'*ischiomèle agnathocéphale*. (*Comm.* : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

MÉDECINE. — *Sur les symptômes et le traitement du coryza des nouveau nés*, par M. *Bouchut*. — Cette maladie, ordinairement légère, présente exceptionnellement une gravité très grande lorsqu'elle est accompagnée d'une forte obstruction des fosses nasales ; car à la gêne que les enfants éprouvent à teter se joignent bientôt deux symptômes nouveaux, l'*inanition* et l'*asphyxie*.

L'inanition résulte de l'alimentation insuffisante ; elle est la conséquence, non de l'obstacle à la succion par le besoin de respirer, comme on l'a dit, mais de la gêne de la déglutition produite par le coryza.

Le second effet du coryza, c'est l'asphyxie lente produite par la rétroflexion de la langue dans la cavité buccale. Il a été observé sur deux enfants, l'un qui est mort, l'autre qui a guéri. Voici comment les choses se sont passées : L'enfant, très affaibli et ne pouvant respirer par le nez, restait bouche béante. A chaque inspiration, la lèvre inférieure était entraînée en dedans, et la langue, inerte, était relevée en haut et en arrière, rétrofléchie sur la voûte palatine, et faisant soupape opposée à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans l'expiration, au contraire, la colonne d'air qui ne pouvait passer dans le nez abaissait la langue en poussant le voile du palais en avant. De la sorte, on avait deux soupapes mobiles, juxtaposées dans la bouche, mobiles en sens inverse, et s'opposant au libre passage de l'air. L'hématose en souffrait. Il était facile d'en juger par la coloration rougeâtre, cyanosée du visage, par le refroidissement de la peau et l'état d'insensibilité du pouls.

Contre cette double complication du coryza, il faut employer les lotions fréquentes pour désobstruer les narines, et suppléer à l'insuffisance de l'allaitement par une alimentation lactée artificielle. Si les moyens ordinaires de désobstruction des narines restent sans effet, et que l'enfant se refroidisse par inanition ou soit menacé d'asphyxie par aspiration de la langue, il faut établir artificiellement un passage pour l'air à travers les fosses nasales. De la sorte, l'enfant peut teter et boire. A cet effet, une petite canule d'argent recourbée à son extrémité, longue de 5 centimètres, large intérieurement de 3 millimètres, peut être placée dans chaque narine et fixée sous la cloison du nez avec celle du côté opposé. Cela suffit pour faciliter la déglutition et gagner du temps, ce qui permet au coryza de guérir.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Ernest Baudrimont* communique quelques remarques concernant un jeune diabétique auquel on avait administré temporairement de la levûre de bière. Quelques-uns des symptômes tendraient à faire croire que, sous l'influence de ce ferment, il y aurait eu dans l'organisme du malade transformation du glycose en alcool.

COMITÉ SECRET. — Au nom de la section de médecine et de chirurgie, appelée à présenter une liste de candidats pour la place de correspondant vacante par suite du décès de M. *Prunelle*, M. *Cl. Bernard* présente la liste suivante : 1° M. *Guyon*, en Algérie ; 2° M. *Bally*, à Villeneuve (Yonne) ; 3° M. *Denis* (de Commercy), à Toul ; 4° (*ex æquo*) MM. *Ehrmann*, à Strasbourg, et *Gintrac*, à Bordeaux ; 5° M. *Forget*, à Strasbourg.

La section fait remarquer que si elle ne présente aujourd'hui que des candidats nationaux, c'est qu'elle n'avait présenté, pour la nomination précédente, que des candidats étrangers.

Les titres des candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance. (Voir aux *Variétés*.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Carteron*, de Rouilly, sur une épidémie de fièvre typhoïde. — *b.* Un rapport de M le préfet des Deux-Sèvres contenant le tableau des communes envahies par le choléra et la fièvre typhoïde pendant l'année 1855. — c. Un rapport de M. le docteur *Carel*, de Napoléonville, sur une épidémie de variole dans la commune du Faouit. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Fouquet* sur deux épidémies de coqueluche et de dysentérie dans l'arrondissement de Vannes. — *e.* Un rapport de M. le docteur *Houlhard-Direy* sur une épidémie de dysentérie dans différentes communes de l'arrondissement de Clamecy. — *f.* Le tableau des épidémies observées dans le département de la Haute-Vienne en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *g.* Un rapport de M. le docteur *Privat* sur le service médical des eaux minérales de Malon-le-Bas (Hérault) en 1854 (*Commission des eaux minérales.*) — *h.* Un rapport du même médecin sur une épidémie de suette et de choléra. (*Commission du choléra.*)

2° Communications de : — *a.* M. *Dietrich*, pharmacien à Paris (Sur un nouveau mode de plombage des dents avec le *mastic odonto-plastique*). (*Comm.* : MM. Malgaigne et Oudet.) — *b* M. le docteur *Herpin* (Pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie). — e. M. *Apostolidès* (Note sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion) — *d.* M. le docteur *Cambay*, chef de l'hôpital militaire de Pera, à Constantinople (Note sur l'efficacité du sulfate de quinine dans les cas de typhus comateux). — *e.* M. le docteur Herpin, de Genève, demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé depuis un an, lequel avait pour but de lui réserver la priorité de l'emploi médical du lactate de zinc.

M. *le président* fait part à l'Académie du décès de M. *Bonastre*, membre titulaire de la section de thérapeutique et de matière médicale.

« L'Académie, ajoute M. *Bussy*, se trouve réduite au nombre de 94 membres résidents au lieu de 100. Bientôt une nouvelle commission de onze membres sera nommée pour désigner les sections où devront se faire les six remplacements. L'élection pour la section de pharmacie et pour celle de chimie et de physique médicales devant avoir lieu prochainement, le bureau a décidé que la discussion sur le mémoire de M. Bonnafont serait ajournée à une autre séance, afin d'entendre aujourd'hui les lectures de plusieurs candidats. »

Lectures et Mémoires.

CHIMIE MÉDICALE. — M. *Gaultier de Claubry* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Langlois*, intitulé : *Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.*

Dans une première série de recherches, M. Langlois avait établi que les bases organiques ne pouvaient former de véritables combinaisons avec l'acide carbonique. Cependant le même chimiste démontra plus tard qu'à la faveur de l'acide carbonique, ces bases pouvaient se dissoudre dans l'eau en proportion assez considérable lorsqu'elles étaient hydratées.

Postérieurement, M. Langlois, étudiant ce genre de réaction, vérifia ce fait important que la quinine pouvait former un carbonate.

Le carbonate de quinine fournit des cristaux dont la forme n'a pas été déterminée, transparents à l'état hydraté, devenant opaques par efflorescence, facilement solubles dans l'eau et l'alcool, insolubles dans l'éther. A une température de 110 degrés, ils perdent entièrement leur acide et laissent la base fondue.

M. Langlois pense que ce sel pourra être utilisé en médecine, et que la prompte solubilité de la quinine dans l'eau chargée d'acide carbonique rendra plus facile l'administration de cet alcali, qui à l'état de sulfate ne se dissout qu'en faible quantité, d'où résulte qu'on a proposé d'y ajouter une proportion de son propre acide nécessaire pour le transformer en un sel soluble.

Des expériences récentes de M. Guérard prouvent que le sulfate de quinine, délayé seulement dans une faible quantité d'eau, se dissout complètement dans le suc gastrique, de telle sorte que l'addition d'acide sulfurique, qui peut ne pas être sans inconvénients, ne se trouve pas justifiée.

M. le rapporteur pense que la substitution, comme médicament, du carbonate de quinine au sulfate, ne doit pas être proposée tant qu'on ne se sera pas assuré si la base, qui perd avec facilité son acide carbonique, se dissoudrait aussi facilement dans le suc gastrique que le sulfate de quinine lui-même.

M. Langlois indique en passant, sans chercher à la résoudre, une très importante question chimique, à la solution de laquelle l'existence bien constatée du carbonate de quinine pourrait servir, à savoir : quel est l'équivalent de cet alcali, s'il était bien prouvé que ce sel fût un carbonate neutre?

La commission propose le renvoi du travail de M. Langlois au comité de publication. (*Adopté.*)

M. *Robiquet* lit un travail ayant pour titre : *Recherches sur l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès.* L'auteur résume lui-même son mémoire dans les termes suivants : Il y a une dizaine d'années, j'ai publié un premier travail sur l'aloès, et j'étais arrivé, entre autres résultats, à prouver que : 1° le suc d'aloès existe dans les diverses variétés d'*Aloe* à l'état de liquide incolore acquérant, à la suite d'une absorption d'oxygène, l'aspect et la constitution chimique que nous lui connaissons ; 2° l'aloès succotrin contient un principe immédiat auquel j'ai donné le nom d'*aloétine*, uniquement formé de carbone, d'hydrogène et d'oxygène, mais qu'il m'avait été impossible de faire cristalliser. En 1851, MM. Smith (d'Édimbourg), parvinrent à retirer l'aloétine de l'aloès barbade et à la faire cristalliser.

J'explique, dans mon mémoire, pourquoi les aloès barbade, hépatique, etc. (tous ceux enfin qui sont opaques, à cassure cireuse et ont été préparés à froid) peuvent donner de l'aloétine cristallisable, tandis que tous les aloès translucides et vitreux, comme l'aloès succotrin, l'aloès du Cap, etc., etc., n'en donnent jamais trace.

Je donne une méthode très simple pour préparer l'aloétine pure, et je signale ses propriétés caractéristiques.

Il résulte de mes expériences que l'aloétine parfaitement pure est un purgatif tout à fait nul ou fort douteux. Il en est de même de la mannite par rapport à la manne. Pour rendre à l'aloétine sa vertu purgative, il faut qu'elle soit altérée par l'air et la chaleur Si l'altération est peu profonde, comme dans l'aloès barbade, l'action purgative n'est accompagnée d'aucune douleur intestinale. Si l'altération est complète, l'action purgative est exaltée et l'on ressent, pendant qu'elle s'exerce, des douleurs plus ou moins vives. J'ai pesé 2 grammes d'aloétine pure, et j'en ai pris immédiatement 1 gramme sans être aucunement purgé. Huit jours après j'ai pris le second gramme que j'avais eu soin d'exposer à l'action de l'air et de la chaleur jusqu'à ce qu'il fût complètement résinifié. L'action purgative ne s'est pas fait longtemps attendre et ne s'est arrêtée qu'après épuisement du canal digestif.

J'espère enfin que l'aloétine pure, mêlée au fer réduit par l'hydrogène, deviendra un précieux fébrifuge. (*Renvoi à la section de physique et de chimie médicale.*)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — M. le docteur *Regnauld*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, donne lecture d'un *Mémoire sur les applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile.* « Dans un mémoire présenté à l'Institut, en 1855, dit M. Regnauld, j'ai insisté sur quelques avantages du cautère électrique ; je signalerai aujourd'hui les conditions auxquelles il ne peut pas satisfaire, et les circonstances où son usage me paraît offrir des difficultés presque insurmontables. Ces résultats, déduits d'expériences nouvelles, sont en parfaite conformité avec les lois du développement de la chaleur dans les circuits voltaïques, lois dont la découverte récente est due à M. Joule.

» Je partagerai mon travail en plusieurs parties, m'occupant d'abord de l'influence de la masse incandescente et de la nature du métal employé sur la cautérisation ; c'est ce premier point que je vais traiter. »

Après avoir énoncé les conditions générales de la production de phénomènes calorifiques puissants au moyen d'un appareil voltaïque, l'auteur passe à celles qui sont particulières à leur application chirurgicale.

« La nécessité d'employer dans les cautères électriques un métal inaltérable à l'air et supportant de très hautes températures sans

éprouver la fusion, conduit à faire usage de fils de platine. Le diamètre de ces fils ne doit jamais dépasser une faible limite (0mm,50 à 0m,75 au plus), car, à moins de se servir d'un nombre de couples qui rend le procédé impraticable, on n'arrive pas à rougir au blanc un fil d'un millimètre de section sur une longueur de 6 à 8 centimètres. »

La nécessité d'un fil à petite section et d'une longueur très restreinte assignant au platine incandescent une faible masse, M. Regnauld pense que cette raison suffit à la rigueur pour faire rejeter l'emploi du cautère électrique toutes les fois que l'on veut détruire des tissus volumineux. « Dans ces circonstances, en effet, il est nécessaire, indispensable, non-seulement d'avoir un cautère porté à une haute température, mais encore un poids de matière incandescente suffisant pour détruire des parties gorgées de liquides, liquides qui, dans l'opération, vont s'échauffer, se réduire en vapeur et absorber beaucoup de calorique sans que l'ustion ou la carbonisation se produise. D'ailleurs les propriétés intimes du métal que l'on est obligé de prendre sont une nouvelle cause d'insuccès : il suffit, pour le prouver, de rappeler que la chaleur totale d'un corps solide est proportionnelle à sa masse, à sa température et à sa chaleur spécifique. En se refroidissant du même nombre de degrés au contact d'un corps, le cautère de fer lui cède une quantité de chaleur près de quatre fois plus grande que celle abandonnée par le platine placé dans les mêmes conditions. Le défaut de masse d'un côté, la faible chaleur spécifique du platine de l'autre, paraissent en conséquence un obstacle insurmontable à la substitution proposée de ce moyen aux cautères rougis à blanc par le feu avec les formes et la masse que l'usage leur a assignés. »

L'auteur reconnaît que la nécessité de remplacer plusieurs fois le cautère actuel, si le résultat n'est pas obtenu, est peut-être la cause principale de la défaveur où il est tombé. Mais s'appuyant sur le résultat de ses expériences et sur les lois des phénomènes thermo-voltaïques, il discute l'opinion qui tendrait à établir que le fil de platine du cautère électrique traversé sans cesse par un courant, compense, par la continuité de son action, ce qu'il perd sous les autres rapports.

« Que l'on prenne un cautère électrique formé par un fil de platine d'une section convenable, de 6 ou 8 centimètres de longueur, courbé en une sorte de stylet et associé à une pile assez puissante pour l'amener dans l'air jusqu'à l'incandescence. Si on le plonge dans une tumeur, il tracera un canal dont l'orifice et une longueur plus ou moins grande seront cautérisés. Mais si on le laisse à demeure pendant plusieurs minutes dans la cavité qu'il s'est creusée, avec l'espérance de continuer son action, on est dans l'erreur. Car le contact de tissus baignés de liquide refroidit le stylet d'une manière continue et l'empêche d'arriver sur place à la haute température qu'il avait dans l'air. De plus, par le seul fait du refroidissement de cette partie du circuit, sa résistance au passage de l'électricité diminue, et l'on sait que l'élévation de température est en raison inverse du pouvoir conducteur. »

L'auteur conclut de ces observations que, si l'on emploie le cautère électrique avec une pile assez intense pour faire rougir à blanc le platine dans l'air, c'est par des applications successives du stylet rougi hors des points attaqués que l'on aura la certitude d'arriver au résultat que l'on se propose.

Pourtant y a-t-il impossibilité physique de faire rougir un fil de platine au sein des tissus gorgés d'humeur? M. Regnauld pense que cela n'est pas impossible. La première condition à remplir sera d'augmenter assez l'intensité de la pile ou de diminuer suffisamment le diamètre du fil de platine pour que ce dernier ne puisse pas dans l'air résister à la fusion. Des expériences sur le cadavre lui ont appris que si la pile ne fournit pas une très grande proportion de fluide électrique, le fil ne rougira pas dans l'épaisseur des tissus, il les chauffera plus ou moins fortement. Cependant on aura l'apparence d'une véritable ustion, car la partie très courte du fil en dehors des tissus pourra rougir et cautériser incontestablement à l'entrée et à la sortie. Si la pile est très puissante ou le fil très fin, on aura toutes les chances possibles de le fondre. Quelquefois la fusion s'opère au sein même des tissus. Le plus souvent c'est à l'un des orifices qu'elle a lieu. On peut éviter cet accident en ne cautérisant pas le trajet fistuleux dans toute sa longueur, et c'est ce qui arrive presque constamment malgré les apparences contraires comme la dissection minutieuse de plusieurs pièces l'a démontré.

M. Regnauld termine son mémoire par les conclusions suivantes : 1° « Les avantages des cautères électriques résultent de leur faible masse, qui permet de les porter aux plus hautes températures sans avoir à redouter les effets du rayonnement sur les parties voisines de celle que l'on veut détruire. 2° Cette qualité même du cautère électrique le rend impropre à la destruction de tissus volumineux, cas où le cautère actuel reste seul efficace. 3° Cet instrument a une véritable supériorité sur les autres moyens pour les cautérisations exercées sur des surfaces peu étendues, situées dans le voisinage d'organes délicats ou dans la profondeur de quelques cavités naturelles. 4° Le mode le plus sûr d'application consiste à répéter successivement les contacts du stylet incandescent et de la partie sur laquelle on opère. 5° Quant aux opérations où le fil de platine doit rester plongé dans les tissus (cautérisation de longs trajets fistuleux ; excision et ablation de tumeurs volumineuses), sans nier absolument leur possibilité, j'ai déduit de mes expériences que l'opérateur se trouve entre deux écueils : ou de fondre le fil métallique, ou de ne pas le porter à la température nécessaire pour produire une vraie cautérisation. » (*Comm. :* MM. Velpeau, Guérard, Soubeiran, *rapporteur.*)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Robinet, sur les candidatures à la place vacante dans la section de pharmacie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 18 JANVIER 4 FÉVRIER 1856.
PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORT. — M. *de Pietra Santa* lit un rapport sur le traité *Du suicide et de la folie suicide*, par M. *Brierre de Boismont.*

ÉLECTION. — La Société procède à l'élection d'un vice-président.

M. *Denonvilliers* est élu vice-président pour l'année 1856.

Présentation de malades.

M. *Bourguignon* présente deux individus affectés de gale; chez eux la gale consiste seulement en sillons, elle n'offre aucune vésicule : des acarus ont été extraits de ces sillons : ces deux malades établissent de la manière la plus convaincante l'opinion émise par M. Bourguignon, qu'on peut avoir la gale sans présenter de vésicules.

Suite de la discussion sur la grenouillette.

M. *Boinet* ne nie pas les succès obtenus par les méthodes autres que l'injection, mais il soutient qu'ils sont rares; c'est, suivant lui, ce qui explique les nombreuses tentatives des chirurgiens pour trouver un procédé réellement efficace. Et M. Forget lui-même a sans doute été déterminé par les mêmes motifs à proposer le sien.

Quant à l'opinion exprimée par M. Forget que l'oblitération d'un conduit a pour conséquence une modification dans la nature du liquide sécrété et l'atrophie de la glande, c'est là une hypothèse qu'il faudrait commencer par établir et prouver; or, dans l'espèce, en ce qui concerne la grenouillette, il n'y a pas atrophie de la glande sous-maxillaire.

M. Boinet se défend d'avoir attribué les insuccès des injections iodées à l'opération elle-même ou à l'inhabileté des chirurgiens ; c'est, dit-il, à la manière d'employer les moyens proposés que je les ai imputés; ainsi le traitement de l'hydrocèle par les injections iodées a souvent échoué lorsqu'on avait l'habitude de donner l'eau pour véhicule à la teinture d'iode; comme ces deux liquides ne

peuvent former mélange, il en résultait qu'avec l'eau on pratiquait simplement une injection aqueuse au lieu de faire une injection iodée.

Enfin, quant à la nature du liquide à employer, je ne donne pas la préférence à l'injection vineuse recommandée par M. Denonvilliers; et cela parce que la guérison est obtenue par des moyens bien différents dans l'un et l'autre cas. Ainsi, tandis qu'après la guérison par l'injection iodée les parois de la tunique vaginale restent lisses et les organes libres, la guérison par l'injection vineuse a lieu au moyen de l'adhérence des parois, ce qui peut n'être pas sans inconvénients.

M. *Forget* persiste à croire que la dissemblance entre le liquide contenu dans le kyste et la salive ne suffit pas pour établir la différence de nature et d'origine; quant à l'influence exercée sur les glandes par l'oblitération des conduits excréteurs, il maintient son opinion sur ce point, en invoquant les faits déjà cités.

Ce n'est point, comme l'a dit M. Boinet, une hypothèse qu'il a avancée en soutenant qu'un liquide retenu et enkysté dans un conduit naturel oblitéré perd ses qualités physiologiques : c'est un fait démontré par l'analyse chimique; ainsi M. Cruveilhier a fait analyser par Barruel le liquide contenu dans le canal pancréatique oblitéré à son embouchure dans le canal cholédoque, et l'analyse a donné les caractères des mucus le plus purs.

L'atrophie des organes sécréteurs, dans le cas de rétention complète du produit sécrété, lorsqu'elle existe depuis quelque temps, n'est point non plus une hypothèse; pour M. Cruveilhier (*Anat. path.*, t. II), c'est une loi qui ne souffre pas d'exception.

Passant à la question du siége de la grenouillette, M. Forget prétend que la dilatation du canal existait réellement dans le fait de M. Richet. Je ne comprends pas les objections qu'on soulève à ce propos. Ainsi M. Denonvilliers, en demandant, pour admettre ce fait, une preuve anatomique, me met dans l'impossibilité de la lui donner, s'il n'accepte pas cette dernière : enfin, ajoute M. Forget, mon dernier opéré depuis trois semaines, dont j'ai parlé dans la dernière séance, me paraît être encore un exemple de dilatation possible du canal de Wharton, car il existe toujours à la même place, malgré la cautérisation qui a oblitéré et cicatrisé toute l'étendue du kyste, un point limité, perméable, d'où s'écoule un liquide clair, visqueux, tout à fait salivaire. Ce point correspond à la glande sublinguale que va heurter le stylet introduit. La nature du liquide qui ne change pas, la cicatrisation de la totalité du kyste, la fixité du point par lequel se fait l'écoulement, l'impossibilité d'en obtenir l'oblitération, tout plaide ici en faveur de cette opinion.

M. *Richard* regrette qu'on perde de vue le point de départ de la question, le traitement de la grenouillette, et que la discussion s'égare sur le siége de cette affection. Sur ce terrain cependant il croit devoir présenter quelques objections à l'opinion soutenue par M. Forget. Si la grenouillette était une dilatation, comment le kyste s'affaisserait-il après l'opération? Quand on nie que le canal puisse être lésé lorsqu'on emploie le procédé de M. Jobert, il faudrait prouver, au contraire, qu'on ne l'intéresse pas. Si c'est une poche salivaire, pourquoi tant de précautions pour tenir la plaie ouverte?

M. *Denonvilliers* ne repousse pas l'analogie dans les discussions; on l'a invoquée, il s'en servira aussi à son tour; mais, au lieu d'aller chercher ses arguments au loin, dans les altérations du canal cholédoque, de l'urèthre, par exemple, il les prendra au voisinage, ce qui est bien plus probant.

Il existe des dilatations du conduit de Wharton, ajoute M. Denonvilliers, elles ne sont même pas rares, puisque j'ai pu en compter plus de cent exemples dans diverses publications, mais elles diffèrent, par leur marche, des caractères que présente la grenouillette. Voici comment les choses se passent dans l'une et l'autre affection.

La grenouillette se forme quelquefois tout à coup; elle arrive promptement à un volume qui égale celui d'une noix, par exemple; elle est fluctuante, mollasse, transparente, ne gêne le malade que par sa présence; ainsi elle gêne la parole, la déglutition, mais elle n'est pas douloureuse. Au contraire, dans le cas de calcul obstruant le canal, il survient un gonflement douloureux, intermittent de la glande, tumeur, abcès au voisinage avec issue de salive purulente; des abcès se forment aussi du côté de la peau, d'où résultent finalement des fistules salivaires; de plus, la marche de ce phénomène est lente; elle dure plusieurs mois. Otez le calcul obturateur, tout guérit. Y a-t-il eu grenouillette? Le volume du canal est à peine gros comme celui d'une plume d'oie, ainsi que M. Robert l'a constaté.

Une physionomie si différente dans les deux affections peut-elle accuser une identité de nature?

Contrairement à l'opinion exprimée sur ce point, M. Denonvilliers pense que la rapidité du développement est un argument en faveur d'un kyste adventif, car d'autres kystes se comportent de la même manière, ceux du poignet, par exemple, qui viennent et disparaissent promptement. Enfin, si la tumeur était une dilatation du conduit de Wharton, pourquoi n'y aurait-il pas des grenouillettes du canal de Sténon?

Les preuves tirées de l'anatomie de ces tumeurs et si contradictoirement invoquées, ajoute M. Denonvilliers, parlent toutes en faveur d'un kyste accidentel. Les faits cités pour établir la dilatation du canal ne sont pas probants, parce qu'ils ont été recueillis pendant l'opération qui a pu être la seule cause de la solution de continuité du canal; en outre, il est si difficile de pouvoir constater l'origine d'un liquide qui sourd au milieu d'une surface saignante.

Au contraire, dans des cas de grenouillette, on a pu provoquer, au moyen de substances appropriées, la sortie de la salive par le canal de Wharton resté libre; M. Follin a pu y faire pénétrer une sonde, et prouver ainsi que la tumeur était indépendante du canal.

En résumé, la dilatation du canal est une maladie différente de la grenouillette.

Quant à la valeur du liquide pour l'opération, M. Denonvilliers préfère le vin; les accidents dont on l'a accusé d'être la source doivent être uniquement attribués au calorique; si on l'emplit tiède, on est à l'abri de semblables mécomptes.

M. *Jacquemin* dit que l'opinion qui plaçait la grenouillette dans le conduit de Wharton dilaté a longtemps été universellement adoptée, que progressivement elle a été abandonnée par différents observateurs, et qu'il a entendu Dupuytren professer sur ce point de la science une doctrine complétement opposée à celle qu'il avait enseignée d'abord. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'existe encore aucune démonstration anatomique sur le siége véritable de cette maladie, et il reste à désirer que l'anatomie pathologique vienne éclairer de son flambeau cette partie de son histoire.

Conséquent avec son opinion relativement à l'étiologie de la grenouillette qu'il place dans le conduit salivaire, M. Forget, dit M. Jacquemin, a adopté le procédé stomato-plastique de M. Jobert, auquel il a fait subir une importante modification, se proposant de rétablir le cours de la salive au moyen d'une ouverture artificielle permanente.

M. Jacquemin, après avoir reproduit la description textuelle du procédé dont il s'agit, et telle que M. Forget l'a lui même donnée, ajoute que la manœuvre opératoire doit présenter des difficultés qui constituent un grave reproche qu'on peut lui adresser. Disséquer la muqueuse qui recouvre le kyste dans toute son étendue sans entamer le sac, tailler les lambeaux, les renverser, les assujettir à l'aide de points de suture, tout cela ne doit pas être chose facile dans le bas-fond où l'on opère, gêné que l'on est par les mouvements de la langue et ceux du plancher de la bouche. La dextérité de M. Forget a triomphé de ces obstacles, mais en serait-il de même avec d'autres opérateurs? Les grenouillettes sont des maladies assez communes, et pour les guérir il existe des moyens plus simples et plus à la portée de tous les chirurgiens : l'excision et la cautérisation associées me paraissent atteindre le même but que l'opération de MM. Jobert et Forget dont elles sont loin d'avoir la gravité. Tout le secret pour guérir cette maladie consiste à modifier la texture de la membrane sécrétante qui constitue le kyste.

M. Jacquemin rapproche la grenouillette des kystes que l'on observe fréquemment dans les grandes lèvres, et qui sont formés par

l'oblitération des follicules mucipares. En preuve de son opinion, il fait connaître l'analyse faite par M. Thenard du liquide contenu dans une grenouillette qui démontre l'absence complète d'albumine. Cette analyse, dit en terminant M. Jacquemin, tendrait à prouver que cette tumeur sublinguale se développe en dehors des voies salivaires.

M. *Forget* fait observer que, tout en acceptant comme vraie l'opinion des anciens sur le siége de la grenouillette, il n'a jamais prétendu que d'autres kystes ne pussent se développer en dehors des voies salivaires. M. Jacquemin dit que la preuve anatomique manque à l'appui de cette opinion. Je pourrais, à mon tour, demander si ceux qui la repoussent ont eux-mêmes, pour justifier leur opposition, cette preuve matérielle qu'ils exigent de nous. Mais je préfère rappeler de nouveau que MM. Jobert et Richet ont anatomiquement établi le fait en discussion et citer les textes de ces deux auteurs sur un malade qui succomba à l'hôpital Saint-Louis, cinq jours après avoir subi l'opération stomato-plastique, M. Jobert constate *« que les conduits de Wharton semblent se terminer au fond du cul-de-sac qui a succédé à l'ouverture de la grenouillette, à partir de ce point jusqu'aux papilles sur lesquelles ils devraient s'ouvrir, on n'en trouve aucune trace. Au conduit du côté droit et au niveau de la glande sublinguale est accolé un kyste transparent qui contient un liquide citrin, visqueux, etc....; ce kyste est évidemment formé par l'un des conduits de la glande sublinguale, oblitéré à son orifice, puis qu'au fond de ce kyste on voit d'autres petits conduits qui viennent s'y rendre, et lui donnent l'aspect des ampoules des conduits galactophores sous le mamelon. »* (*Traité de chirurgie plastique*, t. I^{er}, p. 481.)

Quant à M. Richet, voici le résultat que lui a donné l'examen nécropsique de la région linguo-maxillaire, deux ans après l'opération stomato-plastique pratiquée dans un cas de grenouillette. *« Le cathétérisme du conduit de Wharton essayé d'arrière en avant, c'est-à-dire en pénétrant dans sa cavité du côté de la glande maxillaire, permit de reconnaître l'intégrité dudit conduit jusqu'au point occupé par l'ouverture artificielle pratiquée pendant la vie: le stylet ressort par cette ouverture, qui est située à 2 centimètres environ en arrière du lieu où se voit d'ordinaire l'orifice normal sur les côtés du frein. Quant à la partie antérieure de ce conduit, il a été impossible de la retrouver : elle était entièrement oblitérée. »* (*Mém. de la Société de chirurgie*, t. III.)

Ces détails nécropsiques, ajoute M. Forget, rapprochés des phénomènes observés pendant la vie chez le malade de M. Richet, me paraissent résumer tous les éléments de certitude désirable : il est évident, pour moi, qu'il s'agissait bien dans ce dernier cas d'une dilatation du conduit de Wharton. Je sais bien que M. Denonvilliers a objecté que pendant l'opération le chirurgien avait pu couper lui-même ce conduit, et qu'une fistule en serait résultée. Cette objection est difficile à admettre, quand on se reporte à la description qu'en donne l'auteur : « Je fis cette opération, dit M. Richet, avec mon ami M. Follin ; en épongeant le fond du kyste largement ouvert, nous pûmes voir sourdre à sa surface une nouvelle quantité de liquide. Un stylet introduit par le point d'où sortait le liquide, parcourut le conduit de Wharton jusqu'à la glande sous-maxillaire ; ce conduit se continuait bien avec le fond du kyste lui-même. » Ce que M. Richet a vu, je l'ai vu moi-même sur deux malades opérés et guéris par le même procédé. Or je demande, en supposant que le bistouri ait lésé le canal, si c'est du fond du kyste qu'on eût vu alors le liquide s'écouler : évidemment non ; car la division des tissus constituant le kyste n'a porté qu'en avant et sur les parties latérales : c'est donc là que la fistule salivaire eût dû se produire. Enfin, ne serait-il pas singulier et hors de toute vraisemblance que, dans les faits de guérison obtenus par le procédé stomato-plastique, le chirurgien ait été, je ne dirai pas assez habile, mais toujours assez heureux, pour blesser le canal de Wharton de façon que la fistule résultant de cette lésion répondît précisément à l'écartement des lambeaux autoplastiques, c'est-à-dire à l'ouverture permanente qu'ils circonscrivent par leur base?

Pour prouver que la grenouillette ne peut être la dilatation du conduit de Wharton, on a produit d'autres arguments: M. Denonvilliers a rappelé ce qui se passe dans les cas très nombreux de dilatation de ce conduit oblitéré par un calcul salivaire ; il a beaucoup insisté sur les phénomènes inflammatoires qui en sont la conséquence, et il a fait remarquer que rien de semblable n'avait lieu pour la grenouillette, ce qui devrait être si elle reconnaissait la même origine. A cela je réponds qu'il n'y a aucune ressemblance étiologique entre ces deux états morbides, et que, conséquemment, il n'est pas surprenant que les symptômes soient différents.

Ce qui a lieu dans les faits cités par M. Denonvilliers se passe de même pour les voies biliaires, lacrymales et urinaire, lorsqu'un obstacle mécanique interrompt subitement et complétement le cours du liquide qu'elles transmettent.

Le reflux de celui-ci et la dilatation du conduit en arrière de l'obstacle est toujours très douloureuse, et une réaction locale et générale très vive en est ordinairement le résultat. Mais à côté de ces faits, il en existe beaucoup d'autres qui prouvent que si l'oblitération est intermittente ou incomplète, la dilatation alors est lente et progressive, qu'elle s'opère sans produire aucun trouble notable, si bien que l'on retrouve quelquefois sur le cadavre des lésions de canalisation que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie. D'ailleurs ne voit-on pas sur le vivant des tumeurs identiques avec la grenouillette salivaire prendre un assez grand volume sans cesser d'être indolores : tels sont les kystes séreux du sein, décrits par Brodie, et qui sont dus à la dilatation des conduits galactophores oblitérés. Il en est de même du galactocèle qui se produit par un mécanisme analogue, comme je l'ai anatomiquement constaté dans un mémoire que j'ai publié en 1848 (*Bulletin de thérap.*) L'apparition rapide de la grenouillette dans quelques cas ne prouve pas, suivant M. Denonvilliers, qu'elle soit salivaire ; d'autres kystes, notamment ceux qui s'observent fréquemment au poignet, ayant souvent aussi quelquefois un développement très rapide. Il me semble difficile d'admettre que, contrairement à ses habitudes, la nature improvise ainsi en quelques heures et de toutes pièces un kyste sécréteur et le produit qu'il contient; tandis que pour ceux qui ne repoussent pas le point de départ que nous assignons à certaines de ces tumeurs, l'existence des nombreux conduits de Rivinus, le canal de Wharton, et les glandes auxquelles ils affèrent, donnent une explication satisfaisante de l'apparition comme aussi de la disparition rapide de ces tumeurs. Quant à l'objection tirée de ce qui se passe pour les tumeurs du poignet, nous ferons remarquer que la disposition en cul-de-sac, sorte de diverticulum de la membrane synoviale, explique très bien le développement rapide des tumeurs de cette région.

On a encore objecté que plusieurs fois dans la grenouillette on avait pu sonder le canal de Wharton qui était accolé à la tumeur, dont il était indépendant. Si cela prouve que la dilatation de ce conduit ne constituait pas dans ces cas la maladie, cela ne veut pas dire qu'elle fût placée en dehors des voies salivaires, car un des conduits de Rivinus oblitéré pouvait alors en être le point de départ. D'ailleurs, nous opposerons à cette expérience de cathétérisme, l'observation de M. Gosselin qui, en pressant une semblable tumeur, assure avoir vu sortir en jet le liquide par un pertuis de la membrane muqueuse qui n'était autre qu'un orifice naturel.

Une autre objection a été déduite de la guérison de ces kystes sublinguaux par les injections iodées sans qu'il en soit résulté aucun accident du côté de la glande salivaire, ce qui n'eût pas eu lieu si le liquide avait été injecté dans leurs conduits dilatés.

Mais il est bien entendu que toutes les grenouillettes ne sont pas salivaires; des kystes d'une autre nature peuvent se développer dans la région sublinguale. En outre, ne peut-on pas admettre qu'un conduit salivaire se soit transformé en une cavité close, et ait perdu toute communication avec la glande, comme cela s'observe dans certains kystes de la glande mammaire, du foie et autres organes glanduleux dont un ou plusieurs conduits se sont oblitérés du côté de la glande en même temps que dans la direction de leur orifice. On comprend que dans un cas analogue, l'injection iodée réussisse très bien et ne détermine pas l'inflammation de l'organe sécréteur. En résumé, dit M. Forget en terminant, aucune des objections faites à l'opinion de Louis, que je n'adopte pas

d'ailleurs d'une manière exclusive, ne démontre qu'elle soit dans tous les cas erronée ; tandis que l'étude générale des lésions de canalisation, l'analogie et le rapprochement des faits observés dans les divers appareils sécréteurs, et, ce qui vaut mieux, les résultats de l'examen anatomo-pathologique, prouvent que cette opinion n'est point aussi dénuée de fondements qu'on veut bien le dire, et démontrent que l'ampliation des conduits salivaires peut être le point de départ des tumeurs qui sont l'objet de cette discussion.

M. *Richard* ne croit pas à la grenouillette salivaire ; pour lui l'injection iodée prouve bien qu'il s'agit d'un kyste adventif : tous les autres modes de traitement le prouvent également, car aucun n'a fait voir que ce fût réellement de la salive que contenait la tumeur. Quant à l'opération proposée par M. Jobert, elle est longue, difficile, douloureuse, et elle peut être mortelle, puisque M. Jobert a perdu un de ses opérés. Pour ma part, je l'ai pratiquée, et je me suis convaincu que j'eusse pu recourir avantageusement à une opération plus simple, car, chez mon malade, l'ouverture permanente que j'ai obtenue conduit dans un cul-de-sac, d'où il ne s'écoule aucun liquide : mes collègues de la Société de chirurgie ont vu ce malade, et ils se sont assuré qu'il en était ainsi. Enfin, ajoute M. Richard, que l'on me montre de la salive sortant par l'ouverture artificielle et je serai convaincu, mais pas sans cela.

M. *Boinet* soutient la même opinion.

M. *Robert*. On a déjà bien discuté sur l'origine de la grenouillette ; pour ma part, je la crois formée par un kyste accidentel, tout en reconnaissant que la nature que j'assigne à la maladie est contestable. Mais ce qui me décide pour l'opinion que je professe, c'est la nature du liquide de ces tumeurs, qui n'a rien de commun avec la salive : c'est aussi l'intégrité des fonctions des glandes salivaires qui serait troublée, s'il s'agissait de la dilatation d'un de leurs conduits.

Quand on examine l'intérieur de la cavité de ces kystes, on s'assure qu'elle est revêtue par une membrane de nature muqueuse, et c'est cette disposition anatomique qui rend si difficile d'y déterminer une inflammation adhésive, et qui explique la fréquence des récidives.

Quant au traitement, M. Robert dit qu'il a trois fois pratiqué la méthode stomato-plastique, et qu'il a réussi deux fois : l'opération n'est pas aussi difficile, ni surtout aussi douloureuse que cela vient d'être dit : la dissection de la muqueuse, son avivement, se fait assez promptement, l'épithélium se détache aisément, il m'a suffi de le saisir avec des pinces au niveau de l'incision très superficielle faite préalablement, et d'exercer une traction modérée pour l'emporter en nappe.

Mais ce qui est long, c'est la suture des lambeaux ; ce temps de l'opération est très fatigant pour le malade et aussi pour le chirurgien.

Pour ce qui est de l'injection iodée, on ne peut nier, ajoute M. Robert, qu'elle ne donne lieu à des récidives.

Des deux derniers malades que j'ai traités par cette injection, l'un, opéré il y a cinq mois, porte encore aujourd'hui une tumeur du volume d'une noisette, dure, résistante, dans la région sublinguale ; l'autre malade a été opéré tout récemment : chez lui l'injection iodée a produit une douleur vive qui s'étend jusqu'à l'angle de la mâchoire, la glande sous-maxillaire est tuméfiée, sensible, et il est à craindre qu'un abcès ne vienne à se développer dans cette région.

J'ai l'habitude, dit en terminant M. Robert, de pratiquer assez largement l'incision du kyste dont je maintiens les deux bords écartés, et ce n'est que consécutivement, le deuxième ou le troisième jour, que j'ai recours aux injections de teinture d'iode.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Études sur l'ictère, par WERTHEIMBER.

L'ictère se développe chaque fois qu'une matière colorante jaune vient à prédominer dans le sang et que les tissus s'imprègnent d'un plasma qui reflète la même couleur.

La teinte jaune du sérum du sang peut provenir de deux sources : ou bien d'une modification du pigment sanguin lui-même, ou bien de la résorption de la bile déjà formée et sécrétée.

Or, de ces deux espèces d'ictères, la première, celle qui est due à une altération du sang, ne repose que sur des données vagues, et son domaine, que les progrès de la science tendent sans cesse à rétrécir, ne saurait désormais s'étendre au delà des suffusions ictériques qu'on observe à la suite de la pyémie, des empoisonnements septiques et de la fièvre des Antilles. On a dit et supposé que, dans ces perturbations profondes de l'économie, les globules se dissolvent, qu'ils abandonnent au sérum leur matière colorante, qui commencerait alors seulement à subir des métamorphoses définitives. Cette théorie repose principalement sur le sort qui est réservé à l'hématine, après la destruction des cellules du sang. Virchow a démontré qu'une des formes, et peut-être un des dérivés du pigment sanguin se montre sous l'aspect de cristaux qu'il désigne sous le nom d'*hématoïdine*. Malgré sa cristallisation, cette substance subit, même dans l'organisme, des transformations telles qu'elles l'amènent finalement à présenter la plus grande analogie, sinon une identité complète, avec la matière colorante de la bile, avec la cholépyrrhine. Il faut donc supposer une dégradation du pigment sanguin extravasé, et, avant tout, une décomposition plus rapide des globules, une sorte de dissolution du sang. Mais de ces deux conditions il n'en est aucune qui soit scrupuleusement remplie : la matière colorante du sang peut en effet se répandre dans le liquide interglobulaire, le plasma, sans perdre sa couleur primitive et sans prendre la forme cristalline ; d'une autre part, la pyémie, tout en privant le sang de sa coagulabilité, tout en détruisant la fibrine du plasma, ne laisse pas cependant que de subsister avec une augmentation manifeste des globules blancs ; enfin, les affections septiques ou purulentes n'ont pas le privilége de produire l'ictère d'une manière irréfragable. Il est des cas nombreux où cette manifestation fait défaut ; mais pour qu'on n'aille pas incriminer le foie, dans les circonstances où la jaunisse éclate, il suffit de se rappeler ces parenchymes hépatiques, criblés d'abcès métastatiques, sans qu'il y ait eu le moindre vestige d'ictère. Mieux vaut encore s'en référer à l'influence du sang, quelque mal établie qu'elle soit d'ailleurs ; en l'admettant, et en tenant compte, d'une autre part, de la résorption de la bile, qui est généralement admise, on peut sans efforts classer tous les ictères connus ; la dualité ictérique, que Wertheimber cherche à faire prévaloir, se trouve donc suffisamment justifiée.

L'ictère des nouveau-nés et l'ictère qui accompagne l'atrophie jaune du foie, prendront eux-mêmes rang dans le deuxième groupe d'ictères, c'est-à-dire dans les ictères qui sont dus à la résorption de la bile.

A une certaine époque de la science, tous ces ictères ont été rattachés à une seule et même cause, qu'on invoquait pour ainsi dire à tout hasard et à tout propos : c'est ce qu'on appelait la *polycholie*. Aujourd'hui le règne de la polycholie est fini, depuis que la chimie, avec ses analyses si précises, a démontré que le coefficient principal de la bile ne préexiste pas dans le sang, comme l'urée, qui fait la base de l'urine. Les éléments de la bile, tant qu'ils sont contenus dans le sang, ne sauraient, sans la participation du foie, arriver à une élaboration définitive. Les acides résinoïdes, c'est-à-dire l'acide cholique et l'acide choléique (glycocholique et taurocholique), ainsi que le pigment de la bile, doivent être considérés comme les produits de l'activité du foie. Le sang de la veine porte lui-même, qui se distingue de tous les autres sangs veineux par la rareté des globules sanguins et sa richesse en

matières graisseuses, ne contient aucun vestige des éléments constituants essentiels de la bile. « Le sang, qui ne circule à travers le foie qu'avec une extrême lenteur, subit, durant ce parcours, des changements si radicaux, qu'on ne saurait ni songer à une simple dissociation des éléments primitifs de ce liquide, ni comparer cette élaboration à une filtration simple, comme celle qui a pour but la formation de l'urine dans les reins. (Lehmann.) » Il n'y a que certains principes secondaires de la bile, la cholestérine, par exemple, qui fassent partie intégrante du sang, et ceux-là se retrouvent dans presque tous les tissus ou liquides albuminoïdes de l'organisme. Ces notions physiologiques suffisent pour démontrer qu'une suppression de la sécrétion biliaire n'est pas à même de produire l'ictère.

La clinique elle-même vient à l'appui de ces données. Il est des états morbides dans lesquels la bile est sécrétée en si minime quantité, que les fèces restent presque entièrement décolorées, sans que cependant l'appareil biliaire subisse aucun changement appréciable, et sans que l'ictère se produise en aucune façon. Presque toutes les affections débilitantes (chlorose, tuberculose, quelques maladies du cœur) s'accompagnent d'une diminution marquée de la sécrétion biliaire. A la place de la bile, on ne trouve qu'un liquide aqueux, qui ne contient pour ainsi dire que de l'eau et du mucus avec quelques débris d'épithélium ; et cependant, malgré cet abaissement de la fonction biliaire, l'ictère manque. Toutefois, ce qui se passe dans ces maladies ne fournit pas une preuve péremptoire contre la rétention de la bile, car le sang appauvri ne comporte pas tous les éléments nécessaires à la formation du liquide biliaire.

L'origine de tous les éléments n'est sans doute pas fixée d'une manière définitive ; mais déjà on a de bonnes raisons pour admettre que le foie puise le pigment biliaire dans l'hématine du sang, qui, dans ce but, se modifie déjà notablement pendant son trajet à travers la veine porte. Il est même vraisemblable que la formation du pigment biliaire marche parallèlement à celle des autres principes de la bile.

Or, comme la chlorose, les anémies et les autres maladies avec troubles de l'assimilation, s'accompagnent constamment d'une diminution des cellules du sang, il est à présumer que les matériaux nécessaires à la formation du pigment biliaire ne se trouvent pas en quantité suffisante ou en qualité voulue. Le développement incomplet des acides choliques tient à des raisons analogues.

On ne peut donc invoquer, pour prouver l'intervention de la bile dans la production de l'ictère, que les maladies dans lesquelles les éléments supposés de la bile se trouvent originairement en quantité normale dans le sang.

Il n'y a point de mesure qui permette d'évaluer la force de sécrétion du foie, comme on peut estimer celle des reins. La coloration des matières fécales ne représente pas exactement la quantité de bile sécrétée, car les sources de ces colorations sont diverses. Si, par exemple, le contenu intestinal se trouve mêlé de sang, il présente une teinte noirâtre ; dans le typhus et d'autres maladies encore, il est souvent verdâtre; certains médicaments, comme la rhubarbe, la gomme gutte et le safran, impriment aux excréments un aspect jaunâtre. La comparaison du foie avec les reins démontre encore que les effets de la suppression de la bile diffèrent totalement de ceux que produit la rétention de l'urine. Les maladies qui, dans le foie, correspondent au *morbus Brightii*, c'est-à-dire la cirrhose, aussi bien que l'infiltration graisseuse et colloïde, ne sont nullement liées avec l'ictère ; il manque même ordinairement dans les dégénérescences les plus profondes du parenchyme hépatique, dans ce qu'on a appelé le foie cireux, qui consiste dans une transformation complète de ses éléments principaux, c'est-à-dire de la substance glandulaire elle-même en une masse albumineuse, et qui a pour résultat la suppression complète des fonctions de l'organe. Si donc les principes de la bile étaient préformés dans le sang, leur accumulation dans ce liquide devrait avoir lieu principalement dans les circonstances morbides en question, et entraîner nécessairement des manifestations ictériques.

Il faut remarquer, toutefois, que la jaunisse n'est point précisément exclue du cadre des maladies hépatiques ; mais ce n'est là qu'un phénomène concomitant ou une complication accidentelle, loin d'être inhérent au processus morbide lui-même. Ainsi, la cirrhose, particulièrement chez les ivrognes, coïncide fréquemment avec une affection catarrhale et une tuméfaction de la muqueuse digestive. Si, comme il arrive souvent, la muqueuse des voies biliaires participe de cet état, il sera facile d'expliquer l'ictère qui l'accompagne. Il se peut aussi que des indurations calleuses de la capsule de Glisson compriment les canaux biliaires, que des épaississements et des oblitérations complètes du canal cholédoque, enfin que des calculs biliaires concomitants viennent à empêcher le passage de la bile dans l'intestin et provoquer ainsi la formation de l'ictère.

Nous voyons encore que le tissu du foie se trouve envahi, dans une grande étendue, par des productions hétéroplastiques, par des abcès, etc., et que l'organe sécréteur de la bile se trouve singulièrement réduit, sans que cependant l'ictère s'ensuive ; dans ces cas, particulièrement dans le cancer du foie, on ne trouve que cette teinte jaune sale de la peau et ce reflet jaunâtre de la conjonctive, qui traduisent si souvent les états cachectiques, sans avoir rien de commun avec l'ictère vrai. Mais que des tumeurs du foie, ou des tumeurs placées au voisinage des conduits biliaires, puissent, en comprimant les conduits excréteurs, donner lieu à l'ictère, c'est là un fait généralement reconnu ; d'après cela, une polycholie qui résulterait d'un défaut d'élimination des éléments biliaires contenus dans le sang, devient désormais inadmissible : c'est tout au plus si ce mot, pris dans un sens différent, peut s'appliquer à une sorte de pléthore biliaire locale ou circonscrite.

Il est présumable que l'afflux exagéré des éléments biliaires vers l'organe hépatique augmente l'activité de la glande, de telle façon que les voies ordinaires ne suffisent plus pour éconduire la bile ; et c'est pourquoi une partie du produit sécrété en excès se trouve résorbée par les vaisseaux lymphatiques. (*Fragments d'études sur l'ictère*, par Wertheimber. Munich, 1854. — *Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, 1855, n° 81.)

Sur le traitement du pied bot congénital, par le docteur Gerhard de Breunig.

Deux questions sont examinées dans ce travail :

1° A quelle époque faut-il pratiquer l'opération de la ténotomie ?
2° Quel est le meilleur appareil à mettre en usage ?

Il est des chirurgiens qui veulent que l'on opère le plus tôt possible ; le docteur Gerhard n'est point de cet avis. Suivant lui, l'époque la plus favorable au succès est celle où l'enfant commence à se soutenir sur ses membres inférieurs. Immédiatement après la naissance, dit-il, l'enfant a trop à faire pour s'habituer à son nouveau mode d'existence, sans qu'on vienne encore le soumettre à des influences extérieures des plus violentes et des plus prolongées. C'est aussi dans ces premiers mois que se développent un grand nombre de maladies dont il portait en lui le germe à la naissance. Or, une opération pourrait bien hâter ou même provoquer l'explosion de ces maladies. En outre, à cet âge, les pièces du pansement sont souvent salies par l'urine ; d'un autre côté, il s'agit là non d'une simple opération qui, quelque douloureuse qu'on pût la supposer, n'exerce sur l'organisme qu'une action momentanée, mais d'une opération suivie d'un traitement long, gênant, fatigant, produisant une douleur non interrompue, et sous l'influence de laquelle l'auteur a vu plusieurs fois les enfants, épuisés par les cris et la souffrance, tomber dans le marasme, et même succomber, lorsqu'on n'avait pas enlevé à temps toutes les pièces du pansement. Or, sans les soins consécutifs, l'opération peut être considérée comme non avenue ; car elle ne constitue jamais qu'un traitement préliminaire favorisant l'action des moyens orthopédiques mécaniques.

Il faut, en général, six à huit semaines pour redresser un pied bot d'enfant. Or, les enfants commencent ordinairement à marcher entre douze et seize mois. Si donc on pratique la ténotomie après la première année révolue, la guérison sera obtenue vers l'époque où l'enfant pourra se soutenir lui-même, et le poids de son corps,

reporté sur le pied, servira à maintenir ou compléter le redressement.

D'un autre côté, attendre au delà de l'époque où l'enfant commence à marcher serait irrationnel, attendu que la difformité augmenterait considérablement sous la pression du poids du corps pendant la marche. L'auteur est d'avis qu'on n'applique aucun bandage avant l'opération.

L'opération pratiquée, quel est l'appareil qu'il faut employer? (M. Gerhard attend toujours huit jours avant de l'appliquer.) Deux conditions auxquelles doit satisfaire toute espèce de machine sont la simplicité et la facilité de l'application. Ces conditions sont surtout importantes, quand il s'agit de machines qui doivent être *portées* par des organismes vivants. L'appareil à extension de Stromeyer et la bottine de Scarpa sont suffisants dans tous les cas : ce sont les seuls que Dieffenbach ait employés dans son immense pratique; encore ce chirurgien confectionnait-il quelquefois lui-même ses appareils au moyen de planchettes qu'il liait ensemble. (*Œsterreichische Zeitschr.*, n° 47.)

Acétate de zinc dans les fièvres nerveuses, communication du docteur Heer.

L'épidémie dont rend compte M. Heer, et qui est relative au deuxième trimestre de cette année, était composée de fièvres nerveuses diverses, depuis la forme de la fièvre gastro-nerveuse jusqu'au typhus contagieux. Tous les cas un peu graves présentaient une éruption de roséole typhoïde ou de pétéchies. La maladie était surtout localisée dans l'encéphale, mais affectait également les organes de la poitrine et du bas-ventre. Beaucoup de cas de la première forme de maladie (typhus cérébral) se terminèrent par la mort, le plus souvent avec un délire violent, dans lequel les malades quittaient leur lit et s'agitaient au point de nécessiter l'emploi de la camisole. Les forces se déprimaient d'une manière extrêmement rapide, et la mort arrivait au milieu du délire, ou lorsque ce dernier avait fait place à un état de perte absolue de connaissance.

Dans ces cas, l'acétate de zinc (1 demi-gramme dissous dans 250 grammes d'eau : 1 cuillerée à café toutes les deux heures) me donna, dit l'auteur, des résultats étonnants. Souvent, les malades se calmaient après l'ingestion de la première dose; d'autres fois, il fallut répéter plusieurs fois la dose. En général, il fallait combattre d'abord ces fièvres nerveuses et typhiques par des médicaments excitants, attendu que les forces des malades avaient déjà notablement baissé au bout de peu de jours. La valériane, la serpentaire, et très souvent le camphre avec le carbonate d'ammoniaque pyro-oléeux (quelques médecins de la contrée administraient en même temps du musc), étaient presque exclusivement employés. Rarement, et par exception seulement, l'eau chlorée fut donnée à l'intérieur; plus souvent, elle fut employée en lotions sur tout le corps. (*Medicinische Zeitung*, 1855, n° 42.)

Des tumeurs fibreuses de l'isthme du gosier, par M. J. Syme (d'Édimbourg).

Un homme de trente-huit ans portait, dans la région de l'amygdale gauche, une tumeur volumineuse qui parut d'abord n'être que la tonsille hypertrophiée, mais qu'un examen attentif montra en être distincte; elle était circonscrite, d'une consistance ferme et un peu mobile. M. Syme décide l'extirpation : la muqueuse est incisée dans toute la hauteur de la tumeur, puis disséquée de chaque côté; on détruit ensuite les autres connexions par l'énucléation aidée de quelques coups de bistouri. L'opération ne fut pas très douloureuse et ne nécessita la ligature d'aucuns vaisseaux; le malade n'éprouva aucun accident et fut renvoyé guéri peu de jours après.

La tumeur présente au moins 4 centimètres dans ses divers diamètres et offre, par ses caractères extérieurs et intérieurs, un spécimen parfait de ces tumeurs fibreuses qu'on trouve si souvent dans la parotide ou la mamelle.

Cette production fut pour M. Syme le sujet de quelques développements; c'est le quatrième cas de cette espèce qu'il observe, et, quoique cette lésion ne paraisse pas très rare, elle n'est point mentionnée dans les traités dogmatiques.

M. Syme commence par donner un nom à la maladie, *fibrous tumour of the fauces*, puis il lui assigne les caractères suivants : consistance ferme, forme ronde ou ovale, quelquefois lobulée, masse bien circonscrite, mobilité plus ou moins grande, gêne et symptômes mécaniques proportionnés à son volume. Elle doit être distinguée des abcès tonsillaires, de l'hypertrophie de cette glande et des tumeurs malignes de cette région avec laquelle elle a été certainement confondue jusqu'ici. Cette tumeur tend toujours à s'accroître, à gêner de plus en plus l'articulation des sons, la déglutition, la respiration, à dégénérer et à prendre les caractères d'une tumeur maligne.

Il n'y a pas d'autre traitement efficace que l'extirpation. Je ne me serais pas aventuré dans un cas si formidable, dit M. Syme, si je n'avais été encouragé par les succès obtenus dans des cas moins difficiles. Si la tumeur avait été confondue avec une tumeur maligne et n'avait point été enlevée, elle n'aurait pas été moins destructive que si elle avait été incurable dès son origine.

Les faits signalés par M. Syme sont très intéressants; ils montrent que bon nombre de tumeurs, autrefois confondues avec le cancer, doivent en être distinguées, que le diagnostic en est possible d'avance, et que l'extirpation peut en être faite sans trop de difficulté et avec l'espoir d'une guérison complète.

M. Syme a raison également lorsqu'il affirme que des tumeurs semblables peuvent s'accroître indéfiniment et qu'elles peuvent simuler les productions malignes, que tout remède est inefficace et que l'extirpation est indispensable. Enfin il décrit avec exactitude les caractères extérieurs, le siége sous-muqueux, les rapports des tumeurs en question, mais nous regrettons que l'éminent chirurgien d'Édimbourg n'ait pas aidé son diagnostic des ressources que fournit l'examen microscopique. Tout porte à croire qu'il aurait constaté la nature glandulaire des productions en question. La comparaison que M. Syme établit entre elles et les tumeurs qu'on trouve si souvent dans la parotide et la mamelle, ne laisse guère de doute, car, ajoute-t-il, si l'on avait présenté la tumeur à un praticien quelconque, il n'aurait pas hésité à la considérer comme provenant de l'un ou l'autre de ces organes.

Dès lors M. Syme n'aurait pas à se justifier comme il le fait d'avoir imaginé un nom nouveau, et comme il sait certainement que les tumeurs dites fibreuses de la mamelle sont formées par du tissu glandulaire, diversement hypertrophié, il aurait rapproché ses intéressantes observations de faits semblables bien étudiés en France par MM. Lebert, Robin, et bien connus des chirurgiens. On trouve, en effet, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, des observations de tumeurs glandulaires hypertrophiques enlevées dans divers points de la cavité buccale et du voile du palais, par MM. Michon, Nélaton, Marjolin, etc., etc.

En réunissant tous ces faits, on démontrerait facilement que toutes les glandules qui paraissent d'un fort médiocre intérêt pour les chirurgiens, sont susceptibles de donner naissance à des tumeurs autrefois confondues avec le cancer et qui n'ont de commun avec ce mal terrible que des ressemblances grossières qui ne trompent plus aujourd'hui que les praticiens tardifs qui se soucient peu des progrès de la science moderne. (*The Lancet*, n° 2, janvier 1856, p. 51.)

Hygromas prérotuliens. — Extirpation. — Procédé de M. Th. Callaway.

Un homme âgé de trente-cinq ans, cuisinier, portait, au-devant du genou droit, une tumeur circonscrite ayant lentement acquis le volume d'une orange, fluctuante et formée par une poche épaisse. Elle avait pris naissance par suite de l'habitude de se tenir sur le genou. L'ablation de ces tumeurs se pratique ordinairement au moyen d'une incision sur la partie antérieure suivie d'une dissection. Ce procédé laisse une cicatrice toujours incommode pour un malade qui aurait occasion, dans la suite, de se remettre à genou. Dans un cas de ce genre, une servante fut obligée d'abandonner ses occupations après avoir subi cette opération.

Pour éviter cet inconvénient, M. Callaway fit, sur la partie supérieure et externe de la tumeur, deux incisions elliptiques figurant, par leur réunion, un croissant à concavité interne qui permit de retrancher la partie superflue de la peau.

On procéda alors à la dissection pendant laquelle on ouvrit la poche qui contenait un liquide de la couleur du café.

Le lambeau s'appliqua exactement. Deux petits vaisseaux furent liés et les bords de la plaie réunis par la suture et un bandage.

Le membre fut placé sur une planchette droite et de la glace fut appliquée sur le genou.

Hémorrhagie en nappe le second jour ; compression, suppuration copieuse, réunion par seconde intention. Malgré ce contretemps, la cicatrice placée à la partie supérieure et externe de l'articulation n'empêchera nullement l'opéré de se mettre à genou.

Le contenu de la tumeur rappelait le liquide de l'hématocèle.

M. Callaway choisit, pour ses incisions, la partie supérieure et externe de préférence à la région inférieure et interne, à cause du plexus nerveux formé par le nerf saphène interne qu'on évite en opérant comme il le fait.

L'idée est acceptable, et il est, en outre, fort logique de se préoccuper de la situation qu'on doit donner à la cicatrice. Mais on a lieu de s'étonner que ce chirurgien ait cru nécessaire de recourir immédiatement à l'extirpation qui, d'un commun accord, est la manière la plus dangereuse de traiter ces tumeurs. Les détails pathologiques sont bien écourtés, et il n'est pas prouvé que l'injection iodée n'aurait pas triomphé à moins de frais de la maladie. D'ailleurs on aurait toujours été à même de pratiquer plus tard l'extirpation en cas d'insuccès.

L'auteur rejette l'injection pour une singulière raison. Ayant eu l'occasion de disséquer à l'amphithéâtre un hygroma prérotulien, il a trouvé le nerf saphène traversant l'intérieur de la tumeur (1). Cette particularité l'a toujours fait hésiter à pratiquer l'injection dans la crainte du tétanos. Cette crainte semble un peu chimérique, car cette terrible maladie n'accompagne heureusement pas souvent le passage d'un nerf au milieu d'un foyer inflammatoire. (*Medical Times and Gazette*, 27 octobre 1855, p. 426.)

Au reste, il paraît que l'extirpation de ces tumeurs est d'un usage assez général en Angleterre, car nous en trouvons un autre cas dans *the Lancet*, 24 novembre 1855, p. 497. M. Simon a présenté à la Société pathologique de Londres un hygroma prérotulien extirpé à une femme de cinquante-deux ans. La tumeur datait de l'âge de seize ans ; elle était mobile, fluctuante, à parois minces et présentait le volume de deux poings. On ne douta pas un instant de sa nature. Elle fut enlevée au moyen de deux incisions verticales et contenait un liquide chocolat.

La surface interne de la tumeur présentait des saillies, plusieurs poches distinctes à parois lisses et des grumeaux fibrineux. Le liquide était constitué par une matière granuleuse soluble en partie dans l'acide acétique; médiocrement visqueux, il renfermait de nombreux cristaux de cholestérine teints par la matière colorante du sang. On ne donne pas de renseignements sur l'issue de l'opération.

Devant les dangers inséparables de l'extirpation d'une production aussi volumineuse dans une région aussi périlleuse, on se demande encore pourquoi l'on n'a pas tenté des méthodes moins efficaces peut-être, mais aussi moins graves. Les incisions multiples sous-cutanées, ou bien une incision latérale simple avec évacuation de liquide hématique et destruction des poches secondaires, le tout suivi d'une injection iodée, aurait pu être couronné de succès.

A la rigueur nous préférérions, en pareil cas, tenter l'excision par un procédé analogue à celui de M. Callaway. Rappelons d'ailleurs que M. Bonnet (de Lyon) a obtenu, à l'aide de la cautérisation, des succès qui exigent sans doute un temps plus long, mais qui certainement entraînent avec eux moins de chances funestes (2).

(1) Il est commun de voir des nerfs renflés traverser librement les bourses séreuses qui se trouvent sous les cors. (Verneuil.)

(2) M. Philipeaux, *Traité de la cautérisation*, 1856, p. 590.

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations médico-légales sur le cas de Louis Buranelli, par Forbes Winslow, président de la Société médicale de Londres. Chez Churchill.

La médecine légale des aliénés offre encore bien des points incertains, et l'on doit savoir gré aux savants qui consacrent leurs soins à les éclairer. Sous ce rapport, par son journal spécial comme par ses écrits particuliers, M. Forbes Winslow, homme d'intelligence et de dévouement, a déjà rendu d'incontestables services à la science. L'opuscule actuel n'est donc qu'un pas de plus dans la voie qu'il a entrepris de parcourir.

Pour comprendre exactement la portée de la discussion à laquelle se livre M. Winslow, il faut avoir une idée du cas auquel elle s'applique.

Buranelli assassine le propriétaire d'une maison qu'il a habitée ; mais, dans son passé, soumis à de cruelles vicissitudes, à la perte de deux épouses, il a révélé des signes qui jettent le doute sur l'intégrité de ses facultés. D'un autre côté, la vengeance ne semble pas avoir été étrangère à la perpétration funeste. En dernier lieu, Buranelli avait vécu conjugalement avec une femme mariée devenue enceinte de ses œuvres. Chose singulière, loin de se rapprocher de lui, et quoiqu'il paraisse n'avoir point usé envers elle de mauvais procédés, elle fait tout pour l'éloigner : c'est à son instigation qu'il reçoit congé du propriétaire. *Inde iræ.*

La défense, naturellement, invoque l'aliénation mentale. Plusieurs médecins spécialistes sont appelés. Par malheur, l'opinion, en ce qui concerne les questions de ce genre, n'est pas, chez nos voisins d'outre-mer, aussi bien fixée qu'en France. Les sentiments furent divisés, et, partant, le jury ayant rendu un verdict affirmatif, il s'ensuivit une exécution capitale.

C'est l'examen analytique et critique de cette grave affaire qu'a poursuivi M. Forbes Winslow, avec une grande autorité de logique et de preuves. Pour lui, Buranelli n'était qu'un insensé ; et en tenant compte de toutes les particularités, entre autres d'une double manifestation suicide, on se sent presque invinciblement entraîné à partager sa manière de voir.

M. Forbes Winslow a relaté les détails les plus circonstanciés. On comprend, à propos d'une simple analyse, l'impossibilité où nous sommes de le suivre dans les développements de son argumentation. Notre mission, d'ailleurs, doit se borner à les signaler au lecteur. Nous devons cependant faire remarquer que ce cas donne lieu à une démarcation essentielle que nous avons essayé de poser dans un mémoire sur la monomanie au point de vue légal, et que M. Winslow ne nous semble pas avoir fait suffisamment ressortir. Le délire partiel est-il une cause absolue d'impunité ? Alors même qu'il est très circonscrit, fugitif, et que l'acte a été accompli sous l'influence d'un mobile étranger aux préoccupations maladives, faut-il, *ipso facto*, prononcer l'acquittement ? Tout en commandant la plus extrême réserve, nous n'avons osé aller jusque-là.

Tel était évidemment le cas de l'assassin Buranelli, et nous sommes convaincu que si le problème qu'il soulève eût été envisagé sérieusement du point de vue où nous avons placé notre thèse, il en eût jailli dans le procès des lumières qui n'y ont point été aperçues.

Au reste, la question est considérable, et nous espérons pouvoir bientôt, dans cette feuille même, consacrer à son étude une attention et une étendue convenables.

Delasiauve.

VIII.

VARIÉTÉS.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Rapport sur une demande de M. le préfet de la Dordogne relative à l'emploi de la saumure.

Commissaires : MM. Rayer, Bussy, et Tardieu, rapporteur.

Les propriétés vénéneuses de la saumure n'ont jamais été constatées chez l'homme ; pas un seul cas d'empoisonnement n'a été signalé dans les nombreuses localités où cette substance entre, à titre de condiment habituel, dans l'alimentation du plus grand nombre. Les recherches de M. Reynal, celles des vétérinaires allemands qu'il cite, sont formelles à cet égard, et nous pouvons ajouter que, de son côté, la commission en a vainement cherché un exemple.

C'est sur certains animaux, des porcs, des chevaux, de grands et de petits ruminants, que certains procédés d'empoisonnement et des pratiques empiriques de médecine vétérinaire ont fourni l'occasion de reconnaître que la saumure pouvait avoir des effets nuisibles, et parfois même déterminer des accidents mortels. Un fait de ce genre, recueilli par M. Reynal sur huit jeunes porcs, a été pour lui le point de départ d'expériences dans lesquelles il s'était proposé d'étudier non-seulement les propriétés toxiques de la saumure, mais encore les circonstances au milieu desquelles ces propriétés peuvent se développer, et qui, en réalité, ont laissé ce dernier point fort obscur.

Il serait hors de propos de rapporter en détail ces expériences, dont toutes les parties, fort intéressantes à d'autres points de vue, ne se rapportent pas également à la question qui nous occupe. Nous nous attacherons à faire ressortir les particularités qui doivent surtout fixer l'attention du comité.

M. Reynal, dans une première série d'expériences, démontre que la saumure, administrée pure à la dose de 5 centilitres, est un vomitif puissant pour le chien, qu'à la dose de 2 ou 3 décilitres elle produit des phénomènes d'intoxication, sans occasionner d'accidents quand l'animal peut vomir ; mais que cette quantité tue le chien en un temps très court, si, par un artifice quelconque, on empêche le vomissement ; qu'à la dose d'un litre, la saumure provoque chez le cheval une irritation intestinale ; qu'à la dose de 2 à 3 litres, la saumure empoisonne le même animal dans le court espace de vingt-quatre à quarante-huit heures ; qu'à la dose de demi-livre elle est toxique pour le porc, et de 3 à 4 centilitres pour les volailles. La saumure, dans une seconde série d'expériences, a été administrée mélangée aux aliments, et l'on voit que pour des chiens de grande et de moyenne taille, jusqu'à la dose de 1 décilitre, elle ne produit pas d'effets nuisibles ; qu'à des doses plus élevées, les nausées et le vomissement suivent presque immédiatement l'ingestion du mélange ; qu'à la dose de 2 à 3 décilitres, la mort arrive quand le vomissement est empêché, et qu'enfin, à la dose de 4 décilitres, les animaux succombent, même après avoir vomi.

Si l'alimentation avec mélange de saumure, dans une proportion insuffisante pour déterminer l'empoisonnement immédiat, est continuée pendant quelque temps, les animaux soumis à ce dernier mode d'expérimentation deviennent promptement malades et meurent dans un délai plus ou moins rapide.

Tel est, en résumé, le résultat brut, si l'on peut ainsi dire, des expériences instituées par M. Reynal. Mais ce serait les comprendre mal et en tirer des données fort peu justes que de s'en tenir à cet énoncé. Le point capital, en effet, est précisément dans les circonstances, en quelque sorte essentielles, de cette intoxication expérimentale à l'aide de la saumure, et ce sont ces circonstances qu'il importe surtout d'apprécier.

Une première remarque est relative à la nature même de la saumure employée. Or, M. Reynal dit lui-même que la seule qui lui ait servi dans ses expériences est la saumure de porc, tantôt récemment faite, tantôt vieille d'un an et de six ans. Il a observé, à cet égard, que dans les deux ou trois premiers mois qui suivent sa préparation, elle est tout à fait inoffensive et agit simplement à la manière des diurétiques et des laxatifs.

C'est en vieillissant qu'elle acquerrait des propriétés vénéneuses d'autant plus actives qu'elle aurait été en contact avec des viandes rances ; mais c'est là une observation manifestement incomplète et qui ne suffit pas pour expliquer les différences que peuvent offrir les diverses espèces et les diverses qualités de saumure. On en trouve la preuve dans le mémoire même de M. Reynal, qui, avec une grande loyauté, rapporte que de la saumure provenant de viandes de bœuf et de porc salées en Amérique, donnée à la dose de huit à dix litres, n'a donné lieu à aucun phénomène d'intoxication. Il est impossible d'attribuer un résultat si inattendu à la préparation récente de la saumure, et l'on doit se contenter d'enregistrer ce fait remarquable, comme une preuve du peu de constance des propriétés vénéneuses de la saumure.

Une seconde remarque, non moins importante à faire, c'est que, malgré le zèle et les lumières des expérimentateurs, tant en Allemagne qu'en France, il est impossible de dire à quel principe est due l'action toxique de la saumure. Les caractères physiques indiqués par M. Reynal et l'analyse chimique qu'il a fait faire n'ont révélé aucun agent spécial, et n'ont même montré aucune différence de composition entre la saumure préparée depuis un an et celle qui remontait à quatre et six ans.

La saumure ne représente pas seulement une solution de sel : Liebig, dans des recherches pleines d'intérêt pour l'hygiéniste, a montré qu'elle entraîne le tiers et même la moitié du liquide contenu dans la viande fraîche, et renferme, en réalité, les principes constituants du bouillon concentré ; en sorte que si la viande salée a perdu une partie de ses propriétés nutritives, celles-ci se retrouvent, à un certain degré, dans la saumure. Est-il permis de faire remarquer l'avantage d'un tel élément dans la nourriture si peu animalisée des paysans, pour qui les salaisons rances, on le sait, offrent un attrait instinctif ?

Quelle que puisse être l'utilité de la saumure, on ne peut nier que l'emploi n'en doive être subordonné à l'innocuité absolue de son action sur l'homme. Celle-ci peut être garantie d'abord par la dose, relativement très faible, de saumure mélangée comme condiment, c'est-à-dire nécessairement comme accessoire très secondaire à d'autres aliments. Les expériences faites sur les animaux fournissent, à cet égard, les données les plus rassurantes, puisque l'on voit les effets toxiques ne se montrer chez les chiens qu'à la dose considérable de 2 à 3 décilitres, c'est-à-dire, indépendamment des différences physiologiques qui séparent l'homme des autres espèces, à une dose beaucoup plus élevée que celle qu'exigerait la préparation des aliments de toute une famille.

Il n'est peut-être pas inutile de dire ici quelques mots de la prohibition qui, à Paris, du moins, frappe l'emploi des sels de morue dans les opérations des charcutiers et les préparations culinaires des restaurants, rôtisseurs, etc. L'ordonnance de police de 1835, récemment renouvelée, qui prescrit cette mesure, a eu moins en vue les inconvénients que pouvaient avoir pour la salubrité les sels de poissons auxquels le grillage et le raffinage peuvent enlever, en grande partie, leur odeur et leur saveur désagréables, que les intérêts du trésor public et la nécessité de prévenir les fraudes dont le commerce du sel était infesté. La qualité de la saumure et le danger qu'elle pourrait offrir dans l'alimentation du peuple sont donc complétement étrangers à cette prescription de l'autorité, la seule d'ailleurs qui ait, de loin, quelque rapport avec le sujet qui nous occupe.

Il est un dernier point sur lequel il convient de s'arrêter, et que les recherches de M. Reynal ne permettent pas de passer sous silence. Nous voulons parler de l'altération que le temps ferait subir à la saumure, et qui, dans sa pensée, serait la cause principale de ses propriétés toxiques. On ne peut disconvenir qu'il y ait dans la saumure des principes animaux putrescibles, que le sel, malgré ses vertus antiseptiques ne peut pas anéantir à tout jamais.

Cependant l'observation pratique des faits vient encore atténuer ce que pourraient avoir de trop inquiétant les probabilités théori-

ques en apparence les mieux fondées. Dans les ateliers de salaison, la saumure dans laquelle ont baigné pendant quelque temps les viandes salées, avant leur embarillement, est conservée pour de nouvelles opérations, et on la fait, sans inconvénient, successivement servir pendant toute une année. Il est bon d'ajouter, ne fût-ce que pour faire connaître un procédé qu'il serait peut-être utile de vulgariser, et qui, par sa simplicité même, serait facile à répandre comme moyen de purifier la saumure, que pour la débarrasser des principes fermentescibles dont elle se charge, et qui finiraient par la rendre impropre à de nouvelles salaisons, on la bat dans des vases de bois à large ouverture, de telle sorte que les parties organiques, gagnant la surface du liquide salé, sont enlevées sous la forme d'une écume qui peut encore être utilisée comme engrais.

En résumé, la commission dont j'ai l'honneur d'être l'interprète, propose au comité d'émettre l'avis suivant :

L'emploi de la saumure, à titre de condiment ou d'assaisonnement dans l'*alimentation de l'homme*, n'a eu jusqu'ici aucun effet nuisible, et rien n'autorise à penser que ce procédé économique, avantageux pour les classes pauvres, doive être proscrit.

Il n'en est pas de même de l'abus qui a pu être fait de cette substance dans l'alimentation ou le traitement des maladies de certains animaux, notamment des porcs et des chevaux. Des faits authentiques et des expériences récentes démontrent que le mélange de la saumure, en quantité notable, aux aliments, peut déterminer, dans ces cas, un véritable empoisonnement.

Dans tous les cas, la saumure conservée depuis un temps trop long et vieillie au contact surtout de viandes rances ne devrait être employée qu'avec beaucoup de circonspection, et après qu'elle aurait été purifiée par le battage de toute l'écume qui se serait formée à sa surface.

Ces analyses fournissent, du reste, une preuve de plus sur la nature variable de la saumure. Elles ne contiennent aucune indication d'un des éléments qui entrent le plus ordinairement dans sa préparation, le nitre. M. Reynal ne dit pas de quel pays provenait le liquide qu'il a employé dans ses expériences. Quant à l'existence d'un principe septique, si elle n'est pas démontrée, il faut reconnaître qu'elle n'est pas non plus mise hors de cause par l'essai tenté par M. Reynal d'un mélange de saumure et de charbon qui n'avait pas perdu, dit-il, ses propriétés malfaisantes, une telle expérience n'offrant pas les conditions nécessaires pour détruire, s'il avait existé, l'agent septique développé dans la saumure.

D'autres hypothèses, mises en avant pour expliquer l'action toxique de la saumure, ne méritent pas davantage de nous arrêter. Ce que nous voulons seulement faire ressortir, comme résultant des observations et des expériences des vétérinaires allemands et de M. Reynal lui-même, c'est l'ignorance absolue ou l'on est du principe qui peut rendre la saumure vénéneuse, et l'incertitude qui règne encore sur les conditions dans lesquelles ce principe se développe. Il ne reste donc, en définitive, qu'un fait qui ne saurait être révoqué en doute, qu'il ne faut pas amoindrir, mais qu'il ne faut pas exagérer, à savoir, l'altération de la santé et l'empoisonnement même des animaux domestiques sous l'influence de l'administration à doses élevées, ou l'usage trop longtemps continué de saumure vieillie ou altérée.

Mais à ce fait, il en est plus d'un à opposer, qui doit empêcher que l'on n'applique avec trop de précipitation à l'économie humaine et aux habitudes de nombreuses populations les résultats obtenus dans une expérimentation artificielle faite sur des animaux.

Si l'on considère, en effet, qu'en France, sans parler des salaisons en quelque sorte domestiques, qui constituent une consommation si générale, il est un grand nombre de départements, dans le Midi, dans le Nord, dans l'Ouest, où les salaisons s'opèrent sur une très grande échelle, et où, par conséquent la saumure s'offre en abondance aux besoins des populations rurales et des familles peu aisées ; et si, en même temps, on remarque que, malgré cet usage si répandu, non-seulement dans notre pays, mais à l'étranger, aucun accident, aucun exemple funeste n'est venu éveiller l'attention et rendre suspect l'emploi de la saumure, il y a lieu de se rassurer contre les effets de cette substance, et de ne pas se hâter de proscrire un ingrédient manifestement utile de l'alimentation des classes pauvres.

— On écrit le 14 février de Constantinople au journal *la Presse* :

« Les affections typhiques et le scorbut font toujours des victimes dans les hôpitaux. M. Baudens s'occupe d'installer les malades dans les nombreuses baraques qui s'étendent des Eaux-Douces à Maslaq ; on veut diminuer à l'extrême l'agglomération. On vient de perdre ici deux médecins tombés malades en Crimée, MM. Lardy et Dulac ; le second est mort à bord avant de débarquer.

» Les sœurs de charité sont cruellement frappées. Trois sont mortes depuis huit jours, quatorze ont dû quitter leur service pour entrer à l'hôpital de leur communauté, trois n'ont pu être transportées à cause de la gravité de leur situation. »

— M. le docteur GUYON a été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences par 45 suffrages sur 52 votants.

— Par suite de la nouvelle organisation de l'agrégation, un concours devra être ouvert à la fin de l'année, pour quatre places d'agrégés stagiaires à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— Nous avons annoncé que le PORVENIR MEDICO avait cessé de paraître. C'était une erreur, que nous nous empressons de rectifier.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 1856. Nos 2. De la glycogénie hépatique, par *Delore*. — 3. De la colique nerveuse, par *Macario*. — Cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par *Frestier*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — 1re année. No 1. Études de climatologie algérienne, par *Bertherand*. — Résection partielle de la mâchoire inférieure, par *Négrin*. — Histoire médico-chirurgicale de l'expédition de Kabylie, par *Bertherand*. — Note sur les eaux du Sahel d'Alger, par *Paya*.

JOURNAL DE MÉDECINE, PHARMACIE ET CHIRURGIE DE TOULOUSE. — Janvier. Paralysie générale progressive, par *Marchant*. — Observation de cataracte et remarques, par *Cadéac*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — Nos 2. Suc de citron comme moyen de prévenir et de guérir le scorbut, par *Callerand*. — Occlusion du vagin et rétention prolongée des règles ; guérison spontanée par rupture de l'hymen, par *Laffitte*. — 3. De la compression médiate des artères dans les anévrysmes, par *M. Duval*. — Bons effets des antipériodiques dans certains cas de zona, par *Liégey*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — 1856. No 1. Revue clinique, par *Dupuy*. — Injection de perchlorure de fer dans les veines, par *Soulé*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Décembre. Péripneumonie exsudative. — Abcès sous-lombaire chez un cheval ; incision faite au rectum, par *Macorps*. — Bronchite vermineuse observée chez des veaux d'élève, par *Janné*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 10e livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*. — Traitement de la coqueluche, par *Ancelon*. — Rétrécissement infranchissable de l'urèthre ; fistules ; incision au périnée ; succès de l'opération ; retour des accidents, par *Lesueur*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). 1856. Janvier. Syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par *Mandon*. — A propos du traitement de la colique du plomb par l'iodure de potassium et les sulfureux, par *Beaupoil*. — Fracture complète et comminutive de la jambe ; rétraction du tendon d'Achille ; ténotomie ; guérison, par *Van Volxem*. — Emploi de l'éther et du chloroforme, par *Gimelle*. — Coup de feu à l'épaule chez un enfant ; particularités dignes de remarque, par *Liégey*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — 1856. Nos 5. Liqueur de Fowler dans l'asthme idiopathique, ou symptomatique d'une affection pulmonaire, par *Geens*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier de décembre. De la saignée comme moyen thérapeutique, études recueillies par M. *D.-J. Œconomopoulos*. — De la guérison de l'ictère par les œufs frais et crus. — De la guérison de quelques ophthalmies par l'insufflation du sucre ou par l'instillation de l'eau sucrée. — Cahier de janvier 1856. Du choléra et des fièvres intermittentes en Grèce.

O ESCHOLIASTE MEDICO. — 3e série. Nos 25. Non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. — Analyses et revues. — 26. Cliniques et revues.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 7 MARS 1856. N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 27 février au 5 mars 1856.

55. MONGRAND, Jean-Charles-Émile, né à Rochefort (Charente-Inférieure. [*Le bagne de Brest, considéré au point de vue hygiénique et médical.*]

56. BRANGIER, Armand, né à Breloux (Deux-Sèvres). [*Considérations sur un appareil à fractures de jambe, proposé par M. Gaillard, de Poitiers.*]

57. LEJEUNE, Adrien-Eugène-Auguste, né à Moulins (Allier). [*De la scarlatine.*]

58. CARON, Edmond-Charles-Alexandre, né à Moislains (Somme). [*Du traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 6 mars 1856.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

L'attention qu'apporte l'Académie de médecine à la discussion sur l'occlusion des paupières dans les ophthalmies nous engage à ajouter aujourd'hui quelques mots sur l'application même du moyen, et nous répondrons très rapidement aux questions que doit se poser le praticien.

1° A quels cas convient surtout l'occlusion? — Ainsi que le disait, mardi dernier, par avance, M. Velpeau, il faut s'entendre sur les ophthalmies, avant de parler de la manière de les combattre et de les guérir. — Or, quelles que soient les classifications que l'on adopte dans ce sujet si difficile, quelle que soit la part faite par les uns aux causes générales, par les autres au siége anatomique précis de la lésion, il y a pour tout le monde, à coup sûr, deux grandes classes d'ophthalmie, différentes par leurs causes, leur marche, leur thérapeutique : ce sont les ophthalmies externes, qui affectent la conjonctive, et les ophthalmies internes, qui s'attaquent aux membranes vasculaires de l'œil, iris, choroïde.

Aux premières conviennent surtout les topiques, aux secondes les médications générales.

Mais entre ces deux classes si distinctes sont les affections de la cornée, participant de chacune d'elles, sur lesquelles les médicaments internes sont souvent sans prise, souvent aussi les topiques plus nuisibles qu'utiles. Heureusement, *c'est aux affections de la cornée que convient l'occlusion palpébrale.* Mais tout d'abord distinguons. L'ophthalmie pustuleuse, papuleuse, si commune chez les sujets lymphatiques, sorte de dermatose de l'extérieur de l'œil, guérit très bien, sauf les récidives, par les moyens les plus simples, et n'exige point l'occlusion. Ici, à la vérité, la cornée n'est prise réellement que par voisinage de la conjonctive, siége principal des papules, des pustules de l'ophthalmie lymphatique. — D'autres fois, les désordres aperçus à la surface ou dans la profondeur de la cornée ne sont que l'ombre d'une maladie plus profonde : tel est le propre des kératites nommées *ponctuées* ou *pointillées*, *disséminées* ou *diffuses*, derrière lesquelles est une ophthalmie interne des plus graves, qui ne finira souvent que par la perte lente de l'œil. Pas plus que dans le cas précédent ne convient alors l'occlusion des paupières.

Mais il est des cas où la cornée seule est malade, soit à la suite du traumatisme avec toutes ses variétés, soit par l'effet d'une ulcération, lésion spéciale et indépendante : alors se montrent tous les avantages de fermer et d'immobiliser les voiles palpébraux.

On est vraiment surpris de voir encore des chirurgiens négliger cette indication dans les plaies un peu étendues de

la cornée, soit par blessures, soit après la kératotomie pratiquée pour l'extraction de la cataracte. Quand on étudie pourtant les suites immédiates de cette dernière opération, on acquiert la preuve du peu de danger des plaies cornéennes, à la condition que leurs bords soient maintenus dans un parfait contact. Si le quart seulement de la circonférence de la cornée est intéressé, la résistance même de la membrane s'oppose à la séparation des lèvres de la plaie; mais si un véritable lambeau est détaché, comme dans l'opération de la cataracte, l'application si douce, si parfaitement uniforme de la face muqueuse de la paupière, peut seule affronter immuablement les bords de la vaste plaie.

Les contusions, les brûlures, les ramollissements de la cornée, exigent de même l'occlusion des paupières.

Que d'avantages celle-ci n'offre-t-elle pas dans les ulcères proprement dits !

Elle éteint presque toujours et tout de suite la douleur et la photophobie, si cruelles pour les malades, surtout pour les malheureux enfants. Elle est la meilleure précaution à prendre contre les chances de perforation de la cornée. Enfin, pouvant à elle seule constituer toute la médication, elle exempte de ces malencontreuses cautérisations faites à tout propos et à tout hasard par une foule de médecins, pratique déplorable qui chaque jour fait des victimes.

Telles sont donc les circonstances très limitées, bien que fort nombreuses dans la pratique, pour lesquelles, instruit par l'expérience, nous conseillons l'occlusion. — Ce n'est pas que, dans d'autres cas, elle ne puisse paraître favorable; aussi plusieurs l'ont vantée dans l'ophthalmie purulente, M. Piorry dans l'iritis, M. Furnari dans les névralgies profondes du globe et du pourtour de l'orbite. Nous n'élevons pas de contestation. Nous pensons seulement que, dans ces cas, la diminution de la douleur ne doit point faire illusion au praticien, lequel n'a pas trop de toute son attention, de tous ses efforts, pour combattre le mal.

En résumé, plaies de la cornée, ulcères et abcès de la cornée avec toutes leurs variétés, pannus granuleux, certaines formes de kératite vasculaire, telles sont les indications principales de l'occlusion.

Il en est une autre plus générale et qui trouve son application dans presque toutes les affections des yeux : c'est la persistance d'une ophthalmie quelconque.

Une conjonctivite catarrhale, ou pustuleuse, ou autre, résiste à tous vos moyens. Essayez pendant quelque temps l'occlusion, qui seule suffira quelquefois pour guérir, ou au moins remettra, par le repos, l'organe dans des conditions plus favorables à un nouveau traitement. Il en est de même pour certaines ophthalmies profondes. Vous avez épuisé tous les remèdes, à la suite d'un iritis, pour faire résorber un hypopyon; celui-ci ne diminue point : condamnez l'œil à l'immobilité, en cessant tout remède; et ce que tous les fondants n'ont pu faire peut céder à cette simple expectation.

L'expectation, tel est en effet le génie de l'occlusion, s'il est permis de dire qu'immobiliser l'œil et le protéger par le pansement le plus naturel et le plus doux, soit rester simple spectateur de la maladie. — La cornée, placée au centre de l'œil et incessamment exposée au conflit des paupières dans le clignement, la cornée entièrement dépourvue de vaisseaux, et sur laquelle l'action des topiques ne se peut comprendre, se prête merveilleusement, dans ses maladies propres, à l'emploi de l'occlusion, qui la protége contre l'espèce de traumatisme continu des paupières, le traumatisme, plus fâcheux, peut-être, que les cautérisations et les collyres violents.

Pour la hernie de l'iris, la kératocèle, le staphylôme cornéen, l'occlusion palpébrale est, pour ainsi dire, le premier temps de la compression : c'est désormais une autre méthode.

2° Les deux yeux doivent-ils être fermés? Sans contredit, si tous les deux sont malades. — Oui, s'il s'agit d'une plaie étendue de la cornée, comme après la kératotomie, d'un vaste abcès de la cornée prêt à s'ouvrir, d'une ulcération fort étendue. — Non, dans les cas ordinaires.

3° Combien de temps doit durer l'occlusion? En règle générale, sauf après les plaies, il est utile de changer le petit appareil toutes les vingt-quatre heures. — Consistant dans l'application de quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre, ou d'une couche de gomme arabique soutenue par quelques petites lames de gros tulle, ainsi que nous l'avons dit, il exige peu de temps pour être mis, un peu plus, malheureusement, pour être enlevé. — Mais un pansement quotidien soulage beaucoup le malade, permet de suivre la marche de l'affection, d'appliquer le collyre convenable s'il en est besoin. — Il faut dire, néanmoins, que l'occlusion palpébrale peut être prolongée un bien plus long temps, sept ou huit jours, par exemple, comme après l'extraction de la cataracte.

4° Quels sont les inconvénients de l'occlusion, et quels signes préviennent le chirurgien de la nécessité d'enlever l'appareil?

On a reproché à l'occlusion d'empêcher l'issue des matières sécrétées par la conjonctive. C'est une erreur, et à la levée de l'appareil on ne trouve retenue dans le lac des larmes qu'une très faible quantité de mucus purulent.

L'occlusion cause quelquefois un érythème douloureux sur les bords ciliaires et dans la peau qui avoisine la fente palpébrale, d'où des cuissons souvent très vives. — C'est là un faible inconvénient facile à combattre.

Une douleur subite et profonde, et bientôt l'œdème inflammatoire de la paupière avertissent de la perforation de l'œil et de l'issue de l'iris, ou bien, en dehors de ces conditions, du début d'une ophthalmie interne. — Il faut lever l'appareil et combattre les nouveaux symptômes.

L'extrême simplicité du traitement des ophthalmies cornéennes par l'occlusion séduira, sans doute, un grand nombre de praticiens. — Par l'expérience de chacun, les règles de son emploi se préciseront davantage, et l'extension de cette méthode eût-elle pour seul avantage de dégoûter les médecins des moyens violents dont ils abusent, qu'un service véritable aurait été rendu à la science et aux malades.

Ad. Richard.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine, au port de Brest.

Le travail que nous publions ici comprend ce qu'il y a de plus essentiel dans l'ouvrage qui a été récemment couronné par l'Académie impériale de médecine, et dont

M. le secrétaire annuel a fait, dans son rapport sur les prix, un éloge si vif et si mérité. Les lecteurs qui voudront consulter les tableaux statistiques, *dont nous ne donnons ici que les résultats, les trouveront dans l'ouvrage lui-même, qui vient de paraître à la librairie J.-B. Baillière.*

A. D.

Première partie : Influence de la navigation.

Quand il s'agit d'une maladie qui entre pour près d'un dixième dans la mortalité générale et dont les victimes se comptent par milliers, lorsqu'on se propose d'en déterminer la fréquence et la marche, dans des conditions données, ce n'est pas aux individus, c'est aux masses qu'il faut s'adresser. La statistiquè seule peut fournir la solution d'un pareil problème; mais, pour qu'elle ait une valeur réelle, il faut la faire porter sur des collections d'hommes soumis à un contrôle régulier et sans cesse placés sous l'œil du médecin. Pour être en droit d'en tirer des conclusions générales, il ne faut pas la borner à l'observation restreinte de quelques localités; il faut qu'elle embrasse toutes les latitudes et, si faire se peut, tous les points du globe de quelque importance. Telle est la pensée qui m'a guidé dans les recherches dont je vais faire connaître les résultats.

J'ai dû porter, en premier lieu, mon attention sur une classe d'hommes dont l'existence entière s'écoule dans la triple condition dont j'avais à déterminer l'influence, changement continuel de lieux, navigation incessante, séjour habituel dans les pays chauds. Les marins qui forment une partie importante de la population, sont presque tous enfants du littoral. Leur vie n'est, pour ainsi dire, qu'un long voyage qui commence au sortir du berceau, et qui se termine lorsqu'une vieillesse prématurée les rend impropres à leur rude métier. Ils séjournent habituellement sous la zone torride. Toutes les campagnes les y conduisent, presque toutes les stations les y retiennent. Il en était ainsi, du moins, avant que la guerre concentrât nos forces navales dans la mer Noire et dans la Baltique, et c'est sur une époque antérieure à ces événements que porteront mes observations. A part quelques bâtiments affectés à la surveillance des pêches qui se font sur nos côtes et à Terre-Neuve, sauf quelques rares voyages de circumnavigation, la presque totalité de notre personnel maritime était alors répartie entre l'escadre de la Méditerranée et nos stations du Levant, des côtes d'Afrique, de l'Indo-Chine, des mers du Sud et de l'Océanie, du Brésil et de la Plata, de la Guyane et des Antilles. Les marins devraient donc, d'après les idées généralement adoptées, succomber rarement à la phthisie pulmonaire. C'est, en effet, ce que chacun répète, mais c'est ce que personne n'a démontré. Il fallait d'abord éclaircir ce premier point de la question.

Un personnel mouvant, disséminé dans le monde entier, ne se prête assurément pas aussi aisément à la statistique que celui qui compose l'armée de terre; mais si les recherches présentent plus de difficultés, elles doivent conduire à des résultats plus précis.

L'armée se renouvelle tous les sept ans. Sa dette une fois payée, le soldat retourne dans ses foyers; il devient impossible de savoir comment se terminent les affections qu'il a pu contracter sous les drapeaux. Le marin appartient au service pendant toute sa vie, une fois qu'il est classé. L'État ne le perd pas de vue un seul instant. Soumis à des levées périodiques, il vient de temps en temps reprendre sa place sur les navires de guerre et se soumettre au contrôle des médecins de la marine. A l'époque des levées, les matelots atteints d'infirmités ou d'affections internes subissent la visite des conseils de santé des ports et reçoivent, suivant les cas, des congés de réforme ou de convalescence, dont les copies restent dans nos archives. Lorsqu'ils tombent malades pendant la durée de leur service, s'il se trouvent en France, ils entrent dans des hôpitaux; s'ils sont en cours de campagne, ils sont traités, soit à bord, par le chirurgien-major de leur bâtiment, dont le rapport circonstancié est remis, au retour, au directeur du service de santé, soit dans les hôpitaux de nos colonies, par des médecins appartenant au même corps, et dont les comptes rendus sont transmis à l'inspection générale. Dans aucun cas, ils ne peuvent se dérober à notre observation, en entrant dans un hôpital civil, comme cela arrive pour l'armée de terre, dans toutes les petites localités. Les documents qui les concernent sont ainsi réunis dans la même main, et c'est à ces sources que j'ai puisé.

Comme il s'agissait de déterminer la fréquence de la phthisie dans l'armée navale, il me fallait un terme de comparaison. Il était naturel de le demander à l'armée de terre, et je l'ai emprunté au travail justement estimé de M. Benoiston de Châteauneuf (1). D'après ses calculs, sur 17 209 décès survenus de 1820 à 1826, 1 260 ont été causés par la phthisie, ce qui donne la proportion de 1 *sur* 13,6, *et non pas de* 1 *sur* 5, *comme le lui font dire* Casimir Broussais (2) et M. Lévy (3). M. Journé (4) donne, pour l'hôpital du Val-de-Grâce, un chiffre proportionnel qui se rapproche beaucoup du précédent, quoique lui étant un peu inférieur. Sur 7 509 admissions, de 1835 à 1837, on a compté 329 morts, dont 27 phthisiques, c'est-à-dire 1 sur 12,18. Comme les calculs de M. Benoiston de Châteauneuf ont porté sur l'armée tout entière, je préfère les prendre pour point de départ. Il n'indique pas la proportion des décès dus à la phthisie par rapport à l'effectif, mais il est facile de la déduire du chiffre qu'il établit pour la mortalité générale. L'armée perd par an 2,25 sur 100. Les décès dus à la phthisie entrent dans la mortalité pour 1/13,6; elle perd donc annuellement, par le fait de cette maladie 0,16 pour 100; un phthisique succombe sur 578 soldats. L'auteur fait remarquer, à juste titre, combien ce nombre est considérable, pour une réunion d'hommes choisis, soumis à un contrôle sévère, et dont on a soigneusement écarté tous ceux qui présentaient des signes d'une mauvaise constitution, d'une faible santé. Il est cependant, comme on va le voir, de beaucoup inférieur à celui des marins, qui ont subi la même épuration. Dans mes recherches, j'ai suivi l'exemple de Benoiston de Châteauneuf; j'ai comparé le nombre des phthisiques morts à la totalité des décès.

Le registre qui les constate, à l'hôpital de Brest, m'a fourni le résultat suivant, *pour la période comprise entre le* 1er *juillet* 1853 *et le* 1er *janvier* 1855.

La phthisie, pour les marins, est à la mortalité générale, comme 29 est à 261, ou comme 1 est à 9, proportion beaucoup plus forte que celle de l'armée de terre exprimée par 13,6. Elle ferait donc, si l'on s'en rapportait à ce tableau, près d'un tiers de victimes de plus dans la marine que dans l'armée, et cependant, ce chiffre quelque élevé qu'il soit,

(1) *Essai sur la mortalité dans l'infanterie française* (*Ann. d'hyg.*, l. X, p. 290, 1833).

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 4 avril 1843.

(3) *Traité d'hygiène publique et privée*, l. 1, p. 419.

(4) *Recherches statistiques sur la phthisie en Italie* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 12 février 1839, l. III, p. 542).

n'exprime pas encore toute la vérité. Nos matelots levés dans le 2e arrondissement maritime, ne sont pas éloignés de leur pays natal, ils y ont presque tous une famille, des moyens d'existence, et la plupart d'entre eux, lorsqu'ils approchent du terme fatal, demandent un congé de convalescence et s'en vont mourir dans leurs foyers. Ces congés sont donc comme une liste supplémentaire à ajouter à celle que je viens de dresser. J'ai fait le dépouillement de tous les congés de réforme et de convalescence délivrés au port de Brest, *depuis le 1er juillet 1853 jusqu'au 1er janvier 1854*. Or, en laissant entièrement de côté les congés de réforme, dont plus des 5/6 sont motivés par des lésions qu'on ne peut qualifier de maladies, en ne tenant compte que des congés de convalescence, les chiffres constatent que les affections de poitrine y entrent pour plus d'un tiers, pour 1/2,89; que les affections chroniques des voies respiratoires y figurent pour plus d'un quart, pour 1/3,29, et la phthisie réunie aux bronchites chroniques pour plus d'un cinquième, pour 1/4,33. Quant à ces dernières, ce sont, dans la majorité des cas, des phthisies déguisées.

Toutefois, on peut toujours révoquer en doute l'exactitude d'un diagnostic qui n'est pas confirmé par la nécropsie, et j'ai voulu compléter mes recherches par ce dernier mode d'investigation. J'ai fait un dépouillement de toutes les autopsies faites à Brest dans le cours des quinze années qui viennent de s'écouler. Tous les sujets n'ont pas été ouverts, tant s'en faut; mais comme mes calculs portent sur 3,058 autopsies, cette légère cause d'erreur peut être négligée. L'omission a dû porter indistinctement sur tous les genres de maladie, et plus particulièrement peut-être sur les phthisiques, qui n'offrent que des lésions trop fréquentes et trop connues pour présenter un grand intérêt. Pour ne rien donner à l'arbitraire, j'ai considéré comme phthisiques tous les individus morts d'affections de la poitrine et à l'autopsie desquels on a trouvé, dans les poumons, des tubercules ramollis, ou des cavernes. J'ai évité d'y comprendre ceux qui, bien que présentant ces altérations, avaient évidemment succombé à une autre maladie.

Il résulte du *Tableau des autopsies faites à l'école de médecine navale de Brest, de 1840 à 1854*, que les marins ont fourni, parmi les hommes libres, la plus forte proportion. Après eux viennent les ouvriers du port, qui appartiennent aux classes les plus malheureuses d'une ville qui compte 1 phthisique sur 6 décès; en troisième lieu, les gardes-chiourmes, dont le nombre est trop faible pour qu'on puisse en tirer quelques conséquences. Puis vient l'infanterie et l'artillerie de marine, et enfin les troupes de terre auxquelles on peut appliquer l'observation que je viens de faire pour les gardes. Les condamnés ont seuls dépassé le chiffre des marins; mais la population du bagne est ravagée par la scrofule, le cancer, les affections tuberculeuses. Elle offre l'exemple le plus frappant de l'influence qu'exercent, sur le développement de ces maladies, les mauvaises conditions hygiéniques; de la promptitude avec laquelle les organismes les plus robustes s'altèrent sous l'action de ces causes destructives. En retranchant du chiffre des décès dus à diverses maladies les 73 condamnés morts du choléra en 1849, on a, pour la phthisie comparée à la totalité des morts, la proportion de 1 à 3,86, chiffre qui dépasse même celui qu'indique M. Chassinat, dans sa lettre à l'Académie de médecine (1).

Je me suis borné, comme on le voit, à m'occuper des décès; je n'ai rien dit de la proportion des phthisiques dans le nombre des malades, parce que cette évaluation suppose toujours une exactitude de diagnostic qu'on a le droit de suspecter. Je n'ai pas parlé de l'effectif des marins présents aux ports, parce que c'est un élément insaisissable, soumis à de telles variations quotidiennes, qu'il est impossible de déterminer la moyenne, même d'une manière approximative. Les départs et les arrivées des navires, les armements, les levées le font changer d'un jour à l'autre, de manière à défier toute statistique.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1843, n° 26, p. 420. — *Études sur la mortalité dans les bagnes et dans les maisons centrales*, Paris, 1844, in-4°.

Les marins qui succombent à Brest n'appartiennent que dans une faible proportion à la population de la ville; ils viennent y mourir de toutes les parties du monde; j'ai pensé toutefois qu'on pourrait attribuer les résultats précédents au climat humide et froid de cette ville. Pour prévenir cette objection, j'ai dû faire les mêmes recherches; dans celui de nos ports qui contraste le plus fortement avec Brest, par sa position sur la Méditerranée, par son climat et par la nature des campagnes qui lui sont spécialement dévolues. Un de mes amis (1) a bien voulu se charger de recueillir ces renseignements; et, comme à Toulon, les soldats de l'armée de terre ne sont pas, comme à Brest, traités à l'hôpital de la Marine, il a eu recours à l'obligeance du médecin en chef de l'hôpital militaire, qui lui a permis d'en consulter les registres. Le tableau qu'il m'a transmis, concernant *les décès survenus à l'hôpital militaire de Toulon, pendant les années 1853 et 1854*, prouve que la bronchite chronique et la phthisie réunies ont été à la mortalité générale :

Pour les marins.	: : 1	:	5,91
Pour les troupes de marine. . .	: : 1	:	4,93
Pour l'armée de terre.	: : 1	:	21,08
Pour les ouvriers de l'arsenal. .	: : 1	:	3,62
Pour les condamnés	: : 1	:	5,09

J'ai séparé avec intention dans les *tableaux* les années 1853 et 1854 qui ont donné des résultats très différents, parce que, à la fin de cette dernière année, la ville de Toulon a été ravagée par le choléra, qui n'a sévi nulle part avec plus de violence et qui a considérablement élevé le chiffre des décès dus à des maladies autres que la phthisie. Malgré cette atténuation, les chiffres parlent encore assez haut. On remarquera sans doute la distance qui sépare les troupes de terre des différents corps de la marine, bien que tous aient été soumis à cette cause éventuelle de mortalité. On reconnaîtra enfin, qu'à deux pas d'Hyères et de Nice, à Toulon, dont les chaleurs peuvent, pendant l'été, rivaliser avec celles de l'Afrique, et dont la population maritime ne quitte guère la Méditerranée, la phthisie fait, parmi les marins, plus de ravages peut-être que sous le ciel brumeux et sombre de la Bretagne.

Les affections chroniques des voies respiratoires entrent pour une proportion presque aussi forte qu'à Brest, dans le chiffre des congés de convalescence. Les phthisies, bronchites chroniques, affections chroniques des voies respiratoires sont à la totalité des congés de convalescence délivrés au port de Toulon *en* 1853 *et* 1854, dans les proportions suivantes :

Pour les marins	: : 1	:	5,31
Pour les troupes de marine . . .	: : 1	:	2,59
Pour les troupes de terre	: : 1	:	5,44
Pour les ouvriers de l'arsenal. .	: : 1	:	3,88

La proportion des phthisiques congédiés dans les différents corps est à peu près la même que celle des morts, et elle est

(1) M. Hélet, pharmacien, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

considérable. Quant au relevé des autopsies, c'est un travail de dépouillement auquel il faut renoncer, quand on ne peut pas s'en charger soi-même.

Parmi nos ports de guerre, il en est un, Cherbourg, qui passe pour jouir d'une sorte de privilége, au point de vue de la phthisie. Une simple assertion de Lepecq de la Cloture lui a valu cette réputation, et M. Boudin l'a reproduite dans sa *Géologie médicale*. Il s'agissait de savoir si le fait est vrai, d'une part, et si, de l'autre, les marins partagent cette immunité avec les habitants de la ville. Déjà M. Lefèvre, aujourd'hui directeur du service de santé au port de Brest, dans un remarquable mémoire communiqué à l'Académie de médecine en 1845 (1), avait cité un fait qui tend à prouver le contraire. Sur 78 décès survenus à l'hôpital maritime de Cherbourg, du 1er janvier 1844 au 1er mai 1845, on a compté 9 phthisiques, ce qui donne le rapport de 1 à 8,64.

Pour être complétement fixé, j'ai fait à Cherbourg les mêmes recherches qu'à Toulon. M. Petit, chirurgien principal de la marine, a bien voulu s'en charger. Il vient de me transmettre les renseignements suivants, relatifs aux *décès survenus à l'hôpital maritime de Cherbourg, dans les différents corps de la marine et de l'armée, pendant le cours des années* 1850, 1851, 1852, 1853, 1854.

CAUSES DES DÉCÈS.	ÉPOQUE DES DÉCÈS.					TOTAUX.
	1850	1851	1852	1853	1854	
Maladies diverses (blessés exceptés)	44	45	43	82	137	351
Phthisie pulmonaire	24	13	17	14	17	85
Pleurésie chronique	3	2	2	»	2	9
Catarrhe pulmonaire chronique	»	3	»	»	»	3
Totaux	71	63	62	96	156	448

On voit par ces renseignements que les affections chroniques des voies respiratoires sont à toutes les affections internes réunies, comme 1 est à 4,61, et la phthisie comme 1 est à 5,27.

Dans le cours de ces cinq années, il a été accordé au conseil de santé de Cherbourg, 176 congés de convalescence pour des affections de poitrine (25 pour bronchite chronique, 95 pour catarrhe pulmonaire chronique, 43 pour pleurésie chronique, et 13 pour tuberculisation pulmonaire), 43 congés de réforme pour les mêmes maladies (38 pour tuberculisation pulmonaire, 4 pour catarrhe pulmonaire chronique, 1 pour pleurésie chronique).

La fréquence des affections de poitrine, et notamment de la phthisie, à Cherbourg, est donc un fait incontestable. Il est impossible de s'en étonner, du reste, lorsqu'on connaît le climat de cette ville.

Quant aux marins, qui nous intéressent plus spécialement, ils sont loin de faire exception. D'après un *état des marins morts à l'hôpital maritime de Cherbourg ou congédiés par le conseil de santé de ce port, du 1er janvier 1850 au 1er janvier 1855*, les affections chroniques de poitrine entrent parmi eux pour la proportion de 1 à 3,89 dans le chiffre des décès, de 1 à 5,27 dans celui des congés de réforme, et de 1 à 4,85 dans les congés de convalescence. La phthisie entre pour la proportion de 1 à 4,48 dans les décès, de 1 à 2,84 dans les congés de réforme, et, dans les congés de convalescence, pour une proportion difficile à déterminer, en raison de l'incertitude que les bronchites chroniques introduisent dans les calculs.

Quant à Lorient et à Rochefort, ils ne comptent que peu de marins ; nous n'avons pas même d'hôpital dans le premier de ces ports, et M. Lefèvre, dans le travail que j'ai cité, a prouvé que la phthisie sévissait dans le second avec autant d'intensité que dans les autres.

Je devais aller enfin au-devant d'une dernière objection. M. Andral (*Additions au Traité de l'auscultation médiate* de Laënnec) dans une note qui renferme, à mon sens, ce qui a été dit de plus judicieux sur la question qui fait l'objet de ce mémoire, M. Andral, dis-je, acceptant, sous toutes réserves, l'opinion généralement accréditée sur l'efficacité de la navigation, se hâte d'ajouter que, si la phthisie suspend ses ravages à bord, ils recommencent à terre, et que les hôpitaux de la marine renferment autant de phthisiques que les hôpitaux militaires du centre de la France. Je viens de prouver qu'ils en renferment bien davantage; je vais démontrer maintenant que ce n'est point à l'arrivée en France qu'est dû ce résultat, que loin de suspendre ses ravages à bord, la tuberculisation pulmonaire y marche plus vite qu'à terre; que la mort des phthisiques en mer, loin d'être un fait extrêmement rare, est, au contraire, un fait déplorablement commun. J'ai dressé un tableau d'après des *rapports de fin de campagne* déposés par les chirurgiens-majors des bâtiments dans les archives du conseil de santé de Brest, en distribuant ces rapports par stations. Nos stations navales correspondent aux commandements des Anglais, mais ne sont pas limitées de la même manière. Je n'ai pas fait entrer en ligne de compte les navires au sujet desquels les renseignements n'avaient pas toute la précision désirable. J'ai préféré faire porter mes calculs sur des chiffres moins imposants, mais d'une exactitude certaine. J'ai évité d'y comprendre aussi les nombreux navires qui, par la nature de leurs campagnes, ne pouvaient être rattachés à aucune station en particulier. C'est en joignant les résultats empruntés à ces derniers, à ceux que je viens de produire, que je suis arrivé au chiffre de 103 phthisiques morts en mer et de 62 renvoyés en France, sur environ 90 bâtiments de toute espèce. Je ferai observer encore que les hommes qui composaient ces équipages avaient été soumis à une épuration préalable au moment du départ. Il résulte de ce même tableau qu'il y a eu dans les stations : 1° Des Antilles, 1 phthisique sur 11 décès, et 1 sur 6,06 renvois ; 2° des mers du Sud, de l'Océanie et de la Nouvelle-Zélande, 1 phthisique sur 3,17 décès, et 1 sur 1,54 renvois; 3° de l'Inde et de la Chine, 1 phthisique sur 7,07 décès, et 1 sur 22 renvois; 4° du Brésil et de la Plata, 1 phthisique sur 6,66 décès, et 1 sur 2,71 renvois; 5° des côtes occidentales d'Afrique, 1 phthisique sur 24,66, et 1 sur 9 renvois.

Pour toutes ces stations réunies, sur 82 navires et 16,612 hommes d'équipage, on arrive à un total de 691 décès, dont 91 phthisiques, ou 1 sur 7,59, proportion presque double de celle de l'armée de terre exprimée par le rapport de 1 à 13,6.

Enfin, en comparant les décès dus à la phthisie, à l'effectif des équipages, on trouve qu'il est mort 1 phthisique sur 182 matelots, pour deux années en moyenne, ou

(1) *De l'influence des lieux marécageux sur le développement de la phthisie et de la fièvre typhoïde à Rochefort* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. X, p. 1041).

1 sur 364 par an, au lieu de 1 sur 578 que donne l'armée de terre.

La phthisie fait donc, dans l'armée de mer, dans nos différentes stations, presque toutes sous la zone torride, la moitié plus de victimes que dans l'armée de terre, en garnison.

Il m'a paru intéressant de rapprocher ces chiffres de ceux qui ont été obtenus dans la marine anglaise, et communiqués à l'Amirauté par le docteur Wilson (*Gazette médicale*, 1841, 2 octobre). Or, la proportion des décès par phthisie à la mortalité générale a été : 1° Pour le commandement des Indes occidentales et de l'Amérique du Nord, de 1 phthisique sur 10,31 décès ; 2° pour le commandement de l'Amérique du Sud, de 1 phthisique sur 5,95 décès ; 3° pour le commandement du cap de Bonne-Espérance et de la côte occidentale d'Afrique, de 1 phthisique sur 16,80 décès ; 4° pour le commandement de la Méditerranée et de la Péninsule, de 1 phthisique sur 5,84 décès.

Ces chiffres se rapprochent beaucoup, comme on le voit, de ceux que nous avons obtenus pour la marine française ; ils suivent la même proportion dans les différents pays, et confirment pleinement ce que j'avais avancé.

Il résulte de tout cela que, dans la marine anglaise comme dans la marine française, dans nos ports comme à la mer, à Toulon comme à Brest, comme à Cherbourg, dans l'Inde comme aux Antilles, partout où on peut le suivre, partout où on peut l'observer, le marin, malgré les mille dangers qui l'assiégent, malgré les innombrables causes de mort qui l'entourent et qui enlèvent à la phthisie une partie de ses victimes, lui paie encore un plus large tribut que le soldat ; et si, pour justifier la navigation, on faisait intervenir dans le débat les fatigues inséparables de sa profession, je répondrais qu'il n'est donné à personne d'échapper à bord aux influences fâcheuses qui pèsent sur lui ; que les brusques changements de température, que l'humidité constante sont pour tout le monde ; qu'il en est de même des refroidissements causés à chaque instant par le passage subit de l'atmosphère étouffante que l'entassement des hommes crée dans l'intérieur du navire, à la température fraîche du pont. L'officier partage avec le matelot ces causes sans cesse répétées de bronchite et de pleurésie. Le chirurgien et le commissaire n'en sont pas exempts, et cependant ils sont retenus, par la nature de leur service, dans les parties basses du navire, ils ne sont point exposés, comme les officiers de marine et comme les matelots, au vent et à la pluie, pendant les longues heures du quart. A ce point de vue, ils sont placés dans les mêmes conditions qu'un passager, et cependant la phthisie ne les épargne guère. Sur 14 officiers de santé du port de Brest, morts depuis le 1er janvier 1851 jusqu'au 1er janvier 1854, 2 ont succombé à cette maladie, 1 sur 7 ! 2 autres ont été obligés de renoncer à la navigation par le même motif.

Nous tirerons de tous ces faits une première conséquence pratique, et nous la proclamons avec toute la force d'une conviction basée sur une triste expérience, *c'est qu'il faut interdire la profession de marin aux jeunes gens qui paraissent prédisposés à la tuberculisation pulmonaire.*

(*La seconde partie prochainement.*)

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, OU DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT DANS UNE AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS, par M. le docteur E. VIDAL, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique.

Suite. — Voir le t. III, n° 7.

Observations.

OBS. I. — *Leucocythémie ; hypertrophie de la rate ; diarrhée ; hémorrhagies intestinales ; anasarque ; mort.*

Dans le service de M. le docteur Vigla, à la maison municipale de santé, chambre n° 17 du troisième étage, est couché le nommé Leyb, entré le 18 juin 1853.

Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, est arquebusier ; il a toujours vécu à Paris et habite le quai de la Mégisserie.

Sa mère est d'une excellente santé ; son père est mort à quarante-sept ans d'un coup de sang ; une de ses sœurs a succombé à vingt-deux ans à une phthisie pulmonaire ; une seconde a été enlevée à l'âge de vingt-sept ans par une affection cérébrale.

Sa jeunesse a été exempte de maladies ; il se rappelle qu'il y a dix ans il a eu de la fièvre pendant quinze jours, mais cette fièvre ne présentait pas d'intermittences franches.

Il était autrefois très coloré et avait assez d'embonpoint ; depuis dix-huit mois sa santé s'est altérée, il a eu des accès de fièvre irréguliers survenant tous les deux ou trois jours vers le soir, accès rebelles au sulfate de quinine, et depuis cette époque ces mouvements fébriles se sont fréquemment présentés. Lors des premières atteintes, il ressentait un point de côté dans les deux flancs. Quatre mois après, il eut une fluxion de poitrine ; plus tard des douleurs dans les articulations du genou et de la hanche droite, sans gonflement ; il y a quatre mois, il a eu un érysipèle de la face ; les douleurs ont cessé, puis ont reparu quinze jours après, mais depuis deux mois il ne les ressent plus. C'est vers cette époque qu'il s'est aperçu d'œdème autour des malléoles et de développement du ventre. Depuis un mois, il tousse et expectore des mucosités filantes et opaques.

Depuis dix-huit mois, époque à laquelle il fait remonter le début de la maladie, il a toujours eu de la gêne et parfois de la pesanteur dans le flanc gauche ; ces accidents augmentaient par la marche et par les efforts de respiration. Il est devenu pâle et s'est amaigri progressivement. Depuis le début, transpirations abondantes, surtout la nuit, l'obligeant souvent à changer de linge. Il n'a jamais eu d'hémoptysie, a conservé le sommeil et l'appétit ; soif augmentée. Depuis assez longtemps il est oppressé ; cette difficulté de respirer a fait des progrès et s'accompagne de palpitations lorsqu'il monte un escalier. Il est habituellement constipé ; il y a six semaines, il a rendu du sang dans ses selles pendant plusieurs jours.

18 juin. État actuel : amaigrissement très prononcé, coloration jaunâtre de la face peu marquée sur la conjonctive. Téguments et muqueuses décolorés ; anasarque des membres inférieurs ; ascite peu abondante. L'hypochondre et le flanc gauches sont remplis par une tumeur volumineuse, douloureuse à la palpation et surtout à la percussion. Cette tumeur, qui semble être la rate hypertrophiée, est convexe en dehors ; le bord interne est concave, échancré, ce qui lui donne la forme d'un croissant. Elle s'étend depuis le mamelon jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, la matité mesurant dans son plus grand diamètre, de haut en bas et de dehors en dedans, 27 centimètres ; dans sa plus grande largeur, sur la ligne transversale de l'ombilic, elle mesure 16 centimètres. Le foie paraît avoir son volume normal. Il ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux à la percussion.

La poitrine, percutée et auscultée avec soin, ne révèle aucun bruit morbide.

L'auscultation du cœur donne, aux deux temps et à la base, un bruit de souffle doux qui se prolonge avec un rhythme intermittent dans les deux carotides.

Depuis quelques jours, l'appétit est diminué ; la soif est intense.

Le 23, frissons pendant une heure et mouvement fébrile vers quatre heures du soir ; sueurs abondantes pendant la nuit.

Le 24, frissons et fièvre à trois heures ; subdélirium.

Le 25, perte de mémoire assez marquée ; évacuations solides accompagnées d'une hémorrhagie intestinale assez abondante. (Tisane de ratanhia, julep avec extrait de ratanhia, 2 grammes.)

Le 27, le malade a encore rendu du sang pendant la nuit. Il est très affaibli. Face un peu bouffie aux paupières ; œdème des bras. (Julep

ratanhia; lavement au ratanhia.) Diarrhée hémorrhagique; quatre selles abondantes. Pendant le jour, urines très foncées et rares.

Le 28, la diarrhée dysentérique continue, mais contient moins de sang. Pouls très mou et très faible, 104 pulsations.

Le 30, diarrhée très abondante, comparable à du frai de grenouille, avec ténesme.

Le 1er juillet, diarrhée muqueuse abondante, épuisement extrême, pouls très petit, 120 pulsations. Bruit de diable très marqué sur le trajet des deux carotides. Le soir, frissons violents, nuit très agitée, rêvasseries, délire.

Le 2, diarrhée glaireuse, abondante, épreintes douloureuses, pouls petit et dépressible, 120 pulsations.

Le 4 juillet, la diarrhée continue très abondante; selles muqueuses, verdâtres (julep, opium, 10 centigrammes); respiration anxieuse.

Le 6 juillet, dix à douze selles dans les vingt-quatre heures avec ténesme; épuisement extrême, pouls filiforme. Mort le 7 juillet, à onze heures du soir, après une agonie très courte.

Analyse du sang.—Ce malade appartenant à la religion israélite, l'autorisation d'en faire l'autopsie nous fut refusée. Pendant la vie, nous avions diagnostiqué une leucocythémie et porté un pronostic que les accidents de diarrhée des derniers jours et la mort n'avaient pas tardé à confirmer. Déçu dans mon espoir de contrôler le diagnostic par l'examen nécroscopique, je fis sur le cadavre, au niveau du pli du coude, une petite incision simulant une saignée, je mis à nu la veine céphalique, et, par des pressions faites le long de son trajet, je parvins à en faire suinter quelques gouttes de sang que j'envoyai à mon collègue le docteur Leudet. Il y reconnut au microscope les caractères du sang leucocythémique; les globules blancs, en nombre considérable, étaient granulés, volumineux et pourvus de noyaux.

Remarques. — Dans cette observation, recueillie sur un homme de quarante-cinq ans, ayant toujours habité Paris, n'ayant jamais eu d'accès bien caractérisés et réguliers de fièvre intermittente, la maladie a duré environ dix-huit mois. Les accidents du début ont été: de l'affaiblissement, de la dyspnée, de l'arthralgie, des mouvements fébriles irréguliers, fréquents, rebelles au sulfate de quinine; plus tard: anémie avec bruit de diable dans les carotides, appétit conservé, soif vive, constipation, anasarque, hémorrhagies intestinales. Dans la dernière période, qui dure dix jours, fièvre hectique, selles dysentériques abondantes avec ténesme, perte de mémoire et subdélirium. Mort par épuisement.

Les symptômes les plus remarquables sont: la fréquence des mouvements fébriles au début, qui généralement est apyrétique, la nature dysentérique des évacuations alvines et le ténesme dont elles étaient accompagnées. Cet accident est rare relativement à la fréquence des hémorrhagies intestinales et des diarrhées sanguinolentes de la période ultime.

Obs. II. — *Leucocythémie splénique reconnue pendant la vie; hypertrophie de la rate et du foie; hémorrhagies nasales; diarrhée; furoncles; eschare; tumeur sanguine de la région axillaire; mort.*

Le nommé Rose, âgé de trente ans, marchand de vins, rue de Trévise, 44, entré à la Maison municipale de santé, service de M. Vigla, le 29 septembre 1855, est couché à la chambre 13 du pavillon.

Rose est né en Picardie, à Brai-sur-Somme. Sa mère est morte à quarante-deux ans de pertes à la suite de couches. Son père, âgé de soixante ans, s'est toujours bien porté; son frère jouit d'une très bonne santé. Son enfance n'a pas été maladive, cependant à dix ans il a eu le croup, puis plus tard quelques éruptions furonculeuses, une otorrhée; jamais d'engorgement ganglionnaire. De vingt et un à vingt-cinq ans, il a servi dans les chasseurs de Vincennes, et était un des meilleurs coureurs de son bataillon. A cette époque, il a eu la gale, puis une blennorrhagie qui dura deux mois, et qui n'a jamais donné lieu à des accidents consécutifs.

Sa voix est devenue rauque pendant qu'il était sergent instructeur. Il habite Paris depuis quinze ans; jamais, à aucune époque de sa vie, il n'a eu de fièvre intermittente.

A vingt-six ans, il a pris beaucoup d'embonpoint; à vingt-huit ans, il pesait 194 livres (sa taille est de 1 mètre 70 centimètres). Il ne boit jamais de liqueurs, mais il lui arrive souvent de boire en différentes reprises une quantité de vin rouge qu'il évalue à près de trois litres par jour. Il se nourrit bien, mange habituellement de la viande rôtie ou grillée.

C'est vers le mois de janvier 1855 que sa santé a commencé à s'altérer; il a été très enrhumé, avait souvent mal à la tête; mais l'appétit était conservé, et il continuait à vaquer à ses occupations.

Au mois de février, la toux persistait très violente, s'accompagnant d'oppression, et dans les efforts violents retentissait douloureusement dans le ventre du côté gauche; céphalalgie frontale continuelle; amaigrissement.

En mars, céphalalgie plus intense, malaise général, fièvre avec frissons irréguliers survenant surtout dans l'après-midi; point de côté sous le sein gauche; appétit conservé, selles régulières, urines chargées. On diagnostique un engorgement pulmonaire, et le médecin consulté ordonne du sirop de Flon, de la pâte de lichen et l'eau de Bussang.

La toux diminue dans le mois d'avril, mais les maux de tête persistent. Il éprouve, surtout en montant, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre Il a de l'anhélation. Mouvements fébriles irréguliers, sueurs nocturnes. L'amaigrissement fait des progrès.

Les sueurs deviennent très abondantes pendant le mois de mai; la nuit le malade est obligé de changer de linge; il s'affaiblit, se fatigue au moindre effort. Il s'aperçoit, mais sans s'en inquiéter, que son ventre est gonflé et dur du côté gauche. Il ne tousse plus, mais l'oppression continue. Céphalalgie constante, mouvements fébriles et frissons irréguliers; constipation, urines très chargées.

Au commencement de juin, il part pour la campagne et y reste jusqu'à la fin d'août. Pendant cette période, l'appétit, qui avait diminué pendant quelques jours, revient; les selles sont régulières; mais il souffre toujours de la tête, est oppressé, continue à maigrir rapidement; les sueurs sont toujours très abondantes.

Le 26 août, il ne pèse plus que 142 livres; ainsi, depuis le mois de janvier il a maigri de 52 livres. Revenu à Paris, il est plus souffrant; la céphalalgie s'accompagne d'insomnie, l'appétit est irrégulier; il a du dégoût de la viande; faiblesse très grande, oppression. La constipation est opiniâtre; les sueurs continuent. Vers cette époque, il fut pris tout à coup d'une douleur très vive dans l'articulation coxo-fémorale gauche qui dura trois jours. Cette douleur articulaire fut suivie d'une douleur dans le flanc gauche, qui céda, au bout de cinq jours, à une application de sangsues.

Dans les premiers jours de septembre, après une fatigue de marche, il éprouva des vomissements bilieux verdâtres et eut plusieurs épistaxis. Ces accidents durèrent trois jours. Depuis cette époque, il n'a pas eu d'épistaxis. A la céphalalgie qui persiste se joignent des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, des palpitations; il dort peu, son sommeil est troublé par des rêvasseries; la faiblesse va en augmentant; quelquefois, le soir, les jambes présentent un peu d'enflure autour des malléoles.

Le 15 septembre, on reconnaît une tumeur dans l'abdomen. (Pommade d'iodure de plomb; tisane de houblon; sirop d'iodure de potassium.)

Vers le 23 septembre, les vertiges et la faiblesse sont si prononcés, les syncopes si fréquentes, que Rose est obligé de s'aliter. Les nuits sont agitées, l'oppression a augmenté, les sueurs sont très abondantes, et le malade leur attribue l'état d'épuisement dans lequel il se trouve. La constipation est opiniâtre, les urines très chargées; le malade éprouve quelques douleurs vagues dans le mollet gauche; il mouche souvent un peu de sang.

Il entre à la maison de santé le 29 septembre 1855.

État actuel. — Amaigrissement; traits tirés, joues caves, teint pâle cachectique, les muqueuses un peu décolorées. Poitrine bien développée; ventre volumineux, présentant une saillie du côté gauche; cette saillie décèle une tumeur volumineuse douloureuse à la palpation et surtout à la percussion, qui paraît être la rate considérablement hypertrophiée.

Cette tumeur est allongée; son grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, s'étendant dans la fosse iliaque gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, limitée en dedans par la ligne blanche, et donnant en remontant un son mat jusqu'à la septième côte. Le bord externe est convexe, le bord interne est échancré, et la tumeur a la forme d'un croissant irrégulier, à extrémités arrondies. Peu mobile dans les mouvements du malade, elle peut être un peu soulevée en plongeant les doigts à la partie inférieure; dans cette manœuvre, on sent que le rebord est épais et arrondi.

La matité, dans le plus grand diamètre, mesure 32 centimètres; dans le diamètre transverse, 17 centimètres.

Le foie est volumineux; il déborde les fausses côtes de trois travers de doigt et remonte jusqu'à la sixième côte. La matité mesure une hauteur de 18 centimètres.

Bruits du cœur normaux; à peine un peu de souffle intermittent dans les carotides, 104 pulsations; 28 à 30 respirations. Diminution de résonnance dans le quart inférieur du poumon gauche; on y entend quelques

râles sous-crépitants secs assez près de l'oreille pour devoir être attribués à un frottement pleural. A droite, quelques râles muqueux dans la moitié inférieure. Aux deux sommets et sous les clavicules, respiration normale et résonnance parfaite. Le malade tousse un peu; il expectore une petite quantité de mucosités épaisses et consistantes.

Les digestions se font assez bien; cependant le soir, après le dîner, l'oppression est plus prononcée. Constipation; urines chargées, jumenteuses, éclaircissant par la chaleur et l'acide nitrique, ne contenant ni albumine ni sucre. (Eau de Vichy, bain alcalin, deuxième degré d'aliments.)

Le 3 octobre. En piquant le bout du doigt, j'obtiens quelques gouttes de sang, que M. le docteur Charcot a bien voulu m'aider à examiner au microscope. Nous avons trouvé des globules blancs en proportion considérable presque aussi nombreux que les globules rouges. De ces globules blancs, les uns sont sphériques, finement granulés, d'autres contiennent un ou deux noyaux granulés sans nucléole.

Du 2 au 8 octobre, le malade prend tous les jours 1 gramme 20 centigrammes de sulfate de quinine, une bouteille d'eau de Vichy (deuxième degré d'aliments.)

Le 5 octobre, le malade se plaint depuis quelques jours de douleurs dans le mollet gauche; la jambe est gonflée; il y a de l'œdème autour des malléoles.

Le 6, le mollet est gonflé, dur et douloureux au toucher; la région splénique est très sensible, et le malade se plaint de douleurs sourdes. (Bain, cataplasmes laudanisés.)

Le lendemain, la douleur a diminué; cependant le mollet est encore gonflé et dur; sur le trajet des veines on ne sent pas d'induration. La jambe droite ne présente ni douleur ni œdème.

Le 8 octobre, on prescrit sulfate de quinine, 1gr.,50; le lendemain, 1gr.,80; le malade éprouve un peu de surdité.

Le 11, Rose se trouve assez bien; il n'a que 88 pulsations. Depuis deux jours il dort; la céphalalgie a diminué, les étourdissements ont cessé, la jambe gauche n'est plus douloureuse et ne présente plus d'œdème; la douleur de la région splénique s'est dissipée; cependant il y a encore une sensibilité assez vive à la percussion.

Les sueurs sont excessives, surtout la nuit. Depuis deux jours, il a un peu moins de malaise et vers les quatre heures moins d'oppression. L'appétit est conservé; constipation.

Du 9 au 12, sulfate de quinine, 1gr.,80. Depuis le 13, il en prend 2gr.,40.

Le 15 octobre, 88 pulsations, 28 respirations, sueurs un peu moins abondantes, épistaxis fréquentes, le sang est trouble, couleur acajou foncé. Surdité très prononcée; la jambe n'est plus douloureuse, l'œdème a disparu; urines claires, selles régulières depuis quatre à cinq jours; hémorrhoïdes sorties depuis six à sept jours, douloureuses, mais non fluentes. Éruption de furoncles très douloureux à la tête et aux fesses.

16 octobre. Diarrhée jaunâtre assez abondante; quatre selles mi-liquides dans la journée, deux dans la nuit; sueurs supprimées, épistaxis abondantes se renouvelant plusieurs fois dans la journée. Affaiblissement, oppression plus forte que les jours précédents. (Sulfate de quinine, 2gr.,40.)

Le 17, la diarrhée continue; malaise général, anorexie, langue saburrale, douleur épigastrique, oppression très prononcée avec serrement s'étendant de la tumeur au larynx. Le soir, anxiété très grande, face pâle, angoisse extrême, orthopnée, 84 pulsations très faibles. (Julep, éther, 1 gramme; teinture de cannelle, 4 grammes.)

17 octobre. La nuit a été très agitée, l'oppression a été très forte; le malade se croyait à chaque instant sur le point d'étouffer; deux selles diarrhéiques, pas d'épistaxis.

Faiblesse très grande, face très altérée, transpiration un peu visqueuse, 88 pulsations très faibles; pas de douleur dans la région splénique, mais il semble au malade qu'un poids très lourd s'étend de l'épigastre à la gorge. On supprime le sulfate de quinine. (Eau de Sedlitz à 45 grammes, deux potages.) Dans la journée, cinq à six selles liquides noirâtres, abondantes, suivies de deux autres pendant la nuit.

Le soir, l'oppression revient aussi forte que la veille; douleur contusive du côté droit, sous l'aisselle, s'irradiant dans le bras. Pendant la nuit, le malade s'aperçoit d'une tumeur dans la région axillaire; nuit très agitée.

Le 18 août, 84 pulsations; anxiété très grande, anhélation, douleur très forte du côté droit. Une tumeur très volumineuse, sans changement de couleur à la peau, s'étend du sommet de l'aisselle à la septième côte et soulève l'omoplate. Cette tumeur présente une fluctuation obscure, sans crépitation. Vers le soir, l'oppression augmente, le malade est baigné de sueur, la douleur dont la tumeur est le siége devient très forte, le bras est douloureux et engourdi, le malade ne peut le remuer; la déglutition est difficile; depuis deux jours, les épistaxis ont cessé.

A huit heures du soir, le malade étouffe, il est sans voix; l'interne de garde ponctionne la tumeur, d'après l'indication de M. Monod; il évacue avec peine 300 grammes d'un sang trouble coloré en rouge brique contenant en grande quantité des grumeaux blanchâtres qui obstruent le trocart.

Le malade est immédiatement soulagé; il respire plus librement, mais il est très épuisé; la tumeur se reforme presque à vue d'œil, et une heure et demie environ après l'opération elle a repris son volume primitif. Potion avec ratanhia et quinquina.

La nuit est très agitée; le malade se plaint beaucoup, mais sans délire. Vers le matin, une selle diarrhéique.

Le 19 octobre, 108 pulsations, 30 respirations; face très pâle, anémique, muqueuses décolorées, affaissement extrême, sueurs abondantes. La sueur et la salive sont acides.

Le malade se plaint beaucoup d'un furoncle qu'il porte à la fesse droite depuis quatre à cinq jours; il s'est transformé en une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs. Eau de Tisserant. — Deux bouillons.

La rate a diminué considérablement et n'a plus que 26 centimètres dans son plus grand diamètre; elle s'éloigne de la ligne blanche de deux travers de doigt.

Décubitus dorsal; impossibilité de se coucher sur le côté, même du côté gauche. — Affaissement extrême; sueurs très abondantes. — Deux selles diarrhéiques jaunâtres. — Oppression très grande.

A cinq heures, accès de suffocation; orthopnée; pouls très faible. Le malade se plaint d'un serrement de gorge affreux.

La tumeur soulève l'omoplate et remonte jusque dans la région cervicale, envahissant les fosses sous et sus-épineuse; en avant, elle remonte sous les pectoraux jusqu'au-dessous de la clavicule. Fluctuation obscure; pas de crépitation sanguine. On fait une ponction au même point que la veille (un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate), et l'on tire avec peine 200 grammes de sang présentant absolument les mêmes apparences que celui retiré précédemment. Quoique la tumeur soit très peu diminuée, la ponction est suivie d'un soulagement très marqué; la respiration est plus libre. Potion avec extrait de quinquina et extrait de ratanhia.

La nuit est assez calme, le malade a quelques heures de sommeil. Transpiration abondante.

Le 20 octobre, la tumeur est aussi considérable que la veille. 120 pulsations, 40 respirations. Le malade est très faible, ne peut se tourner dans son lit, mais souffre moins. Eau de Tisserant; deux bouillons; deux potages; eau vineuse.

Pendant la journée, il est très oppressé; serrement de gorge, anxiété très grande; déglutition presque impossible. Il vomit une potion contenant du laudanum et de l'eau de Rabel. Douleur très forte dans l'hypochondre gauche; pouls très fréquent, filiforme.

Le 21 octobre, la nuit a été très mauvaise. La gêne de la respiration est extrême. On incise largement la tumeur au niveau de la septième côte; il en sort 1,200 grammes environ d'un sang trouble, très épais, d'un rouge brique ou acajou foncé, contenant des grumeaux blanchâtres; quelques-uns sont gros comme des noisettes, blanchâtres et violacés sur le bord; la tumeur est presque complétement vidée; on l'injecte avec: eau 1 partie, solution iodée de Guibourt 2 parties, et l'on fait une compression méthodique.

Après l'opération, 140 pulsations, 52 respirations; le malade est dans un état de faiblesse extrême; un peu d'ivresse iodique. A quatre heures du soir, syncope et mort.

Analyse du sang. — M. Ducom, pharmacien en chef de la maison de santé, a fait l'analyse d'une portion du sang extrait de la tumeur.

Sur 1,000 grammes de sérum; il n'a trouvé que 37 grammes d'albumine au lieu de 80 qui est le chiffre normal.

Une partie du sang fut envoyée à M. Ch. Robin; nous devons à son obligeance une note sur les résultats de cet examen.

« Le sang qui m'a été remis se composait :

» 1° D'un sérum contenant une assez grande quantité de fines granulations moléculaires, grisâtres, provenant sans doute de la fibrine déjà en voie de modification que renfermait la cavité où avait eu lieu l'épanchement.

» 2° Des globules rouges, la plupart framboisés ou devenus sphériques, ainsi qu'on le voit dans les épanchements anciens.

» 3° Des globules blancs dans la proportion de 25 à 30 pour 100 globules rouges environ. La plupart étaient plus granuleux que dans le sang normal pris sur l'homme vivant, un peu plus même que dans les caillots pris sur le cadavre. La plupart aussi étaient un peu irréguliers, mais le contact de l'eau les gonflait et leur rendait en peu de temps leur forme sphérique. Les granulations moléculaires étaient alors douées d'un mouvement brownien très vif. Chaque globule blanc contenait de un à deux noyaux, rarement trois, sphériques ou un peu ovoïdes.

» 4° Le liquide contenait en outre des flocons, disposés au fond du vase, tous de couleur gris rosé, friables, offrant à peine l'aspect fibrillaire. Le microscope y faisait reconnaître facilement les caractères de la fibrine

anciennement coagulée, n'offrant que par places l'aspect fibrillaire, et ayant pris dans la plus grande partie de sa masse l'aspect homogène finement granuleux qui succède à l'état fibrillaire à mesure qu'on s'éloigne du moment de la coagulation. Dans la fibrine amorphe ou offrant encore l'état fibrillaire se voyaient beaucoup de globules blancs un peu irréguliers et de globules rouges un peu décolorés et un peu plus petits que dans le sang normal. »

Remarques. — Dans ce fait observé sur un homme de trente ans, n'ayant jamais eu de fièvres intermittentes, demeurant à Paris, habitué à des excès alcooliques, la maladie a duré dix mois. Au début, dyspnée, toux, céphalalgie, constipation, mouvements fébriles irréguliers avec frissons; affaiblissement, amaigrissement rapide et considérable. Tension du ventre et tumeur dans le flanc gauche. Vers le huitième mois, douleur articulaire très violente suivie d'une douleur des plus vives dans la région splénique. Appétit conservé, soif vive, accidents d'anémie, épistaxis; un peu d'œdème aux malléoles, sueurs profuses, hypertrophie considérable de la rate et du foie. Le sulfate de quinine donné jusqu'à 2gr.,40, et continué pendant quinze jours, reste sans effet.

Dans le dixième mois, œdème douloureux et passager de la jambe gauche; hémorrhoïdes, dyspnée considérable, sueurs abondantes.

Pendant les six jours qui précèdent la mort, diarrhée abondante, anorexie, épistaxis fréquentes, fièvre hectique, éruption de furoncles, eschare, orthopnée avec sentiment de strangulation et anxiété extrême. Quatre jours avant la mort, tumeur sanguine considérable sous les muscles de la région axillaire soulevant l'omoplate et remontant jusqu'à la région cervicale, reparaissant presque immédiatement après avoir été ponctionnée, et s'accompagnant d'une diminution très sensible du volume de la rate. Syncope mortelle quelques heures après qu'une incision faite sur la tumeur eût donné issue à environ 1200 grammes d'un sang présentant un aspect particulier.

Outre les signes très complets et très caractéristiques de la leucocythémie splénique, nous trouvons dans ce fait quelques symptômes qui méritent une mention particulière : les antécédents alcooliques, l'œdème douloureux et passager de la jambe gauche sans inflammation veineuse, symptôme que M. le docteur Leudet avait constaté sur la malade qui fait le sujet de son observation; l'éruption de furoncles et la formation d'une eschare, accidents ultimes rares, et enfin l'apparition d'une tumeur sanguine considérable sous-cutanée et sous-musculaire, s'accompagnant d'une diminution du volume de la rate, accident qui n'a été signalé dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour, et dont nous n'avons trouvé d'analogue que dans un des faits qui peuvent être rapportés à la leucocythémie, fait emprunté à M. le docteur Livois, et que nous citons dans les symptômes à propos des hémorrhagies. La diminution considérable de la proportion de l'albumine contenue dans ce sang épanché nous paraît aussi un fait digne d'attention.

Obs. III. — *Hypertrophie de la rate. — Diarrhée. — Hémorrhagies intestinales. — Parotide. — Mort.* (Recueillie en avril 1855, par le docteur Vigla.)

Le nommé Brun, âgé de cinquante-neuf ans, ancien marchand de vins, retiré depuis seize ans, fit appeler M. Vigla il y a quinze mois, et réclama ses soins pour une ascite avec œdème des jambes, accidents qu'il attribuait à un refroidissement. Il resta trois mois en traitement : l'anasarque disparut presque complétement; cependant, souvent le soir il y avait un peu d'enflure autour des malléoles. En l'examinant, M. Vigla trouva la rate volumineuse, pas d'hypertrophie du foie, pas de signes de cirrhose, pas d'affection du cœur.

Brun a perdu son père à l'âge de quatre-vingt-deux ans, d'un cancer du nez; sa mère est morte vers quarante-cinq ans, d'une affection de l'utérus. Il a un frère très bien portant.

Son enfance n'a pas été maladive. A l'âge de vingt-deux ans, il a eu une fluxion de poitrine. A l'âge de quarante ans, il a été pris d'un rhumatisme articulaire aigu, les genoux ont été le siége de gonflement et de douleurs, et il a été retenu plusieurs mois au lit. Depuis cette époque, il est resté sujet à des étouffements, surtout en montant, et il transpirait au moindre effort.

Pendant qu'il faisait le commerce de vins, il buvait habituellement environ 20 centilitres d'eau-de-vie et 1 ou 2 litres de vin par jour; de temps en temps même il s'enivrait, mais depuis une dizaine d'années il avait renoncé à ses habitudes alcooliques. Il n'a jamais eu de fièvres intermittentes.

Depuis sept à huit ans, étaient survenues des hémorrhoïdes non fluentes ; depuis la même époque, disposition à la diarrhée.

Cet homme, assez vigoureux, ayant assez d'embonpoint, était habituellement pâle; depuis deux ans, il a maigri, s'est affaibli, les sueurs sont devenues plus fréquentes, et de temps en temps elles s'accompagnent la nuit de frissons et de mouvements fébriles irréguliers.

Depuis les accidents d'anasarque, il est devenu triste, apathique ; il se plaint de faiblesse des jambes et de palpitations de cœur, surtout en montant.

Il a souvent de la diarrhée ; l'appétit est conservé, mais la soif est très vive, et il est toujours altéré.

La voix est devenue un peu rauque.

Toux sèche, rare, sans expectoration.

Il y a sept ou huit mois, il eut pendant douze jours une diarrhée abondante contenant du sang en assez grande quantité. Il n'a eu ni épistaxis ni autres hémorrhagies que ces selles dysentériques. Elles s'arrêtèrent pendant plusieurs mois, et ne reparurent que dans les derniers jours de la maladie ; dans l'intervalle, il eut souvent des selles diarrhéiques formées de matières grisâtres.

L'œdème des jambes avait reparu ; le malade était très faible. Vers le 1er avril, il fut repris d'hémorrhagie intestinale et obligé de s'aliter. Soif très ardente ; sueurs nocturnes très abondantes. La diarrhée hémorrhagique continue les jours suivants: trois ou quatre selles abondantes dans les vingt-quatre heures. Épuisement extrême.

Le 14 avril, dans la nuit, le malade se plaint de mal de gorge et sent une grosseur au côté gauche du cou; en effet, le lendemain matin, M. Vigla constata dans la région parotidienne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La mort vint confirmer ce signe de pronostic funeste le lendemain 16 avril 1855.

Remarques. — Dans ce fait, quoique l'autopsie n'ait point été faite, quoique le diagnostic n'ait pas été confirmé par l'examen du sang, nous n'hésitons pas, d'après les symptômes et d'après la marche de la maladie, à reconnaître un exemple de leucocythémie splénique.

La durée de la maladie a été d'environ deux ans chez un homme de cinquante-neuf ans, ayant pour antécédents éloignés des excès alcooliques et un rhumatisme articulaire aigu, n'ayant jamais eu de fièvres intermittentes. Au début, affaiblissement et amaigrissement; oppression ; mouvements fébriles et frissons irréguliers ; appétit conservé, soif intense, disposition à la diarrhée.

Quinze mois avant la mort, ascite et anasarque ; tumeur considérable de la rate ; sueurs abondantes. Huit mois plus tard, diarrhée hémorrhagique pendant douze jours. Dans les quinze derniers jours, affaissement extrême ; diarrhée et hémorrhagie intestinale, fièvre hectique, parotide ultime.

Comme dans l'observation précédente, nous retrouvons ici parmi les antécédents des excès alcooliques prolongés. Mais nous appelons surtout l'attention sur le développement d'une parotide comme accident ultime ; nous n'en avons rencontré d'exemple dans aucune des observations de leucocythémie relatées par les auteurs qui nous ont précédé.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

CHIRURGIE. — *Deuxième supplément à un mémoire sur le traitement des adénites cervicales par un nouveau procédé d'acupuncture ;* par M. *Boulu*. (*Comm.:* MM. Andral, Velpeau, Cloquet.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Caractères des vins rouges additionnés d'alun, et application de ces caractères à la constatation de petites quantités de ce sel introduites dans le vin ;* par M. *Lassaigne*. Lorsqu'on porte à l'ébullition pendant quelques minutes un vin rouge quelconque, additionné d'une très petite quantité d'alun, il se trouble peu à peu, et donne lieu à un précipité floconneux qui, par le repos et le refroidissement, se rassemble au fond du vase en une laque colorée complétement insoluble. Ce dépôt, qu'on peut isoler facilement par décantation et filtration, présente des réactions qui caractérisent la couleur empruntée au vin lui-même; en le calcinant au contact de l'air dans un creuset de platine, il laisse un résidu blanc pulvérulent, assez abondant, présentant tous les caractères de l'alumine anhydre.

Les vins rouges purs, et non additionnés de sel alumineux, ne se troublent pas par l'ébullition même prolongée ; et d'ailleurs, le dépôt qu'ils pourraient donner quelquefois dans cette condition ne présenterait pas la composition indiquée ci-dessus.

PHYSIOLOGIE. — *De l'action du chloroforme sur le sang* (Extrait d'une lettre de M. le docteur *Charles T. Jackson*, de Boston, à M. Élie de Beaumont.) « J'ai eu dernièrement l'occasion d'analyser, par ordre du coroner, le sang d'une femme qui avait succombé aux effets de l'inhalation du chloroforme, et j'ai découvert que le sang était décomposé par le chloroforme, et que le terchloride de formyle (chloroforme) était changé en teroxyde de formyle (acide formique), que j'ai retiré du sang par la distillation. Le chlore était combiné avec le sang, qui avait perdu la propriété de se coaguler et celle de rougir par l'exposition à l'oxygène de l'air. »

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 44, M. *Guyon* obtient 35 suffrages ; M. *Baily*, 3 ; M. *Denys* (de Commercy), 3 ; M. *Forget* (de Strasbourg), 3.

M. *Guyon* est déclaré élu.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Une lettre par laquelle il informe cette compagnie qu'il vient de transmettre aux préfets les médailles décernées, à titre de récompense, aux médecins inspecteurs des eaux minérales. — *b*. Un rapport de M. *Castel* sur les épidémies qui ont régné dans l'île d'Oleron en 1855. — *c*. Les tableaux des maladies épidémiques qui ont régné dans les Landes, dans l'Aude, dans le Pas-de-Calais, dans l'Ariége et dans la Haute-Marne en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un exemplaire d'un rapport médical publié à Vienne (Autriche) sur l'hôpital impérial et royal de Wieden pour 1853. (*Comm.:* MM. Bouvier et Michel Lévy.) — *e*. Deux notes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° Communications de : — *a*. M. le docteur *Boissat*, de Périgueux (Rapport sur les vaccinations gratuites pratiquées dans la Dordogne en 1854.) (*Commission de vaccine*) — *b*. M. le docteur *Henry*, de Grandvelle (Essai sur l'épidémie du choléra dans quelques villages de la Haute-Saône en 1854). (*Commission du choléra.*) — *c*. M. le docteur *Moussaud*, de Mauzé (Deux observations relatives : l'une à un cas de monstruosité par arrêt de développement chez le fœtus, l'autre à un cas d'hydrométrie hydatique). (*Comm.:* MM. Depaul et Desportes.— *d*. M. *Félix Delfau*, de Collioures (Pli cacheté). (*Accepté.*)

M. le *Président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie procédera à l'élection des commissions pour les prix.

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture de plusieurs rapports relatifs à des remèdes secrets. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées.

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre résident dans la section de pharmacie.

Votants, 75; *majorité*, 38. — M. *F. Boudet* obtient 48 suffrages ; M. *Gobley*, 18 ; M. *Poggiale*, 9.

M. *F. Boudet* ayant obtenu la majorité des voix, est déclaré élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

M. *Piorry*. J'aurais peut-être quelque légitime raison de revendiquer la priorité de l'occlusion dans le traitement des ophthalmies; mais je ne viens point ici faire valoir mes droits : j'aime mieux dire à l'Académie comment et par quelle série d'idées je suis arrivé à l'application de cette méthode.

Je fais consister toute bonne thérapeutique dans l'application des données fournies par l'observation des phénomènes physiologiques.

Tel a été le point de départ et l'origine de la pensée de l'occlusion.

J'ai remarqué que l'ophthalmie était toujours entretenue ou même aggravée par le contact de la lumière, de l'air et des corps étrangers qui peuvent y voltiger, enfin par le clignotement des paupières.

Mes premiers essais remontent aux années 1836, 37 et 38. On s'est trompé en les faisant remonter à 1832. A cette époque, ce n'était point l'occlusion, mais la *compression*, que j'employais pour détruire le gonflement énorme des paupières qui se manifestait chez les petits orphelins du choléra atteints d'ophthalmie purulente.

Je ne disputerai point à M. Hairion la palme de la priorité de l'occlusion, bien que MM. Gosselin et Furnari veuillent bien me la décerner en rapportant mes tentatives et mes leçons cliniques de 1836 et 1838.

Voici la description succincte de mon procédé : Je prends trois bandelettes de taffetas gommé de 15 à 20 centimètres de long sur 1 centimètre de large environ. L'une d'elles est collée par une de ses extrémités sur le milieu de la paupière supérieure jusqu'à son bord libre, et les autres de même à quelque distance de la première, afin de laisser un vide entre elles. Quand elles sont bien agglutinées, on les abaisse sur la joue en entraînant la paupière, et on les y fixe. La paupière est ainsi maintenue abaissée, immobile et légèrement comprimée. L'espace laissé libre entre les bandelettes permet de voir quel est l'état de l'œil, et de laisser le pus s'écouler.

Entre vingt-quatre ou trente-six heures, les douleurs sont apaisées, et les malades éprouvent un véritable soulagement.

Autrefois, j'ai appliqué ce moyen avec d'excellents résultats dans un assez grand nombre d'ophthalmies; je crois avoir aussi insisté sur les avantages qu'on pourrait en tirer après les opérations de cataracte et de pupille artificielle.

Ayant rarement l'occasion de soigner des ophthalmiques, j'avais presque oublié moi-même ce moyen, qui m'avait fourni de si beaux succès, lorsque, dans ces derniers temps, je l'ai remis en usage, notamment pour trois cas d'*irisite* (iritis) qui se sont présentés dans mon service d'hôpital. Ces trois phlegmasies de l'iris, bien caractérisées par un petit cercle rosé autour de la cornée, l'immobilité de la pupille, le trouble nébuleux de la chambre antérieure, et par la douleur névropathique de la cinquième paire, ont cédé rapidement au traitement par mon procédé d'occlusion.

Trois cas analogues ont été traités et guéris dans ma pratique par le même moyen.

L'occlusion m'a réussi encore chez un tailleur de pierres qui

avait reçu dans l'œil un éclat de moellon, et chez un enfant dont l'ophthalmie était entretenue par le renversement de la paupière inférieure, consécutif à une cicatrice de brûlure. Je n'ai pas corrigé le renversement de la paupière, mais j'ai remédié au plus urgent en soustrayant l'œil au contact irritant de la lumière et de l'air.

Je crois qu'il y a grand avantage à recourir à l'occlusion dans les cas d'ophthalmie simple, dans l'inflammation de la conjonctive, dans les cas de plaie ou d'ulcération de la cornée et de procidence de l'iris, dans l'irisite simple et dans la névropathie de la cinquième paire qui accompagne cette inflammation, dans certains cas de tumeurs oculaires et de corps étrangers, enfin après l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle.

L'occlusion des yeux est un moyen excellent : il est simple et commode ; seulement, il faut l'appliquer avec dextérité, et le surveiller avec une grande vigilance après son application. L'appareil devra être enlevé sitôt que les parties paraîtront souffrir de son contact ou que les malades se plaindront de douleurs plus vives.

M. *Bonnafont* déclare qu'il n'a rien à répondre au discours de M. Piorry, dont les idées sont en parfaite harmonie avec les siennes. Il vient seulement réfuter quelques-unes des objections produites à la tribune par M. Larrey.

M. Larrey lui reproche d'abord de n'être point parti du principe de l'occlusion ; mais M. Bonnafont n'a eu nullement la prétention de faire un traité sur la matière ; il a voulu seulement soumettre au jugement de l'Académie les bons résultats qu'il avait obtenus de ce mode de traitement contre les ophthalmies.

Puis l'orateur continue ainsi : « M. Larrey semble regretter aussi que je n'aie pas fait connaître les différents modes d'occlusion imaginés par les chirurgiens et les oculistes. Si je n'ai cité que les noms de MM. Piorry, Velpeau et Larrey, c'est qu'ayant vainement cherché l'occlusion dans les travaux de Demours, de MM. Rognetta, Carron-Duvillars et Desmarres, je devais supposer que ce procédé n'avait jamais été l'objet d'un sérieux examen de la part des praticiens.

» D'ailleurs il résulte des citations nombreuses faites par M. Larrey qu'aucun mode d'occlusion employé ne ressemble à celui que j'applique.

» Ainsi, tous les procédés qui ont pour but l'accolement immédiat des paupières, je les considère comme moins complets que celui que je propose, à cause du peu de facilité qu'ils laissent à la suppuration de s'écouler et du danger qui peut résulter du contact permanent du pus avec les surfaces de l'œil. Le même reproche s'adresse, quoique à un moindre regré, au coton sec ou couvert d'un enduit quelconque.

» L'ouate sèche absorbe peu la suppuration, et son contact immédiat avec la paupière enflammée ajoute nécessairement à l'irritation. L'oute enduite d'un corps gras n'a point cet inconvénient, mais elle présente celui plus grave encore de ne pas absorber du tout la suppuration.

» Les compresses simples, recommandées par M. le professeur Forget, ont aussi l'immense désavantage de ne par s'imbiber assez facilement des liquides qui s'échappent de l'œil.

» Tous ces moyens, qui peuvent convenir dans les ophthalmies sèches, ne sont guère applicables pour peu que l'inflammation donne lieu à une hypersécrétion morbide.

» Aucun des auteurs cités par M. Larrey n'a rempli, dans l'occlusion, les trois indications principales qui se trouvent réunies dans mon pansement : 1° Application immédiate d'un corps gras sur les paupières, afin de les rafraîchir, d'empêcher leurs bords de se coller, et de permettre ainsi aux liquides sécrétés de s'écouler facilement de l'intérieur de l'œil, avantages que n'ont ni le collodion, ni les bandelettes agglutinatives, ni le coton sec ou graissé ; 2° le plumasseau de charpie, placé sur le linge cératé et fenêtré, absorbe la suppuration à mesure qu'elle est chassée de l'œil et empêche qu'elle se répande sur la joue ; 3° le disque de sparadrap, appliqué par-dessus ce petit appareil, a pour but de le maintenir sans exercer aucune compression et de mettre l'œil à l'abri du contact de l'air et de la lumière.

» La bande, appliquée en forme de monocle, est utile pour assujettir tout l'appareil et empêcher le sparadrap de se déranger.

» Le procédé que je propose me semble donc supérieur aux autres. Je viens le soumettre au jugement de l'Académie et à la sanction des praticiens. »

M. Bonnafont repousse le double reproche que lui a adressé M. Larrey, d'avoir décoré du nom de méthode le nouveau mode d'occlusion, et de s'être attribué la priorité de l'emploi du collodion dans ce genre de traitement.

M. Larrey a été surpris que M. Bonnafont ait osé proposer l'occlusion des yeux seule, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique.

En réponse à ce reproche, l'orateur cite un passage de son mémoire où il dit : « L'occlusion seule ou associée à d'autres moyens thérapeutiques pourrait être d'un heureux concours dans le traitement des ophthalmies strumeuses et granuleuses des enfants et dans l'ophthalmie purulente, qui occasionne tant de cécités. »

M. Larrey, admettant le procédé de l'occlusion, se demande ensuite s'il faut couvrir les deux yeux en même temps ou n'en couvrir qu'un seul.

« Chaque fois, dit M. Bonnafont, que j'ai eu à traiter une ophthalmie monoculaire, l'occlusion a été faite sur l'œil affecté seulement, laissant à l'autre toute la liberté de ses fonctions, et sur plus de quarante malades, jamais je n'ai eu à me repentir de cette conduite. Les deux yeux n'étaient fermés que lorsqu'ils étaient simultanément malades.

» J'ai même quelquefois fait l'expérience suivante : Les deux yeux étant atteints, l'un était traité par l'occlusion, tandis que l'autre était soumis à l'action des topiques ordinaires. L'avantage restait à l'occlusion, qui a dû être souvent appliquée même pour la guérison radicale de l'autre œil.

M. Larrey reproche au bandeau appliqué sur les yeux d'accumuler trop de chaleur sur ces organes et d'accroître quelquefois la douleur. « Mes malades ne se sont jamais plaints de mon appareil ; ils en ont le plus souvent éprouvé du soulagement.

» M. Larrey ne conseille point d'appliquer l'occlusion pendant la période d'acuité des ophthalmies. Il la croit alors plus dangereuse qu'utile. Mais mon expérience et les faits recueillis depuis trois ans démontrent que c'est principalement au début d'une ophthalmie ou lorsque l'inflammation a acquis le plus d'intensité que l'occlusion produit les meilleurs et les plus prompts résultats.

» Enfin M. Larrey attribue, en grande partie, les succès que j'ai rapportés à l'habileté avec laquelle le pansement est pratiqué. Je lui répondrai que, depuis plus de six mois, cette application est abandonnée presque exclusivement aux élèves requis qui suivent tour à tour ma visite, lesquels, fort instruits d'ailleurs, ne pèchent point par trop de connaissances en matière de pansement. L'orateur, en terminant, exprime l'espoir que cette discussion tendra nécessairement plus que tous ses efforts, à vulgariser un moyen de traitement oublié par les uns, négligé par les autres, et qui pourtant est susceptible de rendre les plus grands services dans les maladies des yeux. »

M. *Velpeau* et M. *Larrey* demandent la parole. Vu l'heure avancée, la discussion est remise à la prochaine séance.

CHIRURGIE. — M. *Ségalas*, au nom d'une commission composée de MM. Hervez de Chégoin, Amussat et Ségalas, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Carathéodory*, médecin du Sultan, professeur de clinique externe à Constantinople, et qui a pour titre : *Observations de deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.* (Nous avons donné l'analyse de ce travail et le résumé des deux observations dans notre *compte rendu* de la séance du 24 juillet 1855, t. II, n° 30, p. 556.)

« Le procédé employé et conseillé par M. Carathéodory, dit M. Ségalas dans son rapport, nous paraît être une addition utile à la taille bilatérale, soit qu'il s'agisse de pierres très volumineuses, soit que l'on ait affaire à des pierres enkystées. Nous pensons qu'il sera bon de le mettre en usage lorsque, comme M. Carathéodory, on se trouvera inopinément en face de telles conditions.

» Dans l'hypothèse où on les aurait constatées d'avance, on pourrait se demander s'il ne serait pas mieux de recourir à la taille sus-pubienne, qui, de toutes les tailles, est celle qui permet d'ouvrir la voie la plus large aux grosses pierres, et donne le plus de facilité pour les recherches et les manœuvres à faire dans la vessie.

» Véritable association de la taille bilatérale de Dupuytren, et de la taille médiane prostatique de Sanson, l'opération de M. Caratheodory présente la réunion des avantages et des inconvénients de ces deux procédés. Complexe de sa nature, elle sera une ressource précieuse pour les chirurgiens ; mais une ressource que probablement, à l'exemple de l'auteur, ils jugeront convenable de résorver pour des cas exceptionnels.

» Ces limites posées relativement à l'application du nouveau procédé de taille, nous proposons à l'Académie de remercier M. Caratheodory de son intéressante communication, et nous appelons sur ce chirurgien l'attention spéciale de la commission qui sera chargée de former la liste des candidats pour les places d'associés étrangers. »

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 7 MARS 1856.

Suite de la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Rapport de M. Durand-Fardel sur l'ouvrage de M. Raoul Leroy (d'Étiolles) : des paralysies et des paraplégies.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la couperose et du psoriaris inveterata par l'iodure de chlorure mercureux, par M. ROCHARD.

On sait combien sont rebelles à la thérapeutique les différentes formes d'*acne*, mais surtout cet *acne rosacea*, qui, sous le nom plus vulgaire de *couperose*, est l'épouvantail des dames. La plupart des dermatologues en sont arrivés à s'abstenir de tout remède topique, et à se contenter de soins hygiéniques ou de moyens propres à faire cesser les troubles gastro-intestinaux d'où paraît souvent procéder l'affection cutanée. Dans cet état de choses, nous nous faisons un devoir de faire connaître, sous toutes réserves, une médication que nous n'avons pas encore eu occasion d'expérimenter, mais qui se présente avec la garantie de vues doctrinales très admissibles, de quelques observations détaillées, et des affirmations d'un praticien honorable. M. le docteur Rochard, se rappelant que certaines eaux minérales dont l'effet le plus apparent est de déterminer une poussée vers la peau, les eaux de Loucsche, par exemple, améliorent souvent la couperose, a cherché à imiter ce procédé de la médecine thermale par l'emploi d'une substance qui, appliquée localement et prise aussi à l'intérieur, fouetterait, pour ainsi dire la maladie, et, en l'aggravant momentanément, donnerait une sorte de satisfaction au mouvement pathologique. Le médicament auquel il s'est arrêté après plusieurs essais est l'*iodure de chlorure mercureux*, découvert par M. Boutigny (d'Évreux), et qui est formé soit avec un équivalent d'iode et deux de calomel, soit avec un équivalent de la première substance et un seulement de la seconde.

Pour préparer le premier composé, on prend :

Iode, 1 équivalent	=	1579,5
Protochlorure de mercure, 2 équiv.	=	5948,5

On pulvérise grossièrement le calomel; on l'introduit dans un matras d'essayeur, et on le chauffe doucement en l'agitant jusqu'à ce qu'il commence à se sublimer; alors, on y ajoute l'iode par petites parties, et la combinaison s'effectue avec bruit sans perte sensible de l'iode. Si, au contraire, on mélangeait l'iode avec le calomel avant de l'introduire dans le matras, une bonne partie de l'iode se volatiliserait, et l'on n'obtiendrait qu'un médicament à proportions inconnues, et par conséquent d'un effet incertain.

Pour obtenir le second composé, on prend un équivalent de calomel seulement. — Le mode de préparation est d'ailleurs absolument le même.

La première formule est destinée aux préparations internes et externes en pommades ; la seconde, à être coulée en cylindres pour servir comme caustique.

Les proportions peuvent d'ailleurs être variées en ce sens qu'on peut mettre moins d'iode. Mais si l'on en mettait plus, on aurait une préparation instable, par conséquent inconstante dans son action.

La formule habituelle de la pommade est la suivante :

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	75 centigr.
Axonge récente	60 grammes.
Mêlez avec soin.	

La formule ordinaire des pilules est celle-ci :

Iodure de chlorure mercureux	25 centigr.
Gomme arabique	1 gramme.
Mie de pain	9 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	Q. s.
F. S. A.	25 pilules.

Dans le plus grand nombre des cas, suivant M. Rochard, le traitement externe serait suffisant. On pratique avec la pommade, sur les surfaces malades, et seulement sur elles, une friction chaque jour, pendant deux ou trois jours consécutifs. On peut laisser les parties découvertes. La poussée se prononce ; une matière tantôt simplement séreuse, tantôt puriforme, s'échappe en abondance des follicules et se fige en croûtes d'aspect variable. La poussée accomplie et l'irritation calmée, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre jours environ, on recommence les frictions, et l'on continue ainsi, avec les mêmes alternatives, jusqu'à la cure complète. L'amélioration s'annonce par l'intensité décroissante des poussées. Que si elle ne se prononce pas après quatre, cinq, six frictions, on joint à la médication topique l'usage des pilules indiquées plus haut, dont on prend de une à trois par jour, en surveillant attentivement leur action sur les voies digestives. Le traitement, si nous nous en rapportons aux cas publiés, dure ordinairement plusieurs mois.

« En appliquant nos principes avec persévérance, dit M. Rochard, et avec la seule habileté que donne l'habitude des malades, nous avons pu, jusqu'à présent, triompher de *toutes les couperoses les plus graves* qui se sont présentées à nous, et dont l'immense majorité avaient déjà été traitées aussi longtemps qu'inutilement par les hommes les plus justement célèbres dans la spécialité des maladies cutanées. »

Nous souhaitons fort que ces paroles ne se ressentent d'aucun entraînement et ne dépassent pas la pensée de notre confrère. Elles supposent, d'une part, un très grand nombre d'expériences, et, d'autre part, un succès constant. Or, réussir aussi souvent, aussi invariablement, dans une maladie réputée des plus rebelles, est une chose si extraordinaire, qu'on ne peut s'empêcher de désirer, pour porter un jugement, le contrôle d'une expérimentation plus étendue. Il s'agit, qu'on ne l'oublie pas, de la vraie couperose et non des autres formes d'acné ; l'auteur s'en explique nettement, et si cela doit faire le mérite d'un succès bien constaté, cela aussi est de nature à justifier des réserves. Aussi M. Rochard a-t-il rencontré des incrédules parmi les dermatologues les plus distingués.

Nous devons le dire, toutefois, l'auteur s'appuie déjà d'observations personnelles qui sont fort encourageantes. Si dans un bon nombre d'entre elles, les malades ont été perdus de vue avant guérison complète et seulement après une amélioration considérable, s'il en est peu où l'on se soit assuré du défaut de récidive,

il en est pourtant où le résultat paraît avoir été aussi parfait que possible en définitive. Tel est le cas suivant :

Obs. I.—«Madame Vaterlot, demeurant rue du Faubourg Saint-Honoré, n° 74, âgée de cinquante et un ans, cordonnière, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Avant d'être réglée, on remarquait souvent sur son visage de petites dartres farineuses pour lesquelles on lui faisait prendre des jus d'herbes et de la tisane amère. Sa santé fut excellente jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, époque à laquelle elle eut une variole confluente très grave. Depuis lors, quelques jours avant l'apparition des règles, elle éprouvait des feux au visage, des rougeurs se fixaient sur les joues, et parfois apparaissaient des petits boutons à pointes blanches. Ces légers accidents se dissipaient aussitôt après l'apparition des règles. En avançant en âge, les boutons augmentèrent en nombre et en volume ; leur sécrétion devint plus active, et la rougeur, plus intense et plus fixe, s'accompagnait de vives cuissons, le soir surtout, après le repas.

En 1849, madame Vaterlot cessa d'être réglée, à l'âge de quarante-quatre ans ; c'est à ce moment que la couperose s'est développée avec exaspération et persistance.

Lorsque je commençai l'application du médicament, en juillet de la même année, les joues, le nez, le menton et (légèrement) le front, étaient d'un rouge-cerise très prononcé ; ces diverses parties étaient parsemées de pustules assez volumineuses, peu indurées, à des époques d'évolution variées ; beaucoup laissaient échapper une matière jaunâtre qui, par la dessiccation, formait des croûtes brunes très adhérentes.

Dès les premières applications, faites sur toutes les parties affectées, il survint une exsudation très vive ; une matière jaunâtre très abondante, assez épaisse, couvrit promptement ces parties d'une croûte dure, luisante, comme cristallisée, qui se détachait assez difficilement, après quelques jours, par la dessiccation.

Les parties mises à nu par la chute de ces croûtes avaient un aspect moins rouge ; les vaisseaux capillaires étaient moins congestionnés, et les pustules marchaient vers une résolution évidente, perdant de leur volume et de leur induration.

Les applications qui suivirent donnèrent lieu à une exsudation de matière dont la consistance et l'abondance diminuèrent d'une manière sensible chaque fois, en sorte que les croûtes, moins étendues et moins dures, se détachaient promptement et facilement. Ces croûtes prenaient un aspect jaune clair au fur et à mesure que l'exsudation diminuait d'activité.

Après *quatre mois* d'applications successives du médicament, qui reproduisaient toujours les mêmes phénomènes, à l'intensité près, je constatai que la congestion des vaisseaux capillaires n'existait plus, que les pustules avaient entièrement disparu, et qu'enfin la résolution de toutes les altérations organiques de la peau était complète.

Depuis cette époque (il y a actuellement *cinq ans*), madame Vaterlot jouit de la santé la plus parfaite. Elle a un embonpoint très notable. Il n'y a pas eu la moindre menace de récidive. »

Ainsi qu'on a pu le voir pour le titre de cet article, M. Rochard a également employé, et encore avec succès, l'iodure de chlorure mercureux contre le *psoriasis inveterata*. Il ne rapporte qu'une seule expérience, entreprise dans un cas extrêmement rebelle, qui avait résisté pendant un grand nombre d'années aux soins des spécialistes les plus habiles. En voici le résumé.

Obs. II. — Cette observation, qui remonte à treize ans (l'auteur ne dit pas pourquoi il n'a pas cru devoir la faire connaître plus tôt), est relative à un commis-voyageur du nom de Dissaux, qui entra le 18 octobre 1837 à l'hôpital Saint-Louis pour un psoriasis déjà ancien et répandu sur le front, les oreilles, une grande partie des joues, l'abdomen, les membres inférieurs. La liqueur de Fowler, à deux reprises, les sulfureux *intus* et *extus*, les dépuratifs, n'eurent aucun succès. Donnée une troisième fois, la liqueur arsenicale fit presque disparaître la maladie, comme par enchantement, pendant quinze jours. Des coliques obligèrent à suspendre l'emploi du médicament ; il restait encore des plaques sur l'abdomen et dans le dos. Le sujet quitta l'hôpital.

Retour progressif des plaques ; nouvelle entrée à l'hôpital Saint-Louis en septembre 1839. Insuccès de la liqueur de Van-Swieten et de la pommade térébenthinée. Aggravation du mal. — Le 5 juillet 1841, entrée dans le service de M. Gibert. Un traitement hydrothérapique (ce moyen thérapeutique était alors expérimenté à Saint-Louis par un médecin étranger) est suivi inutilement pendant cinq mois. M. Devergie, à son tour, essaie les bains de vapeur et la pommade de goudron. La maladie cède en partie ; mais il reste de légères plaques aux cuisses et aux mains. Comme on ne croit pouvoir rien obtenir de plus, on délivre l'*exeat*. Presque aussitôt, l'affection cutanée reparaît avec intensité ; le malade demande à rentrer à l'hôpital : on le refuse ; il veut d'abord se jeter à l'eau, puis se fait arrêter comme vagabond et est conduit aux Madelonnettes, où M. Rochard le visite comme médecin adjoint.

Il y avait alors un amaigrissement considérable. Le visage exprimait une profonde tristesse. Une grande partie du cuir chevelu était couverte de squames dures, épaisses, d'un blanc mat, principalement sur le devant de la tête. Le front et les joues étaient parsemés de plaques plus petites, les squames étaient plus minces. Des plaques blanches très larges et de forme variable occupaient les cuisses, la partie antérieure des jambes ; les coudes et les joues en étaient entièrement couverts. Depuis la nuque jusqu'au sacrum, toute la partie postérieure du tronc était parsemée de plaques blanches, épaisses, assez grandes, et de formes très diverses ; quelques-unes de même aspect se voyaient sur la poitrine. Il n'en existait pas sur l'abdomen. Enfin, d'autres plus dures et plus sèches, quoique plus petites, avaient leur siège sur la face dorsale des mains. L'appétit était presque nul, les digestions se faisaient péniblement, il y avait évidemment un état de langueur dans les voies digestives. Le pouls, régulier, était faible. Insomnie ; démangeaisons parfois insupportables.

« En présence d'une maladie aussi grave et aussi opiniâtre, je tentai, dit l'auteur, l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux sous forme de pommade. Voici ce que j'observai : La peau s'anima une heure après la première application de la pommade, et la maladie sembla s'exaspérer. Les plaques devinrent rouges, les squames plus saillantes ; cet état aigu persista pendant quelques heures. Le lendemain, une seconde friction rappela les mêmes phénomènes ; ils eurent plus de durée et un degré d'acuité plus élevé ; les squames se soulevaient et paraissaient se briser. Enfin, à la troisième onction, les squames se détachèrent complétement sous l'influence de la stimulation énergique communiquée à la peau, devenue elle-même très douloureuse. Je suspendis momentanément l'action du médicament, et j'observai que les plaques perdaient de leur rougeur, de leur élévation, et que les squames s'exfoliaient et tombaient rapidement. Après cinq à six jours de repos, je répétai de nouveau les frictions pendant trois jours de suite, une toutes les vingt-quatre heures. Les mêmes phénomènes de réaction cutanée se représentèrent d'une manière plus active et furent suivis du même apaisement. Je compris alors que j'étais maître du traitement et que je pouvais le poursuivre jusqu'à l'extinction de la maladie, en ayant soin de laisser un temps de repos convenable après chaque application du médicament. En effet, j'obtins ainsi la disparition complète de ces plaques, et je vis, au fur et à mesure que la résolution s'opérait, la peau reprendre son aspect naturel. Après huit mois de traitement, je parvins, par l'emploi méthodique du topique sur toutes les parties affectées, à guérir ce psoriasis si rebelle. La santé de Dissaux était devenue excellente ; il avait repris un embonpoint notable et retrouvé toute son énergie. Avant de quitter Paris, il vint me remercier, me promettant bien de revenir si une nouvelle récidive appparaissait. Depuis le 23 septembre 1843, je ne l'ai pas revu. »

Nous ne dirons qu'un mot de la polémique soulevée à l'occasion de ces faits entre MM. Rochard et Boinet. Ce dernier instituait, dès 1837, à l'hôpital Saint-Louis, des expériences sur l'emploi de la pommade d'*iodure de mercure* contre la couperose, la psoriasis et plusieurs autres affections squameuses. Ses déclarations à cet égard ne sont sans doute pas contestées par M. Rochard. En ce qui nous concerne, nous ne tirons de cette polémique qu'un enseignement. M. Boinet affirme qu'il a obtenu *et qu'on obtient encore tous les jours* la guérison de la couperose et du psoriasis à l'aide de la pommade à l'iodure de mercure ; son adversaire s'étonne dès lors que M. Cazenave en soit encore aujourd'hui à dire que « toute pommade est inutile contre l'*acne rosacea*. » Mais ce qui est arrivé à M Boinet arrive maintenant à M. Rochard, puisqu'un de ses articles est dirigé spécialement contre une assertion de M. Devergie tout à fait semblable à celle de M. Cazenave ; et c'est précisément cette diversité des résultats obtenus avec le même moyen, entre des mains différentes, qui nous faisait tout à l'heure désirer une expérimentation étendue et variée. Et, pour ne rien dissimuler, le doute que M. Rochard élève contre l'efficacité, voire contre l'innocuité, de l'*iodure de mercure*, ne nous semble pas devoir tourner au profit de l'*iodure de chlorure mercureux*, ayant quelque peine à croire qu'il n'y ait pas une très grande analogie d'action entre ces deux substances. (*Moniteur des hôpitaux*, 1855, n°s des 11 juin, 28 septembre, 30 novembre ; 1856, n°s des 3, 12, 29 janvier et 2 février.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte; par M. Sappey. 3 vol. grand in-18, publiés en 5 parties. Paris, 1853-1856; librairie de Victor Masson.

Cet ouvrage, dont la publication, arrivée aux quatre cinquièmes, doit prochainement s'achever, nous laisserait, au milieu des sentiments universellement favorables qu'elle a suscités, un profond et sincère regret, si nous ne venions, avant sa terminaison, joindre nos encouragements et nos félicitations aux suffrages flatteurs dont il a déjà été l'objet. La génération contemporaine avait les yeux fixés sur M. Sappey. Nous ne lui apprenons par là rien de nouveau; car ce n'est pas en vain qu'un esprit si clairvoyant, qu'une aptitude incessamment aiguillonnée par l'amour de la science, qu'une activité pareille à celle dont il a déjà donné tant de preuves solides, se trouvent, depuis plus de vingt ans, placées dans le milieu le plus favorable au développement de ses goûts de prédilection. Mais si l'on attendait quelque chose de lui, certes on ne pouvait espérer mieux. L'œuvre de savoir, d'érudition critique, de patiente observation qu'il vient de consacrer aux sciences anatomiques, lui marque désormais une place immuable parmi les hommes qui honorent le plus l'école française, en lui restituant, sans préjudice aucun pour la lucidité de la forme, ce caractère d'investigation élevée dont les naturalistes allemands semblaient, un temps, avoir monopolisé le secret.

Ce n'est pas, cependant, qu'il faille voir dans le *Traité d'anatomie descriptive* un rival de l'*Encyclopédie anatomique*, de ce vaste compendium, où les promesses tout autant que les résultats des théories modernes s'étaient révélées à nous sous des dimensions bien faites pour décourager les simples sectateurs de la science usuelle et courante. Bien loin de là : prenant, ainsi qu'il le dit lui-même, son modèle sur le professeur dont le talent d'initiation, en quelque sorte inné, était si propre à rendre la plus populaire de toutes les sciences celle de toutes qui était la plus aride, sur M. Denonvilliers, l'auteur se tient sans cesse à la portée du lecteur le moins versé dans la connaissance préliminaire de l'objet de son étude ; si bien qu'il a pu, sans manquer aux lois des vraisemblances, inscrire le mot de *Manuel* comme sous-titre de l'ouvrage le plus remarquable, peut-être, que nous possédions aujourd'hui, par la sagacité des aperçus originaux et la haute tendance philosophique des déterminations qu'il propose.

Nous ne voudrions point avoir l'air de trancher arbitrairement avec ces éloges par une boutade d'humoriste; mais ne nous sera-t-il point permis, toutefois, au nom de nos souvenirs classiques, d'exprimer quelques regrets sur un changement qu'a subi l'ordre adopté jusqu'ici? Ce n'est pas sans peine que, dès l'entrée en matière, on voit le *coronal* dépossédé de cette place d'honneur que, en dépit des révolutions de la science, tous les traités et toutes les éditions s'étaient accordés à lui laisser en tête de l'ostéologie crânienne. Os apparent, superficiel, laissant juger à l'élève sa partie latente par celle qui est en évidence, il simplifiait, ce semble, et encourageait cette étude fastidieuse ; et ce n'est pas tout à fait à tort que quelques vieux médecins se demanderont, en ouvrant ce livre, si le progrès dont notre siècle se targue, tout en modifiant le cerveau, n'aurait pas dû respecter au moins ses enveloppes.

Dans ces premières parties, la description, très lucide, se recommande par un laconisme qui n'a rien de fatigant. L'exposé de la conformation des vertèbres, par exemple, avait tenté notre démangeaison de critique par l'apparence d'une brièveté qui semblait lui promettre prise. Mais, tout compte fait, il n'est pas un détail utile que nous n'y ayons retrouvé en sa place ; et les figures, si libéralement intercalées dans le texte, complètent l'impression donnée par la lecture de ces courts paragraphes, où l'esprit voit, pour ainsi dire, d'un seul coup d'œil, la totalité de l'objet représenté.

A propos des muscles, nous avons surtout apprécié l'utilité de quelques lignes sur la *préparation*. Répétées en tête de chaque faisceau distinct, elles épargnent à l'élève soit un temps précieux, soit des dégâts difficilement réparables. Ménager le *sujet* de ses études est, pour le jeune anatomiste de nos populeuses écoles, un précepte de première nécessité ; et il préférera toujours, parmi tous les guides qui sollicitent sa préférence, celui qui lui en donne le plus sûr moyen.

Puisque j'en suis aux muscles, et que j'ai déjà laissé échapper un regret, j'oserai encore me plaindre (M. Sappey y verra peut-être un éloge) de ne plus trouver dans nos traités classiques ces peintures animées qui, douant de vie et presque d'intelligence le moindre faisceau charnu, lui marquaient un point de départ, une ligne de conduite, disaient ses bonnes relations de voisinage. On le voyait naître, se diriger, arriver enfin au bout de sa carrière ; et l'attention, excitée par cet innocent artifice, reproduisait incessamment ensuite à la mémoire les circonstances de cette pérégrination accidentée. Un professeur de la seconde école de France ne manque jamais de comparer le psoas iliaque à Oreste et à Pylade ! On rit.... mais on n'oubliera plus. Nous confessons, du reste, que la forme adoptée par notre auteur permettait, moins que toute autre, ce que beaucoup, sans doute, malgré nos *laudes temporis acti*, qualifieront de puériles divagations, et trouveront fructueusement remplacé par les lois que, d'après Gerdy et Theile, il assigne aux rapports qui existent, dans les muscles, entre l'élément fibreux et l'élément contractile.

La partie sinon la plus originale — ce mérite peut-il exister, et cette qualification serait-elle un éloge dans un traité d'anatomie graphique? — du moins la plus remarquable est celle qui comprend l'étude du système nerveux. Jetant d'abord un coup d'œil sur les variétés qu'offre l'axe central dans la série animale, l'auteur fait voir que la perfection de l'intellect est liée à deux particularités de conformation, le volume de la masse encéphalique et l'étendue de sa surface; double condition que le cerveau de l'homme, naturellement pris pour type, réalise au *summum* par le développement de sa masse, et par le nombre ainsi que par la profondeur de ses circonvolutions.

Après s'être appesanti, autant que le comportait son rôle d'initiateur élémentaire, sur les détails de configuration des organes encéphaliques, M. Sappey reconstruit l'édifice dont il avait d'abord dissocié les matériaux pour les mieux apprécier. Renouant les connexions, il trace la direction et les rapports des principales fibres dont l'ensemble compose le centre nerveux : fibres longitudinales, fibres antéro-postérieures, fibres transversales et fibres annulaires. Dégagé de toutes pensées d'interprétation, il montre ces divers appareils, primordial ou secondaire, tels que l'observation les présente, et avec les circonstances de renforcement et de rayonnement des fibres par le fait de leur passage à travers les noyaux de substance grise, dont la physiologie peut soupçonner l'utilité, mais que l'anatomie doit se borner à signaler au point de vue de l'inspection pure et simple, et sans préoccupation de génération ou d'épanouissement des fibres, mots figurés que nous félicitons spécialement M. Sappey d'avoir su réduire à leur juste, c'est-à-dire très minime valeur.

Quant aux nerfs même (portion périphérique du système nerveux), si leur origine centrale se dérobe à nos recherches, si les radicules par lesquelles ils se confondent avec l'axe cérébro-spinal ne peuvent guère être suivies au delà de la surface de ce dernier, il n'en est pas de même de leur mode de terminaison. Pour mieux reconnaître si la fin de chaque nerf est une extrémité libre ou une anse qui se replie vers le tronc, M. Sappey, groupant avec les travaux d'autrui le résultat de ses investigations personnelles, étudie cette partie importante de la névrologie dans les divers tissus, muscles, os, glandes, membranes fibreuses et séreuses, corpuscules de Paccini. C'est dans la lecture de ces déterminations, aussi minutieuses que précises, qu'il faut voir le degré de perfection où la connaissance du corps humain a été conduite par les secours combinés, et comme rivalisant entre eux, du scalpel, du microscope et des réactifs.

La description des nerfs, dans leur trajet, leurs plexus, leurs anastomoses, leurs divisions, est un modèle d'exactitude. Au milieu des ouvrages élémentaires, des compilations nombreuses que recommandent ou la réputation de leurs auteurs, ou des qualités

purement littéraires, ou de parcimonieuses conditions typographiques, on se plaît à trouver enfin un anatomiste à la fois érudit et pratique qui, unissant aux fruits de dissections habiles la discussion des faits signalés par d'autres travailleurs, offre un guide dont la fidélité ne saurait être suspectée. C'est à la fois la vérité matérielle, puis l'explication lumineuse des dissidences apparentes que comptent le passé et le présent de cette branche de la médecine. Nous le répétons avec la simplicité de ton d'une conviction sincère, il n'est pas un traité qui offre de meilleures garanties contre l'inexactitude et l'omission, comme il n'est pas un travailleur qui, plus que M Sappey, jouisse auprès de ses contemporains d'une réputation si bien méritée de véracité et de loyauté scientifiques.

A la fin de l'histoire de chaque nerf, un résumé sommaire, mais substantiel et nourri de preuves, édifie le lecteur sur ses attributions physiologiques; complément non obligatoire, mais fort précieux, et qui fait plus qu'atteindre le but que tout auteur d'anatomie se propose dans une œuvre pareille, d'éveiller, chez l'élève qui vient de voir, le désir de savoir. Les agents excitateurs naturels du système nerveux, les organes des sens ont fourni à M. Sappey le sujet d'une étude tout particulièrement soignée et consciencieuse. Partout le talent de description se proportionne aux difficultés nombreuses que lui préparaient ici la ténuité, la profondeur, l'intrication des objets eux-mêmes, ou l'obscurité existant encore sur leurs attributions fonctionnelles. Mais si la plume minutieuse et fidèle de M. Sappey s'est élevée sans peine à la hauteur des problèmes ardus semés dans ce chapitre, le mérite d'en avoir mis la solution à la portée des intelligences les moins bien douées appartient en grande partie au burin si bien guidé qui a rendu visibles les moindres détails de cette structure complexe propre à tous les appareils sensoriaux. Dire que 39 figures illustrent l'organe de l'audition et 57 celui de la vue, sera donner une idée suffisante du soin apporté par l'éditeur à reproduire tous les mystères des *sinus*, de la *chambre obscure*, et du *labyrinthe!*

Une dernière partie, impatiemment attendue (digestion, respiration, génération, embryologie), et promise à bref délai, achèvera prochainement cette publication d'une œuvre qui, en même temps élémentaire et transcendante, mérite des encouragements d'autant plus sincères, qu'elle est faite pour réveiller et répandre le goût des fortes études plutôt que de la science facile, et que la perfection des figures annexées au texte en rend à la fois le maniement commode à l'amphithéâtre et la méditation fructueuse dans le silence du cabinet. P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

M. Paul Dubois occupe depuis samedi dernier, 1er mars, l'appartement qui lui a été préparé au palais des Tuileries. Il se trouve que, sans aucune préméditation, cet appartement est précisément celui dans lequel son illustre père Antoine Dubois s'installa à pareil jour, il y a quarante-cinq ans, pour l'accouchement de l'Impératrice Marie-Louise. Le séjour de M. Paul Dubois aux Tuileries se prolongera sans doute jusqu'à la fin de la première ou de la seconde semaine après l'accouchement de l'Impératrice. Nous croyons que ce grand événement s'accomplira entre le 15 et le 25 de ce mois; tel est du moins, si nous ne nous trompons, le terme indiqué par les données de la science et aussi par l'article inséré dans le *Moniteur* du 12 octobre dernier, et qui annonçait que Sa Majesté allait entrer dans le cinquième mois de sa grossesse. Si ces indications sont exactes, il ne serait pas impossible que la date du 20 mars, qui a été celle de la naissance du roi de Rome, fût aussi celle de l'héritier ou de l'héritière de l'Empereur Napoléon III. Il est bien entendu que nous n'exprimons ici que de simples présomptions. La durée de la grossesse n'est pas invariable, et, quelque précis que puissent être les renseignements, dans une question de cette nature, nos lecteurs savent bien qu'il est impossible de fixer exactement le jour où elle se résoudra. Ce jour est attendu avec un grand intérêt, et, dans tous les cas, cette attente ne saurait être ni longue ni troublée par la moindre inquiétude. La santé de l'Impératrice est, dit-on, excellente, et s'il est permis de juger par des apparences qui sont en général, et avec raison, considérées comme significatives, la délivrance si désirée sera naturelle et heureuse.

La curiosité publique, qui s'attache à toutes choses, s'est préoccupée de la question de savoir si l'Impératrice serait ou ne serait pas soumise, pendant l'accouchement, à l'action du chloroforme. Nous regrettons de n'avoir aucun des éléments qui nous seraient nécessaires pour éclairer l'ignorance probable de nos lecteurs à ce sujet. Nous sommes porté à croire qu'aucune décision n'a été prise encore sur cette délicate question, et qu'elle sera résolue selon les circonstances particulières de l'accouchement. Nous voudrions pouvoir en résoudre une autre qui, par son importance, l'emporte de beaucoup sur la précédente. L'Impératrice donnera-t-elle naissance à un fils ou à une fille? Nous nous déclarons tout à fait incompétent sur un sujet à l'égard duquel nous ne pourrions invoquer aucune des notions sérieuses de la science. Sur une telle alternative, des paris peuvent être engagés, mais des conjectures raisonnables sont impossibles. Nous n'ignorons pas, cependant, que beaucoup de gens se croient, en cette matière, infiniment plus instruits que nous ne croyons l'être, et que cette prétention à deviner le sexe de l'enfant qui doit naître se rencontre surtout dans un monde tout à fait étranger aux études médicales. C'est sans doute parce que nous sommes dans une condition différente que nous nous montrons beaucoup plus réservé. Si cependant nous étions mis en demeure de nous expliquer, nous dirions très modestement que les deux chances possibles sont au moins égales, et que s'il existe une différence, très légère, il est vrai, elle est en faveur de la naissance d'un fils, puisqu'au point de vue du nombre, les naissances des garçons sont supérieures à celles des filles. La Providence décidera cette question dans quelques jours. Attendons avec confiance cette décision souveraine.

— Concours. — Le concours pour deux places de médecins au Bureau central des hôpitaux a commencé aujourd'hui. Les juges de ce concours sont : MM. Gillette, Guérard, Hardy, Marotte, Nélaton, et MM. Laugier et Bernutz, *suppléants*. Les candidats inscrits sont au nombre de 26; ce sont : MM. Axenfeld, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Cahen, Caillault, Champmartin, Charcot, Clairin, De Beauvais, Destouches, Dumoulin, Gallard, Grange, Hervieux, Labric, Laboulbène, Lamaestre, Mesnet, Montanier, Racle, Rotureau, Triboulet, Simonet, Simonis Empis, Vulpian.

— Le jury du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvrira le 17 mars, vient d'être constitué. Il se compose de MM. Robert, Denonvilliers, Gosselin, Ph. Boyer, Hillairet, *juges*, et de MM. Jarjavay et Piorry, *suppléants*. — Les candidats inscrits sont MM. Bauchet, Béraud, Boulard, Fano, Foucher, Houel, Jamain, Legendre, Trélat et Verneuil.

— La Société de médecine de Lyon avait mis au concours la question suivante : *Rédiger pour les ouvriers lyonnais un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et salutaires.* Sur le rapport de M. Diday, elle a accordé un premier prix (médaille d'or de 300 francs) à M. le docteur Fonteret, de Lyon; un deuxième prix (médaille d'or de 200 francs), avec le titre de membre correspondant, à M. le docteur Ebrard, de Bourg, et deux mentions honorables (*ex æquo*) à M. Jutet, élève en médecine à l'École de Lyon, auteur du mémoire n° 3, et à l'auteur du mémoire n° 7. L'auteur de ce dernier travail ne s'est pas fait connaître.

Cette même société vient d'offrir à M. Bonnet, président sortant, un banquet où la poésie paraît avoir payé largement son écot.

— Sont décédés récemment : MM. G. de Sartorius, le Nestor des médecins d'Aix-la-Chapelle; Colette, de Liége; Buchner, de Gouda; Bettner, de Vienne, et Klug, de Berlin.

— Il résulte d'un relevé dont on peut garantir à peu près l'exactitude, que le nombre des journaux de médecine et de pharmacie, publiés actuellement dans les principales langues de l'Europe, s'élève au chiffre suivant : langue allemande, 58; hollandaise, 8; suédoise, 8; anglaise, 30; française, 47; italienne, 12; espagnole, 9. Chacune de ces langues ne répond pas à une seule nationalité; c'est ainsi que les journaux belges figurent dans la même catégorie que les journaux français et y sont représentés par le chiffre relativement assez considérable de 13. (*Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

Les fautes de typographie ont une telle importance en matière de statistique, que nous nous faisons un devoir de rectifier celles qui se sont glissées dans le dernier article de M. Bertillon sur la doctrine de M. Carnot (voir n° 9, p. 139). Nous ferons suivre cette rectification d'une lettre que M. Carnot lui-même nous a adressée.

1° Errata.

Page 139.

1853-1854.

3,538
3,174
5,288, *au lieu de :* 5,288, *lisez :* 3,288.

10,000

Page 142, 33e ligne du texte, 1re colonne, *au lieu de :* ils seront réduits à 45 ans, à 67-23, soit 43 V_{45}, *lisez :* A l'âge de 45 ans ils seront réduits à 67—23, soit 44 V_{45}, ...

Page 144, au bas de la 1re colonne, 2e ligne de la note (2) : que le nombre relatif *des habitants de Paris*, au-dessous de 50 ans, ... *lisez :* au-dessus de 50 ans, ...

Page 144, 2e colonne, après la 1re ligne, au premier tableau,

au lieu de : 28, 24, 33 } 15 } 100 *mettez :* 28, 24, 33 } + 15 } 100

2° Lettre de M. H. Carnot.

Deux mots d'algèbre. — Soit, à quarante ans d'intervalle, en 1813 et 1853, relativement à un même nombre V de vivants de 20 à 21 ans (conscrits appelés au tirage) : D et D' les décès au dessus de l'âge de 20 ans 1/2, *d* et *d'* les décès de 20 ans 1/2 à 30 ans 1/2 ; *x* et *x'* les dangers de mort entre ces deux âges. Comme, de 20 à 37 ans, le nombre décroît, suivant Deparcieux, en progression *arithmétique*, on aura *toujours*, évidemment :

$$x' = \frac{d'x}{d}\left(\frac{2\,V - d}{2\,V - d'}\right) \qquad (a)$$

Soit $V = Dm = D'm'$,

m et *m'* étant des *coefficients* plus grands que l'*unité*, et $m > m'$, comme en 1813 et en 1853 ; substituant, il vient :

$$x' = \frac{d'x}{d}\left(\frac{2\,Dm - d}{2\,D'm' - d'}\right) \qquad (a')$$

Si l'on suppose $m = m' = 1$ dans le second membre de cette équation, on augmentera le dénominateur *plus* que le numérateur, et l'on obtiendra ainsi une valeur *trop petite*. Donc, en admettant,

$$x' = \frac{d'x}{d}\left(\frac{2\,D - d}{2\,D' - d'}\right) \qquad (A)$$

on est absolument certain, savoir :

1° D'obtenir un résultat *exact*, si $m = m' = 1$;
2° Un résultat *trop grand*, si *m* est $< m'$;
3° Un résultat *trop petit*, si *m* est $> m'$.

Ce qu'il suffit de démontrer ici.

Ce peu de mots s'adressent à ceux qui ont appris et qui savent l'algèbre. Quant à ceux qui l'ignorent, je sais qu'ils ne me comprendront pas plus que Bernardin de Saint-Pierre ne comprenait Laplace. Jusqu'à son dernier jour, l'auteur de *Paul et Virginie* soutint que la terre était allongée et non aplatie aux pôles, le tout parce qu'il ne comprit jamais comment *se mesurait* un degré du méridien !... Laplace ne daigna pas lui répondre. Que dire, en effet, en pareille occasion ?...

Que dire à celui qui croit racheter par la *suffisance* de son langage, pour ne pas dire plus, l'insuffisance de son instruction ? Rien non plus. Le public est là, écoutant le pour et le contre ; il jugera !

« A le bien prendre, enfin, il n'est pas aussi bête
» Que *les vaccinateurs* se le mettent en tête ;
» Il a quelque savoir !... »

H. Carnot.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archives belges de médecine militaire. — 1855. Novembre et décembre. Extirpation d'une tumeur de nature indéterminée au sommet de la tête, par *Wacquez*. — Influenza qui a régné au 1er régiment de cuirassiers en 1854-1855, par *Van Rooy*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — 1856. Janvier. Tumeur phlegmoneuse inter-utéro-rectale chez une jument, par *Macorps*. — Parturition laborieuse chez une jument, par *Bary*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 2e livraison. Pneumonie aiguë, par *Macario*. — Expériences sur un nouveau traitement de la fièvre intermittente et de la dysentérie, par *Bertherand*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — T. XV. Nos 2. Rapports : Sur le choléra, par *Van Coetsem*. — Sur le même sujet, par *Raikem*. — Sur les tumeurs squirrheuses du sein, par *de Meyer*. — Sur les modifications de la température animale sous l'influence des médicaments, par *Raikem*. — 3. Rapports : Sur la transmission du farcin à l'homme, par *Verheyen ;* — sur le choléra d'Ostende, par *Van Coetsem ;* — sur le charbon, par *Verheyen*. — Mémoire sur les fistules vaginales, par *Reybard*. — Sur la néphrite aiguë produite par la cessation subite de la rétention d'urine, par *Leroy* (d'Étiolles). — Nouveau porte-ligature, et au besoin porte-caustique, par *Didot*.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie. — Février. Histoire de la syphilis des nouveau-nés, par *Mandon*. — Emploi du froid après l'opération césarienne, par *Metz*. — Guérison de l'étranglement herniaire sans opération, par *Seutin*. — De l'hystéroptose, de son diagnostic, par *Delhaye*.

Presse médicale belge.—Nos 6. Erreurs de diagnostic au point de vue de la syphilis, par *Thiry*. — Sur l'histoire du charbon, par *Vereyen*. — 7. *Idem*. — 8. Syphilis (suite), par *Thiry*. — Charbon (suite), par *Verheyen*.

Charleston Medical Journal and Review. — 1855. Novembre. Rapport entre la distribution géographique des animaux et les délimitations naturelles des différentes races d'animaux, par *Nott*. — Emploi physiologique du calorique, par *Ford*.— Cas de tympanite chronique, par *Bruns*. — Topographie médicale de la Floride, par *Gaillard*. — Rupture de l'appendice vermiforme, par *Robertson*. — Contre-poison de l'iodure de potassium, par *Nunn*.

Dublin Medical Press. — N° 891. Comptes rendus de sociétés et revues.— N° 893. Luxation du fémur, par *Stapleton*. — Cas exceptionnel d'emploi des anesthésiques, par *Hargrave*. — Sur l'empyème et la pneumonie, par *Addison*.

Medical Times and Gazette. — Nos 292. Sur la leucorrhée, par *Anderson*. — Procédé simple d'opération du phimosis congénital non compliqué, par *F. Jordan*.

The British and Foreign medico-chirurgical Review. — 1856. Janvier. Huile de foie de morue et ses succédanés, par *Garrod*. — Corps étrangers dans les voies aériennes, par *H. Lee*. — Sur l'obstétrique, par *Fl. Churchill*. — Roux et la chirurgie réparatrice, par *G.-H. Moore*.— Chirurgie militaire allemande, par *W. Thudicum*. — Métamorphose des tissus. — Lithotritie et lithotomie, par *H. Thompson*. — Cinquante années de pratique en Amérique. — Ophthalmologie en France et en Belgique, par *White Cooper*. — Maladies du placenta, par *R. Barnes*.

The Dublin quarterly Journal of medical Science. — 1856. Février. Sur le bec-de-lièvre, par *Butcher*. — Sur la fièvre, par *Babington*. — Sur les sacs anévrysmaux, par *Colles*. — Glace et chloroforme comme anesthésiques, par *Kidd*. — Sur le rétrécissement de l'urèthre, par *Wilmot*. — Sur l'anévrysme thoracique, par *Popham*.

The Lancet. — N° 5. Rétrécissement de l'urèthre traité par le conducteur et les tubes de M. *Wakley*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino).— 1856. N° 1. Poche cystique à parois épaisses guérie par l'incision et les cautérisations avec le nitrate d'argent, par *Larghi*. — Choléra de Versilia, par *Linoli*. — Choléra de Volpiano, par *Merlini*. — 2 (31 janvier). Du travail dans les maisons d'aliénés, par *Porporati*. — Introduction au cours de clinique opératoire, par *Rosso*.

El Siglo medico. — Nos 108. Comptes rendus de sociétés et revues cliniques. — 109. Limonade sulfurique contre la variole noire, par *N. Kosciakiewicz*. — Choléra de Aranda de Duero, par *L.-B. Hernando*. — 110. Étude sur les fièvres lentes, par *F. Garcia Saballero*. — Cas de tumeurs stercorales, par *De Gano Gonzalez*.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 74. Particularités relatives aux os du carpe et du métacarpe, par *De Carvalho*. — Absence des testicules ; pénis et scrotum rudimentaires, par *Alvarenza*.

La Cronica de los hospitales. — 1856. Nos 2. Hépatite chronique, engorgement pulmonaire, apoplexie séreuse, par *T. de la Riva*. — Tumeur et ulcération scrofuleuses, par *J. Benavides*. — 3. Gastro-entérite et hémorrhagie intestinale, par *J. Angulo*. — Pupille artificielle, par *R. Gasas de Batista*.

Livres nouveaux.

Rapport sur une série d'instruments de chirurgie présentés par M le docteur *Dechange*, médecin de régiment, destinés à former la trousse du médecin en campagne, par M. le docteur *Kluyskens*. Gand, 1855, Léonard Hebbelynck.

Il cholera-morbus in Milano, nell' anno 1854. Relazione della commissione sanitaria municipale. Petit in folio de 120 pages. Milan, 1855.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 14 MARS 1856. N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le statut du 20 décembre 1855, sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. — Il est ouvert un concours pour huit places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante entre les trois Facultés de médecine :

	Section des sciences anatomiques et physiologiques.	Section des sciences physiques.
Faculté de médecine de Paris . . .	2	2
Faculté de médecine de Montpellier.	1	1
Faculté de médecine de Strasbourg.	1	1

Ce concours s'ouvrira à Paris, le 2 novembre prochain.

Art. 2. — Il est ouvert un concours pour neuf places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Paris :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale.. 5 places.
Section de la chirurgie et des accouchements.......... 4 —

Ce concours s'ouvrira à Paris, le 2 janvier 1857.

Art. 3. — Il est ouvert un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Montpellier :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale.. 3 places.
Section de la chirurgie et des accouchements.......... 1 —

Ce concours s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier 1857.

Art. 4. — Il est ouvert un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Strasbourg :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale.. 1 place.
Section de la chirurgie et des accouchements.......... 1 —

Ce concours s'ouvrira à Strasbourg, le 2 janvier 1857.

Art. 5. — Les recteurs des académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au *Moniteur*.

Fait à Paris, le 7 mars 1856.

H. FORTOUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 6 au 12 mars 1856.

59. GAILLOT, Jean-Baptiste-Sylas, né à Somme-Py (Marne) [*Des maladies miasmatiques au point de vue de leur étiologie.*]

60. BRUNET, Antoine-Pierre, né à Luçon (Vendée). [*De la fracture de la rotule.*]

61. FAYAU, Olivier-Jacques-Edmond, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Documents pour servir à l'histoire de l'enchondrome.*]

62. GODET, Jacques-Henry, né à Cherpenaiza (Charente-Inférieure). [*De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale.*]

63. ESPÉRON LACAZE DE SARDAC, Henri-Adolphe, né à Baillasbats (Gers). [*De l'allaitement vicieux dans ses rapports avec les maladies et la mortalité des enfants.*]

64. ROMBEAU, Auguste-Nicolas, né à Nanterre (Seine). [*Étude faite à l'Hôtel-Dieu sur les femmes en couches du service de M. Legroux.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 mars 1856.

INFLUENCE DE LA NAVIGATION SUR LA MARCHE DE LA BRONCHITE CHRONIQUE ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

Nous avons mis sous les yeux du lecteur la partie du remarquable mémoire de M. Rochard (de Brest) qui est relative

à l'influence de la *navigation* sur la marche de la phthisie pulmonaire (voir n° 10, p. 162); nous donnerons prochainement la partie qui concerne l'influence des *pays chauds*. Un journal ne peut prêter sa publicité à des recherches plus consciencieusement poursuivies, plus nettement exposées et d'une portée pratique plus considérable. Mais, en même temps, ces motifs sont de ceux qui imposent à la critique le devoir d'un examen réfléchi; car plus grande est l'autorité d'une opinion, plus il importe d'en peser scrupuleusement la valeur.

Le travail de M. Rochard, basé sur la statistique, démontre aussi péremptoirement que possible ce que la statistique peut démontrer, c'est-à-dire un fait général. Ce fait, c'est qu'une certaine classe de gens vivant habituellement sur la mer contractent des affections chroniques de poitrine aussi fréquemment, et même plus fréquemment, que d'autres gens du même âge, du même sexe, placés (sauf le milieu d'habitation) dans des conditions analogues. Les relevés de Brest, de Toulon, de Cherbourg prouvent que l'armée navale est, pour la phthisie pulmonaire et la bronchite, une plus riche proie que l'armée de terre. Voilà rigoureusement tout ce que peut affirmer la statistique. Que si l'on veut interpréter son langage, et, par une extension déjà un peu suspecte, transporter les résultats de cette enquête à la population civile et sédentaire, on peut aller jusqu'à concéder que, si l'on transportait en masse sur mer tous les individus disposés aux affections lentes des voies respiratoires, le résultat serait plus fatal que si l'on retenait tous ces individus à terre.

Cette conséquence étant supposée parfaitement légitime, quelle est sa vraie signification? Quel changement apporte-t-elle à l'état de la science? A quelle opinion porte-t-elle réellement atteinte? Le voici en deux mots. Fondée sur une somme de faits plus ou moins dissemblables, n'exprimant qu'un *total*, et partant ne possédant qu'une vérité générale et relative, cette conséquence n'est capable d'ébranler qu'une opinion de même ordre, limitée également à une affirmation générale. Si, par exemple, quelqu'un soutient que, toutes choses égales, sur un nombre donné d'individus, la phthisie, la bronchite se développent moins fréquemment sur mer que sur terre, les tableaux de M. Rochard lui donnent un démenti formel. Ce démenti est précieux, parce qu'il infirme une croyance fort accréditée, patronnée par des livres classiques, et qui, étant fausse, constitue un danger pour la santé publique. Mais qu'on fasse un pas de plus; qu'on induise, par exemple, des tableaux, que la navigation doit être interdite à toute personne atteinte de l'une ou l'autre des affections précitées, et à l'instant on outre-passe les droits de la statistique. La conclusion de l'auteur n'est pas, il est vrai, littéralement celle-là. On se rappelle qu'elle est conçue dans les termes suivants (n° 10, p. 166): « Il faut interdire *la profession de marin* aux jeunes gens qui paraissent prédisposés à la *tuberculisation pulmonaire*. » C'est donc la navigation habituelle, avec toutes les exigences de la carrière de marin, qui est ici déclarée nuisible; et, de plus, le danger n'est affirmé que pour les phthisiques proprement dits. Mais dans le mémoire imprimé, on lit: « La navigation ne convient donc aux phthisiques, *ni comme carrière, ni comme moyen de traitement.* » Ainsi, voilà la navigation défendue absolument, même comme voyage de santé. Enfin, on se rappelle que les chiffres rassemblés par M. Rochard sont aussi significatifs à l'endroit de la bronchite chronique qu'à l'endroit de la vraie tuberculisation; de sorte que, pour être conséquent, il faut regarder la première maladie comme constituant, au même titre et au même degré que la seconde, une contre-indication aux voyages sur mer. Si donc M. Rochard avait à résumer en une seule conclusion tout ce qui ressort de ses tableaux, il serait obligé de dire (et c'est ainsi qu'il l'entend, sans doute): « Les voyages en mer doivent être interdits aux personnes atteintes, soit de bronchite chronique, soit de tuberculisation pulmonaire, ou prédisposées à l'une ou l'autre de ces maladies. »

Eh bien! nous n'acceptons, pour notre compte, qu'une partie de cette conclusion. Nous croyons la mer funeste dans les cas de tuberculisation réalisée; nous la croyons beaucoup moins dangereuse, parfois utile, dans ceux de simple prédisposition à la phthisie; nous la croyons souvent avantageuse dans la bronchite chronique.

Ce que nous soutenons ici, nous l'appuyons sur des faits positifs, constatés avec soin dans la pratique civile. Il est, on le sait, certains clients que leurs affaires appellent au delà des mers à des intervalles plus ou moins rapprochés. Lorsqu'il en est parmi eux qui sont affectés d'un catarrhe chronique, l'occasion est excellente pour étudier l'influence de la navigation, parce que cette influence n'est pas traversée ici, comme chez les marins, par des conditions susceptibles de la troubler. Or plusieurs occasions de ce genre nous ont été offertes dans notre clientèle particulière, et nous devons dire que l'effet de la traversée n'a pas été de nature à justifier la proscription absolue de M. Rochard. Sur quatre passagers que notre mémoire nous rappelle, deux n'ont pas éprouvé de changement notable du côté des voies respiratoires, dans le cours ou à la suite de quatre ou cinq voyages de quelques jours sur la Méditerranée. Deux autres ont vu les symptômes de la bronchite chronique disparaître entièrement chaque fois qu'ils ont traversé l'Atlantique. Un de ces deux exemples est particulièrement remarquable: il est relatif au chef d'une maison de commission, appelé tous les trois ou quatre ans au Mexique pour les besoins de son commerce. C'est un homme blond, à peau blanche et fine, presque imberbe, atteint de calvitie précoce, très sujet à des diarrhées atoniques qu'arrête l'usage du vin pur ou l'administration de la thériaque, ayant presque toujours les mains moites et se couvrant de sueur à la moindre fatigue, portant enfin, depuis plus de quinze ans, un catarrhe pulmonaire avec toux habituelle et expectoration de mucosités épaisses et grisâtres, qui sont surtout abondantes le matin au lever. Comme cette personne prend la mer au printemps, il est rare qu'elle ne soit pas alors sous le coup d'une exacerbation momentanée de la bronchite. Or, voici ce qui lui arrive invariablement. Dès le premier ou le second jour, diminution notable de la toux et des crachats; sentiment de force et de bien-être général. Au bout de cinq ou six jours, jusqu'à l'arrivée à Mexico, l'affection bronchique est entièrement dissipée. Sous le climat de Mexico, pendant les deux mois environ de séjour, elle recommence à se montrer; mais l'embarquement coupe court à cette rechute, et la poitrine est de nouveau débarrassée. Le sujet rentre dans sa famille avec toutes les apparences d'une bonne santé. Au bout d'un temps variable, le catarrhe reprend ses droits, pour les garder jusqu'à la traversée prochaine. Notez que l'expérience a été faite déjà cinq ou six fois.

Un pareil cas a plus de valeur, à de certains égards, qu'une statistique; car il renferme une démonstration directe et péremptoire. A lui tout seul, il prouve que la bronchite chronique peut être avantageusement influencée par la navigation; et comme il n'est pas présumable que notre client

soit d'une espèce surnaturelle, on peut bien affirmer que beaucoup d'autres bronchites, placées dans des conditions semblables, se conduiraient de même. Voilà ce qu'apprend l'observation, et ce qu'il n'est pas au pouvoir des chiffres d'annihiler.

Au reste, sans vouloir trop accorder à l'induction, nous ne craignons pas de dire que le mode d'action présumable des voyages sur mer s'accorde mal avec l'idée d'un résultat constamment fâcheux. Qu'est-ce, dans son expression thérapeutique, que l'atmosphère maritime? Un stimulant. Or, un stimulant aggrave certains catarrhes bronchiques, et en améliore certains autres : cela dépend de la cause, du degré, de diverses conditions inhérentes au sujet. De même la fièvre thermale donnée par les eaux sulfureuses influence ordinairement d'une manière favorable le simple catarrhe apyrétique, les reliquats de pneumonie mal jugée; elle n'est pas très périlleuse dans les cas de tubercules crus, mais elle est presque toujours funeste, si les tubercules sont ramollis, et surtout s'il existe des cavernes. On en peut dire autant de l'hydrothérapie. Pourquoi donc l'action de la mer serait-elle différente?

En résumé, le travail de M. Rochard tend à restreindre, bien en deçà des limites généralement acceptées, l'emploi de la navigation dans les cas de bronchite chronique et de phthisie : c'est un résultat de haute importance ; mais il ne peut rien contre les faits particuliers, qui démontrent l'utilité de ce moyen dans certains cas ; et c'est à établir les règles de ces applications particulières que doivent tendre les efforts de la science. A. Dechambre.

Contre notre attente, l'occlusion dans les ophthalmies a rencontré en M. le professeur Velpeau un adversaire déclaré. Le lecteur trouvera, au compte rendu de l'Académie de médecine, les arguments purement théoriques de l'éminent chirurgien. Nous avouons n'en être nullement ébranlé ; car, tout en invitant les partisans de l'occlusion à de nombreuses expériences, M. Velpeau a négligé de nous parler des siennes. Il résulte, du reste, de ses paroles, que s'il emploie encore la compression contre quelques affections oculaires, ses expériences sur l'occlusion proprement dite ne sont pas de la plus fraîche date. Le nouveau mode eût certes beaucoup gagné à être patronné, ou au moins encouragé, par M. Velpeau. Cette bonne fortune lui a manqué. Il faut donc se remettre à l'œuvre, et, par de nouveaux faits bien suivis, bien complets, chercher à soutenir une pratique aussi simple pour le médecin qu'avantageuse pour les malades. C'est tout ce que nous avons à dire quant à présent.

Ad. Richard.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATION D'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ GÉNÉRAL PAR RUPTURE D'UNE CAVERNE PULMONAIRE (1); AUTRE OBSERVATION DE CAVERNE PULMONAIRE OUVERTE DANS LE CANAL RACHIDIEN ; par le professeur Cruveilhier, président perpétuel de la Société anatomique.

Obs. — Delarche (Françoise), âgée de vingt-quatre ans, couturière, entra le 26 décembre 1855 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 7, dans un état très avancé de phthisie pulmonaire.

Un souffle tubaire caverneux des plus intenses, avec pectoriloquie, gargouillement, et parfois souffle amphorique, occupe toute la hauteur de la région antérieure du poumon gauche, depuis la clavicule jusqu'à la région mammaire inclusivement. Une particularité nous frappe : c'est une douleur extrêmement vive accusée par la malade dans toute cette région antérieure, si bien que non-seulement la percussion la plus légère, mais encore l'application la plus douce de l'oreille ne peut être supportée; l'auscultation par le stéthoscope aurait été impossible. Cette douleur, qui datait de deux mois, était telle, que la malade, depuis cette époque, ne pouvait que difficilement se servir de la main gauche.

Les symptômes de la maladie de poitrine remontaient à deux ans environ, à la suite d'un accouchement. Le poumon droit ne donne de signes de tuberculisation qu'au sommet.

Je diagnostiquai donc une caverne, ou plutôt une série de cavernes pulmonaires superficielles dans toute la hauteur de la région antérieure du poumon droit, avec phlegmasie de la plèvre correspondante; et la douleur des parois thoraciques était tellement vive, qu'il me vint à l'idée que le travail de tuberculisation, qui se dirigeait évidemment du côté de la peau, pourrait bien finir par perforer les muscles intercostaux.

L'état de la malade était stationnaire, lorsque le 23 janvier, à la visite du matin, nous fûmes étrangement surpris de voir que la face, si maigre, si desséchée la veille, était devenue monstrueuse, comme dans l'œdème le plus considérable. La pensée d'un œdème par oblitération de la veine cave se présenta, en effet, à quelques personnes ; nous palpons : c'était un emphysème, qui occupait principalement les paupières et les joues, celles-ci surtout, qui formaient deux ballons élastiques résonnant par la percussion à la manière d'une vessie pleine d'air.

La même rénitence gazeuse s'observait à la région cervicale, qui était énormément tuméfiée dans toute sa circonférence, surtout aux régions antérieure et latérales. Il en était de même des régions claviculaires; c'était principalement aux deux régions sous-claviculaires, entre la clavicule et la mamelle, que l'accumulation des gaz était le plus considérable. Là existaient deux volumineuses tumeurs aériennes, hémisphériques, véritables ballons qui résonnaient comme un tambour. La mamelle n'avait pas encore pris part à l'emphysème ; il existait également deux poches aériennes oblongues, en arrière et de chaque côté du thorax.

Dans toutes les autres régions il n'y avait pas collection d'air, mais simple infiltration.

La crête iliaque et la base du sacrum étaient la limite inférieure de l'infiltration gazeuze en arrière et de chaque côté. La limite inférieure en avant était la base du thorax. Les membres inférieurs avaient été respectés; il n'en était pas de même des membres supérieurs qui étaient emphysémateux jusqu'aux poignets. Les deux régions deltoïdiennes, mais surtout la gauche, étaient remarquables par une énorme poche gazeuse, espèce de réservoir qui communiquait largement avec le réservoir de la région sous-claviculaire du même côté.

La malade raconte que dans la nuit du 21 au 22 janvier, pendant un effort violent de toux, elle a entendu une espèce de sifflement qu'elle compare à celui qui résulte de l'insufflation sous-cutanée pratiquée dans les boucheries ; que ce bruit se renouvelait à chaque fois qu'avait lieu un effort de toux ; qu'en même temps, elle voyait se soulever la région sous-claviculaire gauche. Elle avait parfaitement compris que ce bruit, de même que la cause de l'emphysème, partait de la région antérieure et gauche de la poitrine.

Le 22 au matin, l'emphysème n'avait pas dépassé la région sous-claviculaire, si bien que, n'ayant pas été prévenu, et ayant examiné à fond la malade la veille, je ne m'arrêtai pas à son lit. C'était dans la nuit du 22 au 23, à la suite d'efforts violents de toux, que l'emphysème s'était étendu à la face et à tout le tronc.

A dater de ce moment, la malade éprouve un sentiment de suffocation qui l'oblige à changer sans cesse de position, comme pour échapper à l'asphyxie. Elle est d'ailleurs profondément terrifiée.

(1) Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société dans sa séance du 8 février 1856.

Mon premier soin est de la faire asseoir sur le bord de son lit, les jambes pendantes, position qui la soulage beaucoup et remonte son courage.

La palpation démontre qu'il y a là deux modes d'emphysème bien distincts : l'emphysème ordinaire ou par infiltration, et l'emphysème par collection gazeuse.

Les doigts, promenés sur les tumeurs aériennes, donnent la sensation d'une rénitence élastique, d'une vessie pleine d'air; promenés sur les parties emphysémateuses par infiltration, ils donnent une sensation de craquement, de déplacement.

L'oreille, appliquée sur les tumeurs aériennes autres que les tumeurs sous-claviculaires, ne fait entendre aucun bruit; appliquée contre les parties simplement infiltrées d'air, elle donne une sensation de crépitation des plus manifestes. Pour bien apprécier cette crépitation, il faut que l'oreille soit mollement pressée contre les parties qu'on explore, ou plutôt qu'elle soit alternativement pressée et soulevée. Cette sensation de crépitation est celle d'un taffetas que l'on froisse entre les doigts, et a beaucoup d'analogie avec la crépitation sèche d'une pneumonie commençante. Or cette crépitation, de même que la sensation obtenue par la palpation, ne peut résulter que du passage des bulles d'air d'une cellule dans une autre.

Les parties emphysémateuses, soit par infiltration, soit par collection, étaient ici, comme dans tous les cas d'emphysème que j'ai eu occasion d'observer, douloureuses sous l'influence du plus léger contact, si bien que les limites de la douleur étaient aussi celles de l'infiltration gazeuse.

J'ai voulu étudier à fond par l'auscultation les deux tumeurs gazeuses sous-claviculaires : quelle n'a pas été ma surprise d'entendre, au niveau de ces deux tumeurs, un bruit vésiculaire parfaitement distinct, parfaitement pur, sans aucun mélange, même à gauche, là où l'avant-veille j'avais entendu un souffle caverneux tubaire, parfois amphorique, avec bruit de gargouillement. En outre, faisant tousser la malade pendant que l'oreille était appliquée contre la tumeur sous-claviculaire gauche, j'entends un bruit de frémissement vibratoire semblable à celui qui résulte du passage à travers un orifice étroit de bulles d'air qui se succèdent avec rapidité. Je ne puis mieux comparer ce bruit qu'à l'émission bruyante de gaz par l'anus. Ce bruit, qui s'entend à distance, n'existe que pendant les efforts de toux; il est nul dans la respiration ordinaire.

Ici le diagnostic n'était pas douteux. Une des cavernes tuberculeuses superficielles qui existait, chez cette malade, dans les régions sous-claviculaire et mammaire gauches, était devenue adhérente aux parois thoraciques, qu'elle s'était, pour ainsi dire, appropriées; d'où la perforation de ces parois, d'où l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'extrême oppression de la malade m'avait fait craindre un instant la possibilité de l'infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire du médiastin; mais rien ne la démontrait.

Prescription. — Potion fortement calmante, pour diminuer l'angoisse et le spasme. Des mouchetures, pratiquées sur la tumeur aérienne sous-claviculaire gauche, point de départ évident de l'infiltration gazeuse, donnent issue à l'air avec sifflement. Soulagement momentané de la malade.

Les 24 et 25 janvier, l'emphysème se généralise; il occupe tout le tronc, les membres inférieurs aussi bien que les membres supérieurs. Il n'y a de respecté à la tête que la partie médiane de la face, nez, lèvres et menton, et le cuir chevelu. La ligne médiane sternale et abdominale et la ligne du rachis ont participé à l'infiltration emphysémateuse. Aux mains et aux pieds, il n'y a de respecté que les régions palmaires et plantaires.

La voix est devenue grave, rauque; la déglutition est difficile, surtout pour les aliments solides, qui étouffent en passant. Je me demande si l'infiltration gazeuse sous-cutanée n'est pas déjà parvenue à franchir la barrière apportée à une infiltration profonde par les aponévroses cervicales, si le tissu cellulaire qui entoure le pharynx, et enfin le tissu cellulaire des replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens, ne pourraient pas être envahis, et si dans ce cas l'infiltration gazeuse de ces replis muqueux n'amènerait pas la suffocation, comme dans les cas d'infiltration séreuse.

Je fais une étude toute particulière de la tumeur sous-claviculaire gauche, laquelle est véritablement un grand réservoir qui reçoit directement l'air du poumon et qui le transmet à toutes les parties du corps. La malade a parfaitement la conscience de tout cela; à chaque fois qu'elle tousse, elle sent se gonfler d'abord la tumeur sous-claviculaire gauche, puis la tumeur sous-claviculaire droite, puis les tumeurs aériennes du cou et de la face, et le retentissement s'en fait sentir dans toutes les parties emphysémateuses. Aussi redoute-t-elle beaucoup les quintes de toux, parce qu'elle est persuadée que la suffocation et la mort pourraient en être la conséquence immédiate, d'où un sentiment de terreur profonde que nous avons beaucoup de peine à dominer.

L'oreille, appliquée contre les tumeurs sous-claviculaires droite et gauche, fait toujours entendre le murmure vésiculaire le plus pur, comme dans l'exploration du poumon le plus sain, phénomène que je ne puis pas m'expliquer, et dont l'autopsie me donna plus tard l'interprétation.

Le 26 janvier, de nouveaux phénomènes se produisent dans la tumeur sous-claviculaire gauche. Une respiration caractérisée par un souffle tubaire s'y établit d'une manière permanente. Ce souffle tubaire est inspirateur et expirateur; quelquefois il est amphorique. J'en conclus que l'orifice de communication entre la caverne pulmonaire et la poche aérienne sous-claviculaire gauche est devenu beaucoup plus considérable.

En outre, les quintes de toux s'accompagnent d'un son vraiment musical, qui se prolonge sur le même ton longtemps après la cessation de la toux, à la manière de celui que donne un tuyau d'orgue.

La malade se plaint de plus en plus du retentissement de la toux dans toutes les parties du corps, de la tête aux pieds, mais surtout du côté de la tête, qui lui paraît se gonfler énormément à chaque effort de toux. La voix est bien plus rauque et bien plus grave que les jours précédents, et la déglutition, même des liquides, plus difficile.

Il n'y avait bien évidemment qu'un parti à prendre : c'était de donner issue aux gaz par une incision suffisante. Le lieu d'élection ne pouvait être que la poche aérienne qui occupait la région sous-claviculaire gauche, immédiatement au-dessous de la mamelle, au niveau du point où l'auscultation m'avait fait reconnaître l'orifice de communication entre la tumeur aérienne et la caverne pulmonaire. Je ne voyais que des avantages à cette incision, que la malade accueillit avec empressement, et qui fut immédiatement pratiquée par M. Peter, mon interne. A peine l'ouverture est-elle faite, que l'air contenu dans la poche aérienne s'échappe avec bruit, qu'une respiration très active s'établit par cette ouverture, et que la malade se sent soulagée.

Le lendemain, 27 janvier, toutes les poches aériennes sont en grande partie vidées, mais l'emphysème par infiltration n'a pas sensiblement diminué.

La respiration ne se fait pas constamment par la plaie, mais elle se produit largement, bruyamment, avec un souffle extrêmement intense, et qui aurait certainement pu éteindre la flamme d'une bougie, lorsque la malade faisait un effort de toux.

En approchant l'oreille de la plaie, je reconnus, indépendamment de ce bruit de souffle qui s'entendait à distance, un autre bruit qui me parut venir des lèvres de l'incision : c'était un petit bruit continu, mais saccadé, qu'on ne peut mieux comparer qu'à ce qu'on appelle le chant de la cigale. Ce bruit était évidemment produit par l'air infiltré qui s'échappait rapidement bulle par bulle des cellules dans lesquelles il était incarcéré, et qui venait crever à la surface de la plaie, à la manière d'une eau en ébullition. Ce bruit, qui se suspendait, se ralentissait par moments, était activé par une pression douce exercée sur les parties voisines, pression qui favorisait la sortie des bulles d'air.

Du reste, depuis l'incision, l'état général de la malade est excellent. Plus de suffocation; appétit; pouls presque naturel. L'espérance a succédé au désespoir.

Le 28 janvier, le mieux continue; non-seulement les poches aériennes se sont vidées, mais encore l'emphysème par infiltration a notablement diminué.

La respiration par la fistule est nulle ou à peu près nulle, lorsque la malade respire paisiblement; elle devient, au contraire, très bruyante pendant les quintes de toux: elle prend alors le caractère du sifflement d'un vent violent qui mugit à travers une fenêtre mal jointe. L'air, en passant, entraîne beaucoup de mucosités qu'il soulève quelquefois en bulles, lesquelles crèvent immédiatement avec bruit. L'expectoration, comme la respiration, se fait largement par l'ouverture fistuleuse.

Il est évident qu'il existe une très large communication entre les bronches et la caverne pulmonaire, d'une part, la caverne et le tissu cellulaire sous-cutané, d'une autre part.

Les 29 et 30, l'ouverture de communication fistuleuse semble s'être élargie encore. Il s'opère incessamment par la plaie une respiration complète, à savoir, une inspiration et une expiration. La mamelle gauche, tuméfiée, est devenue extrêmement douloureuse.

Le 31 janvier, en soulevant la mamelle, je fais sortir par la plaie une grande quantité de pus sanieux qui paraît situé dans le tissu cellulaire sous-mammaire. Il est bien probable que ce phlegmon de la mamelle gauche est la conséquence, non de la présence de l'air dans l'épaisseur de la mamelle, mais bien du passage du muco-pus de la caverne pulmonaire dans le tissu cellulaire extérieur. La preuve, c'est que la région mammaire droite, bien qu'elle ait été soulevée par une non moindre quantité d'air, ne participe nullement à l'inflammation phlegmoneuse, et qu'au contraire, elle est complétement affaissée depuis l'incision. Les matières purulentes qui sortent par l'ouverture fistuleuse paraissent provenir en partie du poumon, car au milieu du pus sanieux je reconnaissais des mucosités purulentes.

L'emphysème par infiltration a diminué partout, mais il n'est disparu complétement nulle part; je le retrouve par la palpation et par l'auscultation dans les régions où je l'avais reconnu avant l'incision.

Dès le 31 janvier, fièvre aiguë, sécheresse de la langue, dents fuligineuses, difficulté de la déglutition plus grande encore que les jours précédents. La malade se plaint de ne pouvoir pas avaler sa salive sans douleur. Amaigrissement extrême de la face et du cou.

Depuis plusieurs jours, la malade ne pouvait plus tousser. Les efforts de toux n'aboutissaient qu'à la sortie d'une grande quantité d'air par la plaie; aucune mucosité n'était expulsée par la bouche, aucun son n'était produit à travers le larynx: c'était une toux muette. Évidemment la presque totalité de l'air expiré passait par l'ouverture fistuleuse; il n'en restait pas assez pour expulser les mucosités bronchiques par les voies naturelles. J'ai dit que la voix était grave et rauque et ne présentait qu'un seul ton. Depuis quelques jours, elle était plus faible encore; le 2 février, elle est presque nulle, l'air expiré passant presque entièrement par la plaie, si bien qu'on eût dit que la fistule s'ouvrait directement et largement dans la trachée. Ce n'est que lorsque la malade faisait un très grand effort qu'elle pouvait produire un son, et souvent une seule syllabe dans un mot était entendue. Toutes les mucosités bronchiques sont expulsées par la plaie. Épuisement extrême.

La malade s'éteint le 3 février, 38 jours après son entrée, le douzième jour de l'apparition de l'emphysème.

Ouverture du cadavre. — On peut reconnaître l'emphysème par infiltration sur toute la surface du corps: dans certaines parties, l'emphysème se révèle par des bosselures inégales, circonstance qui ne m'avait pas frappé pendant la vie. — Comme pendant la vie, la pression la plus légère fait circuler les gaz sous la peau, et détermine sous le doigt cette sensation de craquement ou de déplacement de bulles d'air qui est caractéristique; on voit manifestement les cellules s'affaisser sous la pression, et les cellules voisines se distendre. On peut, par une forte pression circulaire, refouler dans une région déterminée tous les gaz infiltrés au voisinage. Cette région devient bosselée, et ses bosselures sont irrégulières. Je me suis assuré que dans ce cas la déchirure des lamelles cellulaires avait été opérée, tandis que dans le déplacement produit par une palpation douce il n'y a aucune déchirure. En comprimant circulairement de haut en bas la partie supérieure de la cuisse pour faire refluer en bas tout l'air infiltré, j'ai déterminé la formation de lignes rameuses, régulières, qui représentent parfaitement la direction des veines superficielles de la peau. J'en ai conclu que l'air trouvait plus de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire extérieur aux veines que dans toute autre direction. Du reste, le tissu cellulaire emphysémateux présente exactement le même aspect que le tissu cellulaire insufflé d'un animal de nos boucheries.

J'ai étudié la région occupée par les tumeurs aériennes, et plus particulièrement la tumeur sous-claviculaire droite. Je m'attendais à trouver de vastes poches, à la manière des bourses muqueuses. Point du tout: nulle part il n'y avait une poche unique, mais bien de petites poches multiloculaires, à loges plus ou moins vastes; ces poches étaient affaissées sur elles-mêmes, en sorte qu'il a fallu en écarter le parois pour se faire une bonne idée de leur capacité. Il n'est pas douteux qu'elles ne communiquassent entre elles lorsqu'elles étaient remplies d'air.

Non-seulement le tissu cellulaire libre qui entourait le grand pectoral, mais encore la membrane celluloso-fibreuse propre du grand pectoral, avait été infiltrée d'air; et même on voyait de très petites bulles d'air interposées aux faisceaux de ce muscle.

Étude des régions sous-claviculaire et mammaire gauches. — L'ouverture fistuleuse qui occupait cette région a conduit dans un vaste foyer purulent intermédiaire au muscle grand pectoral et aux côtes; ce foyer, que remplissait un pus sanieux, s'étendait en dedans jusqu'aux insertions sternales du grand pectoral, et en dehors jusqu'aux limites du muscle. Une autre couche purulente existait entre le grand pectoral et la peau; cette couche se prolongeait entre la mamelle et le grand pectoral; elle était infiltrée dans la membrane cellulaire propre de ce muscle. Sa couleur jaune verdâtre contrastait avec celle du pus sanieux observé sous le grand pectoral. Enfin, le tissu du muscle grand pectoral lui-même était infiltré de pus, et ses faisceaux dissociés dans un grand nombre de points.

Sous le grand pectoral, apparaissaient les troisième, quatrième et cinquième côtes dénudées de leur périoste, ainsi que les parties voisines des cartilages costaux. Deux grandes ouvertures, l'une située entre la troisième et la quatrième, l'autre entre la quatrième et la cinquième côtes, établissaient une très large et très facile communication entre la cavité thoracique et sa surface extérieure. Le doigt indicateur, introduit dans ces ouvertures, pénètre dans une vaste cavité dont la paroi externe paraît formée par la paroi thoracique elle-même, en sorte que, sans les antécédents, j'aurais pu croire que nous avions affaire à un cas de pleurésie circonscrite. Faisant ensuite enlever par deux traits de scie latéraux le sternum et la moitié antérieure de la cage thoracique, y compris tous les organes contenus dans la poitrine, j'ai pu faire les observations suivantes:

Le poumon *droit* n'était fortement tuberculeux qu'au sommet. Il était libre d'adhérences et perméable dans le reste de son étendue, où l'on ne voyait que quelques tubercules crus disséminés.

Le poumon *gauche*, extrêmement rapetissé, induré dans toute son étendue, adhérait intimement aux parois costales et au diaphragme. Ses trois quarts supérieurs étaient creusés de grandes cavernes qui communiquaient largement entre elles; et au milieu de ces cavernes était un réseau à très larges mailles, interceptées par de grosses colonnes cylindriques dont chacune contenait une bronche ou des vaisseaux. Toutes ces cavités s'ouvraient ou directement ou indirectement dans une grande caverne intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon. C'était cette caverne qui communiquait au dehors par les deux ouvertures indiquées.

Cette cavité, dont la paroi antérieure était constituée par les parois thoraciques doublées d'une membrane fibreuse extrêmement épaisse, était-elle le résultat d'une pleurésie circonscrite? On aurait pu le croire au premier abord; mais, en étudiant plus à fond la disposition du poumon, il m'a été facile de voir que cette cavité n'était autre chose qu'une vaste caverne pulmonaire superficielle, dont la paroi antérieure, devenue adhérente à la plèvre costale,

avait été progressivement détruite couche par couche par l'inflammation ulcérative, et que, dans certains points, le travail ulcéreux avait détruit plèvre pulmonaire, fausses membranes organisées, plèvre costale, muscles intercostaux interne et externe ; d'où la perforation.

La preuve de ce mécanisme se trouve dans l'étude attentive des détails de la pièce anatomique. En effet, en examinant les autres cavernes superficielles que présente ce poumon, on pouvait, en quelque sorte, assister à la destruction progressive de leurs parois ; car on voyait les couches de tissu pulmonaire qui formaient la paroi antérieure de ces cavernes réduites à une lame mince dans certains points, et complétement détruites dans d'autres.

La caverne intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon était donc une caverne pulmonaire ; car sa paroi postérieure présentait tous les caractères des anciens foyers tuberculeux, et communiquait très largement avec d'autres cavernes tuberculeuses et avec les tuyaux bronchiques. Cette caverne, ai-je dit, communiquait à l'extérieur du thorax par deux ouvertures bien distinctes, l'une située entre la troisième et la quatrième côte, l'autre située entre la quatrième et la cinquième. Voici les particularités que présentaient ces perforations fistuleuses :

Les troisième et quatrième côtes étaient privées de périoste à leur face antérieure, dans l'espace de 5 ou 6 centimètres. La troisième côte, nécrosée et en voie de destruction, était profondément érodée ; son bord inférieur, aminci, irrégulier, se brisait avec la plus grande facilité ; c'était au niveau de la portion la plus usée de ce bord qu'existait l'ouverture fistuleuse la plus supérieure. La quatrième côte, également privée de périoste à sa face antérieure, était lisse, à peine érodée dans quelques points ; et bien évidemment sa dénudation était récente.

Les cartilages de la troisième et de la quatrième côte, dénudés de périchondre à leur face antérieure, avaient subi une perte de substance irrégulière ; ils étaient comme crevassés, chagrinés, sans changement de couleur, sans travail réparateur. Le cartilage de la troisième côte ne tenait à cette côte que par une très petite languette.

La cinquième côte n'était dénudée qu'à sa face postérieure et à son bord supérieur ; c'était au niveau de ce bord supérieur qu'existait la deuxième ouverture fistuleuse, laquelle était moins considérable que la supérieure.

Les muscles intercostaux internes et externes étaient complétement détruits entre la troisième et la quatrième et entre la quatrième et la cinquième côte, au niveau des ouvertures fistuleuses. Une membrane fibreuse blanche, très résistante, constituait seule la paroi antérieure de la caverne : c'était la plèvre, doublée de fausses membranes organisées.

En étudiant la partie de caverne située au-dessous de la deuxième ouverture fistuleuse, j'ai trouvé, entre la cinquième et la sixième côte, un commencement de travail perforateur qui rendait parfaitement compte de cette perforation. En effet, il existait là une petite poche en forme de cul-de-sac, dont le fond était formé par le muscle intercostal externe aminci, le muscle intercostal interne ayant été détruit par le travail perforateur. Je ne doute pas qu'une troisième perforation ne se fût produite plus tard dans ce point.

RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS.

Ces réflexions et conclusions se rattachent les unes à l'emphysème, les autres aux cavernes tuberculeuses superficielles du poumon et au mécanisme de la perforation des parois thoraciques.

Il résulte de l'observation précédente :

A. *Relativement à l'emphysème :*

1° Que l'emphysème sous-cutané peut être la conséquence de la rupture spontanée d'une caverne pulmonaire superficielle dans le tissu cellulaire extérieur au thorax, à travers les muscles intercostaux perforés.

2° Qu'il existe deux espèces d'emphysème sous-cutané : l'emphysème par *infiltration* et l'emphysème par *collection*. Ce dernier suppose d'une part une grande laxité dans le tissu cellulaire, et, d'une autre part, une très large perforation. Il n'est lui-même qu'un emphysème par infiltration, à larges mailles.

3° Que l'emphysème par collection se reconnaît à une tumeur rénitente, élastique, résonnante à la percussion, et que l'emphysème par infiltration se reconnaît par l'auscultation aussi bien que par la palpation.

4° Que la sensation de crépitation fine et sèche qui caractérise l'emphysème à la palpation n'est pas le résultat de la rupture des lamelles du tissu cellulaire, mais bien le résultat du passage de l'air d'une cellule dans une autre, par les voies ordinaires de communication des cellules.

5° Que l'auscultation, appliquée à l'étude de l'emphysème sous-cutané, est un moyen de diagnostic plus délicat, plus précis que l'exploration par le toucher : par elle, la présence de l'air est révélée là où le toucher est en défaut. Bien certainement, l'auscultation aurait rectifié la sensation d'emphysème produite au tact par le déplacement des noyaux de cerises dans un cas particulier où j'ai commis cette erreur (1).

6° Que la respiration vésiculaire, si nette et si parfaite, que présentait à l'auscultation la tumeur aérienne sous-claviculaire gauche s'explique de la manière la plus satisfaisante par la dissection, qui a démontré que cette tumeur aérienne était constituée non par une poche uniloculaire, mais par une poche multiloculaire à vésicules communicantes devenues annexes du poumon, et dans lesquelles, par conséquent, avait dû s'établir une respiration vésiculaire.

7° Que toutes les parties emphysémateuses sont douloureuses, et, par conséquent, que les limites de l'emphysème sont parfaitement établies par celles de la douleur.

8° Qu'il est douteux que la présence de l'air dans le tissu cellulaire puisse devenir la cause d'une inflammation phlegmoneuse, cet air finissant toujours par être résorbé. Dans le cas qui fait l'objet de ces réflexions, l'inflammation de la poche gazeuse sous-claviculaire gauche a été probablement produite non par la présence de l'air, mais par celle des mucosités purulentes lancées dans le tissu cellulaire par la colonne d'air qui sortait des cavernes pulmonaires.

9° Que, dans le cas d'emphysème sous-cutané par rupture d'une caverne tuberculeuse, il faut se hâter de pratiquer, au niveau de la perforation, une grande incision suffisante pour donner issue à la totalité de l'air expulsé. De cette manière, on substitue à une communication fistuleuse broncho-cellulaire une fistule broncho-cutanée.

(1) Chez une femme de la Salpêtrière, âgée de cinquante-huit ans, qui présentait derrière l'ombilic une tumeur dure, qui s'étendoit à droite jusque dans l'hypochondre, un phénomène fort curieux fixa mon attention : c'est qu'en exerçant une pression légère sur la tumeur, j'éprouvais la sensation de crépitation fine et sèche qui caractérise l'emphysème. Cette sensation était extrêmement prononcée ; elle fut perçue par toutes les personnes qui suivent habituellement ma visite ; elle fut également perçue par M. Hourmann et par M. Auguste Bérard, qui, hélas ! devaient être bientôt enlevés à la science. Cette crépitation était superficielle, en sorte qu'elle paraissait siéger dans le tissu sous-cutané. J'avais vu la malade le 6 septembre, elle succomba le 13. La sensation d'emphysème que nous avions perçue se maintint jusqu'au dernier moment. Nul doute ne s'étant élevé dans l'esprit d'aucun de nous sur l'existence d'un emphysème, nous nous demandions s'il n'y avait pas eu adhérence du côlon avec les parois abdominales, perforation de cet intestin, et infiltration du gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais alors comment expliquer la circonscription de l'emphysème ?

A l'ouverture, nous trouvâmes que la cause de la sensation d'emphysème qui nous avait paru si inexplicable était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerises qui remplissaient le cœcum, le côlon ascendant et une petite partie du côlon transverse ; que la collision de ces noyaux de cerises, qui fuyaient sous le doigt par la plus légère pression, déterminait une sensation analogue au bruissement et au déplacement de l'air dans l'emphysème. L'illusion était si facile, qu'on ne pouvait s'en défendre en répétant l'exploration sur le cadavre. (*Anatomie pathologique*, avec planches, liv. XXVI, pl. 6.)

B. *Relativement aux cavernes pulmonaires superficielles*, ces cavernes se subdivisent en celles qui adhèrent aux parois costales et en celles qui ne sont pas adhérentes.

1° Quand la caverne superficielle n'est pas adhérente aux parois costales, la rupture de cette caverne a pour conséquence la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, ce qui constitue le pneumothorax, et consécutivement une pleurésie purulente. Comment se fait-il que la présence de l'air dans la plèvre produise constamment et rapidement une pleurésie (toujours purulente), alors que l'air infiltré dans le tissu cellulaire n'a jamais, que je sache, produit l'inflammation de ce tissu? Cela ne tiendrait-il pas à ce qu'il s'épanche dans la plèvre, en même temps que l'air, une plus ou moins grande quantité de mucus purulent, de pus ou de matière tuberculeuse?

2° Dans le cas, bien plus fréquent, d'adhérence de la caverne pulmonaire à la paroi costale (et l'adhérence est la règle, la non-adhérence l'exception), si le travail morbide continue, il détruit successivement: 1° la portion de tissu pulmonaire qui sépare la caverne de la plèvre pulmonaire; 2° la plèvre pulmonaire; 3° la fausse membrane organisée, plus ou moins épaisse, qui sépare la plèvre pulmonaire de la plèvre costale; 4° la plèvre costale, puis les muscles intercostaux qui sont usés couche par couche; 5° le périoste des côtes et le périchondre des cartilages; 6° les côtes elles-mêmes et les cartilages: et si des adhérences ne s'établissent pas préalablement entre les muscles intercostaux et les couches musculaires et celluleuses qui les séparent de la peau, la perforation se produit, l'air s'épanche dans le tissu cellulaire extérieur du thorax, un *pneumothorax externe* a lieu sous la forme d'emphysème par infiltration ou d'emphysème par collection, suivant le diamètre de la perforation, et delà s'infiltre dans toutes les parties du corps.

3° Que, dans d'autres cas, la perforation complète des muscles intercostaux ne s'opérant que d'une manière lente et progressive, des adhérences s'étant préalablement établies entre la face externe de ces muscles et les couches celluleuses et musculaires adjacentes, ces couches, devenues partie intégrante de la caverne, constituent une poche molle et flasque, qui présente des alternatives d'augmentation et de diminution, qui se distend fortement dans les efforts de toux; poche molle et flasque que l'on prend ordinairement pour un empyème de nécessité, mais qui en diffère essentiellement, car elle contient de l'air en même temps que du pus, présente une rénitence gazeuse, communique bien évidemment avec les voies aériennes et se réduit par une pression extérieure qui fait refluer dans la caverne intérieure et les gaz et les matières purulentes accumulées dans la tumeur externe.

Il n'y a qu'un pas de l'existence de cette poche à la fistule pulmonaire cutanée, ou broncho-cutanée cervicale dont j'ai fait représenter un exemple, XXXII^e livraison, pl. 5. Dans ce cas, la fistule pulmonaire avait son point d'origine à une caverne du sommet du poumon. Un trajet fistuleux très large, dirigé de bas en haut, conduisait directement de cette caverne sur la partie latérale gauche du larynx, où il se terminait par un orifice assez considérable; plusieurs bronches coupées à pic s'ouvraient dans la caverne pulmonaire; le trajet fistuleux était antérieur aux vaisseaux et aux nerfs de la région latérale du cou.

P. S. Comme exemple remarquable des conséquences des cavernes superficielles du poumon, je crois devoir ajouter à ce petit travail le fait suivant, que je viens d'observer dans mon service, et qui a pour objet une *caverne tuberculeuse superficielle du bord postérieur du poumon, laquelle s'était ouverte dans le canal rachidien* et avait déterminé une paraplégie

Obs. — Femme Bossu, cinquante-sept ans, est apportée à l'hôpital de la Charité, le 15 février 1856, dans un état d'émaciation extrême, avec *paralysie complète du sentiment et du mouvement volontaire des membres inférieurs.*

Une ligne horizontale, passant par le sommet de l'appendice xiphoïde établissait les limites de la paraplégie du sentiment. Je diagnostiquai une paralysie par compression de la moelle, à la rigidité ou contracture des membres inférieurs, aux rétractions spontanées de ces membres, aux contractions déterminées par un pincement très fort de la peau et par le chatouillement de la plante des pieds, contractions et impressions dont la malade n'avait aucune perception.

Comme commémoratifs, nous apprenons que la maladie avait débuté, deux ans auparavant, par un sentiment d'engourdissement et de fourmillement des membres inférieurs, avec crampes ou soubresauts; que la paralysie du sentiment et du mouvement était allée toujours croissant, et que depuis trois mois la malade ne pouvait plus quitter son lit.

Je cherchai la cause de la compression présumée de la moelle dans une maladie de la colonne vertébrale; mais l'exploration la plus attentive ne m'epermit de découvrir ni déviation, ni gibbosité, ni points douloureux.

Cette malade, qui toussait depuis quelque temps, est prise d'une toux beaucoup plus fréquente, avec fièvre aiguë, expectoration impossible, vu la paralysie des muscles des parois abdominales, et meurt sans agonie, le 8 mars, cinq ou six jours après l'invasion de la fièvre.

Ouverture du cadavre. — La cavité du rachis, ouverte avec beaucoup de soin par M. Peter, mon interne, nous a montré qu'il existait, au niveau de la quatrième côte gauche, autour de la dure-mère, à laquelle il adhérait assez intimement, un demi-cylindre de tissu accidentel, rouge, très dense, infiltré de matière tuberculeuse concrète, qui me paraît n'être autre chose qu'une végétation fongueuse, indurée. Une matière tuberculeuse, pulpeuse, semblable à du mastic de vitrier ramolli, se voyait autour de ce demi-cylindre, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. L'apophyse transverse gauche de cette vertèbre était en grande partie détruite, ainsi que les apophyses articulaires correspondantes; la lame vertébrale du même côté était érodée; la tête de la quatrième côte gauche était détruite, son col érodé. Cette côte était flottante; les muscles intercostaux, du troisième et du quatrième espace intercostal, étaient détruits à ce niveau, de telle manière que le doigt pénétrait largement dans un foyer rempli de matière tuberculeuse. Le corps de la quatrième vertèbre dorsale, parfaitement intact, avait augmenté de densité, ainsi que le corps de la cinquième.

Le poumon adhérait fortement aux parois de la poitrine, au niveau de ce foyer. Les adhérences détruites, nous avons vu que ce poumon était creusé d'une caverne tuberculeuse qui communiquait largement avec le foyer tuberculeux de la colonne vertébrale, ou plutôt, que le foyer tuberculeux pulmonaire et le foyer tuberculeux rachidien ne constituaient qu'un seul et même foyer.

Interprétation de cette lésion. — On pouvait admettre deux interprétations. La première, c'est que le point de départ était à la colonne vertébrale, et que le foyer pulmonaire n'en était que la conséquence. C'était donc, d'après cette manière de voir, un foyer tuberculeux rachidien, ouvert en quelque sorte dans le poumon. Ma pensée, au contraire, fut que le point de départ de la carie vertébrale était dans une caverne pulmonaire superficielle dont le travail ulcéreux avait détruit successivement plèvre costale, plèvre pulmonaire, muscles intercostaux, tête de la quatrième côte, apophyse transverse et apophyses articulaires correspondantes, dont la matière tuberculeuse avait pénétré dans le canal ra-

chidien par un trou de conjugaison considérablement agrandi, et comprimé la moelle. Le cylindre fongueux indiqué était une conséquence de l'irritation produite à la surface externe de la dure-mère et dans le tissu cellulaire ambiant par la présence de la matière tuberculeuse.

Les faits de ce genre ne sont pas sans exemple; j'en ai rencontré plusieurs dont l'interprétation me paraissait bien difficile. C'est l'étude des cavernes pulmonaires superficielles de la région intérieure de la poitrine qui a été pour moi comme un trait de lumière pour l'interprétation de ces *caries latérales de la colonne vertébrale et des côtes communiquant avec une caverne pulmonaire.*

Dans le cas actuel, il n'y avait dans le poumon que cette caverne pulmonaire, et ailleurs de petites granulations noires, d'une densité cartilagineuse, que j'ai coutume d'appeler *tubercules de guérison.* Ce foyer tuberculeux ne communiquait nullement avec les bronches; aussi était-il rempli par une bouillie caséeuse, stéatomateuse. Il était parfaitement enkysté. Supposons que cette caverne pulmonaire eût été en libre communication avec vec les bronches, un emphysème aurait été la suite inévitable de sa rupture, et cet emphysème aurait débuté par le canal rachidien et par la partie postérieure latérale du rachis. La cause de la mort de cette malade avait été une pneumonie avec hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche.

III.

REVUE CLINIQUE.

DU BAIN CHAUD, LOCAL ET PERMANENT, POUR LE PANSEMENT DES PLAIES.

Le procédé de M. Langenbeck, dont nous avons signalé toute l'importance dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 7 décembre 1855, vient d'être essayé dans plusieurs hôpitaux de Paris : à l'hôpital Cochin, par M. Gosselin; à l'Hôtel-Dieu, par M. Laugier. Au Val-de-Grâce, le bienveillant intérêt avec lequel M. Larrey a accueilli les renseignements et les explications que nous avons pu lui fournir, nous fait espérer de prochains essais de cette méthode et la réalisation du vœu que nous émettions, il y a trois mois, de la voir se propager surtout dans la chirurgie militaire.

Il ne faut pourtant pas se dissimuler qu'au début, ce mode de pansement peut rencontrer d'assez graves difficultés dans les détails d'application. Plus d'un résultat pourra sembler contradictoire, faute de l'application exacte du principe, et nous devons craindre que notre précédent article à ce sujet n'ait pas contenu des développements suffisants pour éviter tout tâtonnement, pour écarter tout malentendu.

Nous allons donc essayer de compléter les éclaircissements qui peuvent être jugés nécessaires, et nous prions le public médical français de vouloir bien excuser notre insistance, qui n'est fondée sur aucun motif personnel, ni uniquement sur notre déférence respectueuse pour l'illustre professeur de Berlin qui a introduit et propagé cette méthode, mais qui nous est plutôt dictée par la conviction que nous ont inspirée de nombreuses observations relevées à Berlin pendant le dernier semestre, et parfaitement concluantes. D'ailleurs, on n'oubliera pas qu'il s'agit d'un procédé peu répandu en France, il est vrai, mais que M. Langenbeck applique avec un *succès constant* depuis six à huit ans dans sa pratique particulière, et depuis plus de deux ans dans son hôpital.

Appareils. — Ceux que l'on emploie journellement à la clinique de Berlin (et que j'ai représentés dans mon précédent article) ont été inventés par M. le docteur Fock, interne de M. Langenbeck. Une partie de ces appareils, applicables aux traumatismes de la main, de l'avant-bras, du cou-de-pied et de la jambe, présentent ces notables avantages de faciliter l'inspection et le nettoyage de la plaie, l'immobilité du membre fixé par des bandes de toile, enfin l'absence de frottements. On peut leur reprocher leur poids un peu lourd, leur volume encombrant et leur prix assez élevé (40 à 45 fr.). Ceux destinés au genou, aux moignons de la cuisse et du bras, se trouvent inapplicables dans certains cas : ainsi, la manchette conique de caoutchouc grossier, et comprimant la peau sur une faible étendue, produisait soit une constriction trop forte, et, comme conséquence, des excoriations, des eschares, l'œdème du moignon, ou bien ne serrait pas assez, laissait échapper l'eau et mouillait le lit et le linge du malade.

M. Mathieu a cherché à obvier à ces derniers et principaux inconvénients, en établissant des manchettes cylindriques de caoutchouc souple et fin, qui compriment le membre également sur une assez grande surface. Et pour répondre aux objections relatives au prix, au poids et au volume, il a d'abord imaginé un appareil qui consiste en un sac de caoutchouc à quatre ouvertures de diamètres variés (fig. 1) répondant à diverses grosseurs de la cuisse et de la jambe, et pouvant ainsi servir également pour toutes les amputations et résections du membre inférieur. Un autre modèle s'adapte de la même manière au membre supérieur. Le moignon étant introduit dans l'ouverture convenable, un tube de caoutchouc à robinet, correspondant à un seau placé au-dessus du lit, est fixé dans une des ouvertures latérales et amène l'eau dans l'appareil. Un autre tube, fixé dans l'ouverture opposée et muni pareillement d'un robinet, donne sortie à l'eau, qui est reçue dans un vase placé sous le lit. La quatrième ouverture est fermée par une ligature, et peut servir à l'inspection de la plaie, s'il s'agit d'une amputation, ou bien elle embrasse la jambe ou l'avant-bras, si le bain est appliqué après une résection. Dans ce dernier cas, c'est une des ouvertures latérales que l'on ouvre pour inspecter l'articulation.

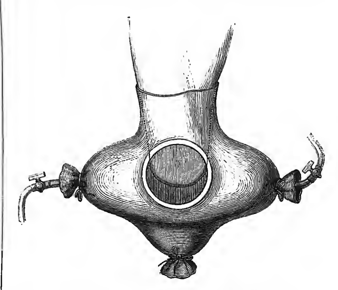


Fig. 1. — Appareil d'*ambulance* pour le bain chaud local et permanent.

Cet appareil ingénieux, véritable *appareil d'ambulance,* offre divers avantages : il peut être employé pour

des membres de diverses grosseurs ; il est portatif au point de pouvoir être mis dans la poche, et enfin peu coûteux (12 à 15 francs) ; mais il n'est pas à l'abri de tout reproche : ainsi, le membre n'est pas maintenu immobile ; la température extérieure agit rapidement sur celle de l'eau, contenue dans un sac fort mince ; le caoutchouc est sujet à déchirures ; en outre, il n'est pas possible, sans déranger le malade, d'examiner la plaie aussi fréquemment que cela peut être nécessaire ou utile. A la vérité, M. Mathieu a cherché à y pourvoir au moyen d'un verre circulaire hermétiquement adapté à la partie supérieure du sac. Cette espèce de lunette peut permettre de reconnaître une hémorrhagie, ce qui est fort important ; mais il est toujours à craindre que la surface du verre ne soit plus ou moins obscurcie ; d'ailleurs, la main ne saurait atteindre la plaie qu'en dénouant la ligature de la quatrième ouverture, et en vidant au moins en partie l'appareil.

Les avantages de cette invention ne seront donc pas sans compensation, et ils ne seront probablement jugés prépondérants que dans le service des ambulances et pour une application momentanée. C'est pourquoi ce même fabricant a trouvé bon de revenir aux caisses de M. le docteur Fock, comme devant être préférées dans les hôpitaux, surtout pour les applications (les plaies du genou exceptées) où la manchette n'est pas absolument indispensable. Seulement, il a remplacé le zinc par la gutta-percha (fig. 2) ; et il a produit ainsi des boîtes inaltérables, légères et d'un prix

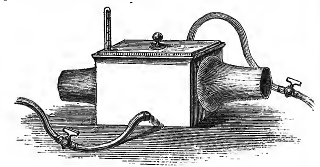


Fig. 2. — Appareil en gutta-percha pour le service des hôpitaux (genou-moignon de la cuisse).

très réduit, quoique les manchettes soient d'une qualité supérieure. Nous pensons que ce dernier perfectionnement sera le plus généralement adopté dans les hôpitaux, et servira le plus efficacement à la propagation de la nouvelle méthode de pansement.

Application. — Jusqu'à présent, on a employé à Paris l'*irrigation continue*, et non le *bain continu* de Langenbeck. Dans la pratique particulière, l'irrigation vaudrait peut-être mieux, quoiqu'il soit bien difficile, même avec les soins les plus minutieux, d'entretenir ainsi une température uniforme et un courant non interrompu. Mais, dans les hôpitaux, l'impossibilité où l'on se trouvera toujours d'exiger des infirmiers une régularité et une assiduité constantes, nous paraît devoir faire préférer et même appliquer exclusivement le bain continu ; autrement, le malade éprouvera une inquiétude sans cesse renaissante, et l'emploi de l'appareil sera bientôt abandonné, comme causant dans le service beaucoup plus d'embarras que les pansements ordinaires.

A Berlin, les plus heureux résultats ont été obtenus avec un bain renouvelé une ou deux fois par jour et trois ou quatre fois si la suppuration est par trop abondante. Chaque fois que l'on change l'eau, on a soin de bien nettoyer la caisse avec de petites éponges imbibées d'eau chlorurée. En été, où, dans les vingt-quatre heures, la chaleur de l'eau du bain s'élève naturellement de 6 à 8 degrés Réaumur, il suffit d'ajouter de l'eau froide. En hiver, au contraire, l'atmosphère de la chambre étant de 14 degrés Réaumur, il se perd 4 à 5 degrés de chaleur dans le même espace de temps. Le malade peut avoir auprès de lui une veilleuse et être à même d'élever, sans autre assistance, la température de son bain, en se guidant sur les indications d'un thermomètre qui y est adapté.

M. Langenbeck applique le bain immédiatement après l'opération, avant que le patient soit revenu de la chloroformisation. Il réunit la plaie par la suture à points passés (quand la réunion par première intention peut être espérée), ayant soin de laisser béant l'angle de la plaie, qui donne issue aux fils de ligatures. Il est très important que l'eau pénètre dans tous les points de la plaie, et, quand cette dernière suppure, on doit faire (le membre plongeant toujours dans le bain) des injections d'eau dans les culs-de-sac, de manière à éloigner le pus, qui, par sa densité, s'accumule dans les parties les plus déclives. Le moignon est ensuite recouvert de charpie, entouré d'une bande roulée, qui a pour but d'empêcher la rétraction des chairs (conicité du moignon) et l'hémorrhagie. Cette bande peut être enlevée le deuxième ou le troisième jour. La manchette est aussitôt appliquée (on a soin, les jours suivants, de varier souvent sa position, pour éviter la constance de la compression sur les mêmes parties) ; le malade est porté dans son lit ; alors on adapte la manchette à la caisse, et l'on y introduit l'eau à la température de 8 à 10 degrés Réaumur. On n'abaisse cette température que dans les cas de réaction trop forte ou d'hémorrhagie. D'ordinaire, ces phénomènes ne se produisent pas, et le bain peut être porté graduellement à 25 et 30 degrés centigrades, température qui convient le mieux aux opérés.

On a du reste, pour les amputés, des matelas divisés en quatre ou six parties, et l'on peut toujours retrancher le carré répondant à l'endroit où repose l'appareil. Les matelas sont supportés par une planche, et les boîtes de zinc étant situées au-dessous du niveau du corps, permettent une inclinaison facile au membre baigné. Inutile de dire qu'une toile cirée préserve le reste du lit de l'humidité. Un cerceau protége l'ensemble de l'appareil, et le malade est couvert chaudement.

Marche de la guérison dans les observations dont nous avons été témoin. — La douleur est immédiatement apaisée, la fièvre de réaction est presque nulle. Le pouls tombe rapidement sous l'influence du bain chaud. Ainsi, en plusieurs cas, nous l'avons vu tomber de 10 à 24 pulsations, après quelques heures de l'emploi du bain. Le pus est entraîné par des lavages fréquents ; enfin, d'après les observations de M. Fock, la réunion par première intention réussit très bien par cette soigneuse application de la méthode. Dans un récent article (*Deutsche Klinik*), il a fait l'étude comparative des cas de désarticulation du pied (procédé Pirogoff) publiés par MM. Pirogoff, Schuh, Hoppe, Roser, Dietz et Zander, qui furent traités par les moyens ordinaires ; et, à part le cas de Hoppe, il a prouvé que cette même opération, faite plusieurs fois par MM. Langenbeck, Ulrich, Wilms et Wagner (dont les opérés furent plongés dans le bain chaud local et permanent) a donné des résultats plus satisfaisants, une guérison plus prompte. Le cas le plus curieux est celui d'un jeune enfant opéré pour une récidive de cancer, et dont la plaie fut réunie huit jours après l'opération. Le petit malade étant mort cinq

mois plus tard, à la suite d'un cancer du poumon, nous eûmes l'occasion d'examiner sa jambe. Le calcanéum et le tibia étaient totalement ossifiés avec solidité.

Si la réunion immédiate ne réussit pas, voici les principaux changements qu'on observe d'ordinaire dans la plaie plongée dans le bain chaud. C'est M. Langenbeck qui parle (*Deutsche Klinik*, n° 39):

« Les couches de sang caillé, adhérentes à la solution de continuité, perdent bientôt leur coloration rougeâtre, parce que la matière colorante du sang est entraînée par l'eau. Les caillots fibrineux restent attachés à la plaie jusqu'à ce que les granulations, commençant à se former le troisième ou le quatrième jour, les détachent tout à fait. Déjà, cinq à huit heures après l'opération, la plaie a pris un aspect blanc grisâtre, dû à une couche d'exsudation fortement fixée aux tissus, dont la proportion superficielle est décolorée et doit être expulsée. Cette couche, analogue à une fausse membrane, reste sur la plaie jusqu'au moment où les granulations la soulèvent et la détachent. Après quelques heures d'immersion, les portions environnantes de la plaie subissent certaines modifications dues à l'imbibition de l'eau. Les contours de la blessure et la plaie surtout augmentent de volume. Ce phénomène, purement physique, cesse immédiatement dès qu'on retire le membre du bain, et l'on est étonné de la rapidité avec laquelle la solution de continuité, si étendue quelques heures auparavant, peut se rétracter, diminuer d'étendue et revenir sur elle-même. Cette grande quantité d'eau absorbée par les tissus a une influence très grande sur le travail réparateur; la résorption des exsudations est favorisée, et la circulation des capillaires est moins sujette à être troublée.

» Les contours de la plaie ne présentent pas d'autre anomalie que cette augmentation de volume. Nous n'avons vu de tuméfaction inflammatoire, de rubéfaction phlegmoneuse des bords de la plaie que lorsque des clapiers purulents se sont formés ou que les ligatures ont été trop fortement serrées.

» Vers la fin du troisième ou du quatrième jour, la surface de la plaie commence à s'exfolier, et les granulations se forment.

» La couche de tissus mortifiés par le traumatisme est expulsée par lambeaux et entraînée par l'eau; toute la plaie se couvre de grosses granulations. Les excavations de la plaie sont rapidement comblées, et les extrémités osseuses sont recouvertes en peu de temps par des masses granuleuses qui partent de la moelle et qui se confondent avec les bourgeons charnus. Le développement de ces derniers est excessif; leur aspect clair, leur étendue et leur élévation dépendent probablement de l'imbibition de l'eau; car quelques heures après avoir retiré la partie du bain, on leur voit perdre leur volume et prendre des teintes plus foncées. Dès que la plaie est entièrement remplie de granulations, la cicatrisation commence à se former en partant des bords. »

Nous pensons que c'est à cette époque qu'il convient de retirer le membre du bain, quitte à l'y remettre dans les cas où la plaie prendrait un mauvais aspect, et où la cicatrisation marcherait trop lentement.

Température. Quant à la température de l'eau et à l'addition de substances médicamenteuses, hémostatiques et astringentes, nous aurons quelques remarques à faire à ce sujet.

La température de l'eau doit être froide quelques instants après l'opération (de 8 à 10 degrés Réaumur), de peur d'hémorrhagie. Mais nous pensons que la plaie se trouvera dans les meilleures conditions quand l'eau sera à la température du corps. M. Langenbeck introduit d'abord de l'eau de fontaine à la température ordinaire; mais le deuxième jour il augmente graduellement la température, qui reste, tout le temps que dure l'immersion, de 25 à 28 degrés.

Nous dirons à ce sujet que nous ne saurions accepter le reproche que nous adresse M. Valette, de Lyon, de rapporter tous les heureux résultats du bain chaud à la constance d'une température moyenne. Nous sommes loin de contester que le bain chaud agisse pareillement en ce qu'il met la plaie à l'abri du contact de l'air; nous avons même dit expressément, dans notre article du 7 décembre (page 874): « En rendant le refroidissement du membre et *le contact de l'air impossibles*, le bain chaud semble, mieux que tout autre moyen, préserver l'opéré de la pyémie. »

Mais les observations de M. Valette, publiées dans la thèse de M. Pupier (*Thèse de Paris*, 12 février 1855), nous semblent démontrer, mieux que tout autre raisonnement, toute l'importance de l'élévation de la température dans le traitement des plaies chirurgicales par l'eau. C'est ce qu'on va voir par un court résumé de ces observations.

Obs. (n° 2 de la thèse). — Un homme de vingt-neuf ans est amputé de la jambe; l'appareil à liquide est appliqué. On ajoute *de la glace*, qui amène un repos momentané; mais pendant les cinq jours suivants la fièvre se déclare et persiste; le pouls, de 72 à 75, monte à 96-100. — Langue sèche, bouche mauvaise, pas d'appétit. — Deux jours après, la plaie sécrète un pus fétide. — Mieux, suivi de bronchite. L'appareil est enlevé vingt jours après l'amputation: les lambeaux offrent à leur pourtour, dans la hauteur de 1 à 2 centimètres, une coloration noirâtre. Trois jours après, la gangrène se limite, les eschares se détachent et sont éliminées. — Quarante jours après l'opération, le moignon est encore ulcéré.

Il nous semble évident que, dans cette observation, l'addition de la glace a été suivie d'un mieux *momentané*, mais a provoqué la fièvre, la sécrétion de mauvaise nature, la bronchite, et enfin la gangrène.

Obs. (n° 3 de la thèse). — Femme de vingt et un ans, amputée de la cuisse. — Opérée le 17 octobre 1854. — Glace et eau de Pagliari. — Apyrexie remarquable. – Le 31 octobre, le moignon a l'apparence d'une partie sphacélée. — Continuation du bain de glace jusqu'au 7 novembre. A cette époque, la mortification des téguments est manifeste. — Guérison le 25 novembre.

Obs. (n° 4 de la thèse). — Jeune homme de vingt-deux ans. — Amputé le 26 août. — Glace et eau de Pagliari. — Pus de mauvaise nature; fièvre; diarrhée. — L'appareil est enlevé le 18 septembre. — Guérison le 1er octobre.

Une autre observation est remarquable, parce que M. Valette a abandonné l'usage de la glace. Mais, passant d'un excès à l'autre, il a laissé la température s'élever à 37 degrés.

Obs. (n° 6 de la thèse). — Homme de soixante ans. — Plaie gangréneuse au membre inférieur. — Amputation de la cuisse.

Le 5 novembre. — Pouls à 154. — Eau de Pagliari et glace.

6. — Mieux; pouls, 138. Pas de souffrance.

7. — Langue dépouillée; pouls, 120. Coliques le soir.

8. — Nuit pénible; pouls, 140.

9. — Suppression de la glace. Le pouls tombe à 120.

10. — Bon appétit; pouls à 110.

11. — On mêle de la créosote à l'eau. Le liquide devient lactescent par la dissolution des globules de pus, dont il partage l'odeur.

14, 15, 16, 17. — L'état général s'améliore; pouls à 100. Le moignon ne ressent un peu de douleur que lorsque la température du liquide atteint 35 à 37 degrés.

18. — Le malade s'enrhume (probablement après un abaissement brusque de température). Frissons.

19. — Le frisson n'a pas reparu. — On revient à l'eau de Pagliari.
L'appareil est enlevé le 1er décembre. — Le pus sécrété est fétide. — Quelque temps après, on constate un point gangréneux de 4 centimètres de long sur 2 de hauteur.
6 et 7. — Diarrhée.
Cicatrisation le 21 décembre.

Il est fort probable que si la température de l'eau avait été élevée peu à peu jusqu'à 25 ou 30 degrés, le frisson, la gangrène et la diarrhée n'auraient pas eu lieu. Une des observations de M. Langenbeck (et son seul insuccès) prouve néanmoins que le bain local n'arrête pas la gangrène. C'est ce qui résulte aussi de ce qu'on vient de lire.

Empruntons une dernière observation à la thèse de M. Pupier:

Obs. (n° 7 de la thèse). — Jeune homme de dix-huit ans. — Opéré le 9 juin 1854 (la première fois que M. Valette applique le procédé). — L'amputation de la cuisse est faite pour une tumeur blanche avec trajets fistuleux, d'où s'écoulait du pus de mauvaise nature. — Eau ordinaire et eau de Pagliari. — L'appareil est enlevé onze jours après l'opération — Guérison le 12 juillet. — Ainsi, pas d'accidents, et guérison en trente-trois jours; mais le pansement avait été fait avec de l'eau de 14 à 18 degrés centigrades.

En résumé, et en nous appuyant sur la pratique de M. Langenbeck, nous conclurons avec lui que l'emploi du bain froid, d'une manière continue, a de nombreux inconvénients: « L'eau froide, dit le chirurgien de Berlin (*Deutsche Klinik*, p. 4), à la température de 8 à 10 degrés Réaumur, calme la douleur en diminuant l'irritabilité des nerfs de la peau. L'eau glacée peut pousser cette action calmante jusqu'à l'anesthésie complète; elle peut empêcher l'hypérémie et la stase inflammatoire des capillaires, et déprime ainsi, lorsqu'elle est employée longtemps, les principaux facteurs de la vie organique, qui peut être entièrement anéantie. Nous avons vu des malades qui, traités pendant dix à quatorze jours par l'eau glacée pour des fractures simples, ont présenté une gangrène étendue de la peau et une absence totale de cal. » Quant à l'emploi de matières médicamenteuses, M. Langenbeck s'est servi de la teinture d'iode pour une tumeur blanche. Il n'y a eu aucune amélioration. L'emploi de l'eau de Pagliari, de la créosote, de l'alcool, semble avoir bien peu d'influence sur les hémorrhagies, que M. Langenbeck, grâce à son bandage roulé, n'a pas eu à déplorer dans sa pratique. Quant à l'altération putride de l'eau, le renouvellement fréquent nous paraît le meilleur moyen d'y remédier, et nous conseillons donc, avec M. Amussat, d'employer l'eau pure, si facile à se procurer et si héroïque dans ses effets; de l'employer à une température de 25 à 30 degrés centigrades, bien persuadé que les quelques douleurs momentanées (signalées dans les observations de M. Valette chaque fois qu'on élevait la température) seront bientôt suivies d'une sensation de bien-être. Dans toutes les observations de M. Langenbeck, le premier effet produit par le bain *chaud* était la suppression de la douleur. En tous cas, mieux vaudrait un sentiment douloureux que les graves accidents de la gangrène et de l'infection purulente.

Le seul reproche qu'on puisse adresser au procédé du chirurgien de Berlin, c'est de ne pas arrêter la gangrène, toutefois sans *la provoquer*. Mais il n'en reste pas moins applicable aux grandes plaies chirurgicales (amputations et résections), aux plaies par écrasement ou déchirement, aux ulcères de mauvaise nature. On pourrait, à l'exemple de Larrey, de Stromeyer et de Langenbeck, l'employer après les uréthrotomies, les opérations de taille, les extirpations de l'ovaire et du rectum, la fistule vésico-vaginale, sous forme de bain de siége ou de bain général prolongé; enfin, dans les affections chroniques des articulations, en employant, comme M. Mayor (de Lausanne) diverses eaux minérales. Seulement, il importe que tous ces essais soient faits d'après les règles données par M. Langenbeck. On ne peut guère juger la valeur chirurgicale du bain chaud local et permanent, si on ne l'applique qu'à *peu près* comme il l'indique.

Paul Picard.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Innocuité du phosphore amorphe.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la séance du 4 février 1856, nous avons communiqué à l'Académie des sciences une note sur l'action que le phosphore amorphe exerce sur l'économie animale. En lisant attentivement cette communication, il est facile de voir que notre intention a été de confirmer et de compléter les recherches de devanciers dont personne plus que nous ne respecte le caractère et le talent; nous n'avons pas cité leurs noms, parce que nous n'avons pas cru qu'une simple note comportât une discussion historique. MM. Chevallier père et fils ont cru voir dans notre publication un plagiat; et un article inséré dans le numéro du 22 février de votre estimable journal nous laisse supposer que des personnes désintéressées dans le débat sont disposées à leur donner raison. Il ne nous est plus possible de garder le silence.

Pour bien établir que nous n'avons pas eu la prétention de passer pour nous être les premiers occupés de la question, il nous suffira de copier la dernière phrase de notre note. La voici: « Il est même permis de dire que le premier de ces corps (le phosphore amorphe) n'est pas vénéneux. Cette assertion, déjà avancée par d'autres observateurs sans preuves suffisantes, n'a été incontestablement établie pour nous que par l'ensemble des expériences que nous venons de rapporter. » C'est, il nous semble, dire clairement que le sujet avait été étudié, lorsque nous nous en sommes occupés.

Si ce n'était abuser de votre hospitalité et déplacer la discussion, nous essayerions, monsieur le rédacteur, de démontrer que notre proposition est vraie. Jusqu'à présent, la forme seule a été attaquée: nous nous bornons à justifier la forme.

Cette explication suffit, sans doute, pour écarter de nous tout soupçon de plagiat; mais elle ne nous sauvera peut-être pas, aux yeux de tous, du tort de n'avoir pas ajouté à notre note un court historique. Eh bien! si nous avions fait cet historique, peut-être n'aurions-nous pas été encore à l'abri des réclamations de MM. Chevallier, à qui nous n'aurions pas dû attribuer un droit de priorité. En effet, dès 1850, M. Bussy avait fait une expérience indiquant que le phosphore amorphe est moins toxique que le phosphore ordinaire; en 1851, M. de Vry a observé des faits ayant la même signification, et, en 1855 (1) seulement, M. Chevallier père *a prié* MM. Lassaigne et Raynal d'étudier expérimentalement l'action que les phosphores rouge et ordinaire et quelques-unes de leurs préparations exercent sur l'économie animale.

D'un autre côté, en 1855 aussi, MM. Chevallier ont proposé de substituer le phosphore amorphe au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques; mais cette idée avait déjà été émise en 1850 par M. Schrœtter (voy. *Journal de pharmacie*, t. XIX, p. 320), et en 1851 par M. de Vry (voy. *Pharmaceutical Journal*, avril 1851).

Pour nous résumer, nous dirons que notre désir a été d'appeler l'attention par une démonstration péremptoire, et, passez-nous l'expression, grossie à la loupe, sur un fait qui intéresse au plus haut degré la science et la Société. D'un autre côté, MM. Chevallier n'ont servi la cause du phosphore amorphe qu'en donnant plus de retentissement à des recherches et à des idées déjà connues. De cette façon même, ils nous ont aidés dans nos projets, et à ce titre nous leur devons des remercîments. Qu'ils veuillent bien les accepter!

Excusez-nous, monsieur le rédacteur, de vous avoir si longuement entenu d'une affaire presque personnelle: nous avons voulu dire, dès aujour-

(1) Il y a ici erreur de date, car les expériences de MM. Raynal et Lassaigne datent au moins de 1854. (Voir à cet effet le rapport fait par M. Chevallier père à l'Académie de médecine le 12 septembre 1854.) (*Note de M. Chevallier fils.*)

d'hui, toute notre pensée, pour en finir au plus vite avec une discussion stérile pour la science et dénuée d'intérêt.

Agréez, etc. ORFILA, A. RIGOUT.

Paris, 10 mars 1856.

— MM. Orfila et Rigout croient avoir les premiers *démontré* l'innocuité du phosphore amorphe, en accordant que d'autres avaient *affirmé* le fait avant eux. MM. Chevallier sont convaincus que la question avait été tranchée par leurs expériences et celles de MM. Lassaigne et Raynal, sans contester non plus qu'ils aient été devancés dans cette voie par MM. Bussy, Schrœter et de Vry, formellement cités dans le rapport de M. Chevallier père à l'Académie (12 sept. 1854). On voit donc qu'il s'agit ici d'une question d'appréciation dont le jugement doit être laissé au public.

A. D.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Influence de la vaccine sur la population.

Mon honoré confrère,

Élève de M. Carnot, je viens répondre au défi de M. Bertillon.

La note de M. Carnot occupe deux colonnes. Le *factum* qui suit tient cinq fois plus de place dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Je me bornerai, en conséquence, à en extraire quelques morceaux *choisis.*

En premier lieu, M. Bertillon ne comprend pas, ou se plaît à ne pas comprendre, que lorsqu'on *veut* s'occuper *seulement* de grandeurs *relatives*, ce qui est le cas présent, on n'a pas toujours besoin de connaître les grandeurs *absolues* des objets.

Si je vois au loin, par exemple, une statue placée sur son socle, et si, mesurant les angles dont mon œil forme le sommet, je reconnais que la hauteur de la statue est *moitié* de celle du socle, je ne prends plus aucun souci de la hauteur *absolue* de ces objets, si leur hauteur *relative* suffit à mes investigations. Ainsi, lorsque M. Carnot dit que 0,013 est le danger de mort en 1813, devenu 0,022 en 1853, ce n'est que pour arriver à cette conclusion *rigoureuse* et *minima* :

« En 40 ans, de 1813 à 1853, accroissement de 69 pour 100. »

Les chiffres *de transition*, 13 et 22, peuvent être trop grands l'un et l'autre en réalité; mais leurs rapports 1 à 1,69 sont assurément trop petits! Que M. Bertillon consulte à ce sujet un *bon* professeur de mathématiques, et il sera édifié, s'il a bonne envie de l'être, ce dont je doute fort, sans être trop sceptique. Voici mes raisons; elles me semblent bien fondées.

Dans le *Journal des connaissances médicales*, que M. Bertillon connaît *bien*, puisqu'il l'a cité à plusieurs reprises, l'accroissement du danger de mort, entre 15 et 50 ans, a été calculé d'après les recensements, c'est-à-dire comme il l'a demandé lui-même dans l'*Union médicale* du 8 décembre dernier. Il en résulte une augmentation de 60 à 62 pour 100 en 40 années dans la mortalité des femmes *de cet âge*, à Paris! (Voir le n° du 30 janvier 1856.)

Cette méthode, qu'il préconisait en décembre, a-t-elle donc cessé de lui paraître bonne aujourd'hui, depuis qu'il s'est aperçu, à son grand déplaisir, qu'elle donnait un résultat *plus sinistre* que la méthode *minima*, suivie par M. Carnot? Je le pense. « Le mot *j'ai tort* nous déchire la bouche, » a dit un poëte. On comprend que M. Bertillon ne veuille pas le prononcer; mais c'est en vain qu'il se débat : il voit ce mot écrit de tous côtés, dans les yeux des lecteurs de ses diatribes. *Ses lauriers* se sont transformés en mauvaises herbes, sous la seule pression de la vérité, annoncée au public médical par une voix toujours calme et polie.

En second lieu, M. Bertillon, sans réfléchir à son objection, ne veut pas qu'on se permette de comparer 1813 et 1814 à 1853 et 1854, années de *choléra* et de *cherté*, dit-il; comme si les années qui sont mises en parallèle avec celles-ci n'avaient pas été fatales entre toutes; comme si le *choléra* n'était pas l'instrument de la volonté divine; comme si la *cherté* des subsistances n'avait pas pour effet naturel de faire périr ceux qui ne gagnent pas d'argent, c'est-à-dire les vieillards!... En vérité, ce sont là de bien puériles objections, et l'avocat de la médecine est assez mal avisé. D'ailleurs, quand tous les décès sont réduits *au même nombre* par le calcul, quand on n'a pour but que d'examiner leur répartition *par âge*, que signifie une année plus ou moins calamiteuse? Il est très vrai, sans doute, que le choléra, qui, en 1832, n'avait choisi que 355 femmes de 15 à 45 ans, sur 1,000 de 15 à 100, en a enlevé 609 en 1854?... Ce fait est avéré; mais il prouve seulement que le fléau suit la marche progressive et fatale de la *variole* et des *fièvres continues*, dont la mortalité se concentre de plus en plus sur l'âge viril. (*Journal des connaissances médicales*, 20 février 1856.)

Donnez-nous la raison de cet accouplement de maladies distinctes, si vous la connaissez mieux que nous, monsieur Bertillon; mais dites-nous quelque chose de *vrai*, pour l'amour de Dieu, bien que vous lui préfériez de beaucoup, j'ignore pourquoi, ce qu'à Paris vous nommez *hypothèse*, et que nos gens de campagne, qui ne savent pas le grec, ont baptisé d'un nom moins distingué.

Le 8 décembre 1855, le médecin de Montmorency se posait en triomphateur romain. Hélas!...

La roche Tarpéienne est près du Capitole.

Agréez, etc. E.-A. ANCELON, médecin de l'hôpital.

Dieuze, le 6 mars 1856.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Résection de la mâchoire supérieure.

Monsieur le Rédacteur,

Une résection de la mâchoire supérieure droite, que j'ai exécutée il y a deux mois sur une jeune fille de dix-sept ans, a peut-être assez d'intérêt, pour que vous vouliez la faire connaître à vos compatriotes.

Au lieu de faire *l'incision* sur le dos du nez, je n'ai fait qu'une incision perpendiculaire de 4 centimètres de longueur sur la lèvre supérieure droite à côté du nez. Étant ainsi au milieu de tous les points de rapports, il n'était pas difficile d'y arriver en détachant la chair de l'os par l'ouverture de la bouche. Sans déplacement de la paupière, ni de la peau du nez, ni de la base de son cartilage, je suis arrivé à extirper l'os, n'ayant en apparence fait qu'une opération de bec-de-lièvre. Ce qui distingue avantageusement ce résultat de l'opération, c'est la *section transversale* entre le palais dur et le palais mou; de sorte qu'après l'extirpation de l'os, tout le palais mou était conservé, avec la faculté de parler et d'avaler. La guérison a été parfaite en six semaines. L'opération a été nécessitée par une nécrose produite par l'influence du phosphore dans une fabrique d'allumettes chimiques.

Docteur KUCHLER (de Darmstadt).

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

M. *Moquin-Tandon* fait hommage à l'Académie du premier volume de son *Histoire naturelle des mollusques terrestres et fluviatiles de France.*

M. *Payen* offre en hommage la nouvelle édition de son ouvrage intitulé : *Substances alimentaires.*

PHYSIOLOGIE. — M. J. *Guérin* donne lecture d'un mémoire *sur la contractilité tendineuse*. Contrairement à la doctrine de Bichat, M. Guérin pense que les tendons ne jouent pas un rôle purement passif dans les mouvements, qu'ils sont doués d'une certaine contractilité, un peu différente de celle des muscles, moins évidente qu'elle, mais prouvée pourtant par trois ordres de faits, empruntés à l'histologie, à la physiologie et à la pathologie.

1° *Faits histologiques.* — Dans la transformation fibreuse des muscles, les portions transformées s'offrent avec tous les caractères histologiques du tendon primitif, dont elles ne sont qu'un simple prolongement. De l'identité de tissu l'auteur a conclu à l'identité de fonction.

2° *Faits pathologiques.* — Les tendons sont susceptibles de se rétracter spécialement et à l'exclusion du muscle proprement dit. Le caractère anatomique de la rétraction tendineuse, c'est la diminution de longueur du tendon par rapport au muscle, lequel, dans certains cas, conserve sa longueur normale : le contraire ayant

lieu lorsque la fibre musculaire participe primitivement à la rétraction ou en est le siége principal. Le caractère physiologique de la rétraction tendineuse, c'est d'abord de s'opérer sous l'influence d'une lésion et d'une douleur localisée au voisinage de l'insertion du tendon, comme dans certaines arthropathies; c'est ensuite, sous l'influence de cette douleur, de provoquer une attitude articulaire en rapport avec l'action des tendons raccourcis, sans participation du muscle proprement dit.

Faits physiologiques. — Chez les sujets affectés d'ankylose de la rotule, dans les efforts pour soulever le membre, on s'assure aisément qu'en même temps que les muscles extenseurs de la cuisse, le tri-fémoro-rotulien se contracte, le tendon rotulien inférieur, c'est-à-dire la portion du tendon située entre la rotule ankylosée, immobile, et le tibia mobile ou immobile, participe à la contraction du muscle ; elle se soulève, se durcit ou se raccourcit d'une quantité sensible au toucher et à l'œil.

Lorsque dans la position assise, la jambe étant fléchie sur la cuisse à angle droit, on applique les doigts sur le trajet du tendon rotulien inférieur, on sent manifestement le tendon se soulever, s'étendre et se durcir à chaque effort pour soulever la jambe maintenue invariablement au même degré de flexion. Dans cette attitude, la rotule reste immobile, appliquée fortement contre la surface correspondante du fémur, et comme encastrée dans la rainure fémorale, sollicitée qu'elle est en sens inverse par la contraction simultanée du muscle et du tendon.

De la nature de la contractilité tendineuse. — Les tendons ne se contractent pas comme les muscles, ni de la même façon, ni au même degré. Un tronçon de tendon, séparé de son aboutissant musculaire, ne paraît pas sensible à l'action de l'électricité, sous quelque forme qu'on l'emploie. L'impuissance de l'électricité à provoquer la contraction tendineuse implique, non l'absence de cette contractilité, bien attestée d'ailleurs, mais un mode de contractilité différente de la contractilité musculaire générale.

L'auteur rapporte deux expériences entreprises dans le but de démêler la part qui revient à la contractilité tendineuse dans le raccourcissement d'un muscle pendant la contraction.

Des considérations, des faits et des expériences exposés dans son mémoire, M. Guérin croit pouvoir conclure :

1° Que les tendons, considérés jusqu'ici comme des cordes inertes, jouissent de la propriété de se contracter ; 2° que cette propriété établie par l'analyse histologique, les observations pathologiques et les expériences physiologiques, consiste dans un mode d'activité spéciale, espèce d'érection et de turgescence, accompagnée de raccourcissement de l'axe tendineux ; 3° les circonstances qui mettent en jeu la contraction tendineuse permettent de la considérer comme tout à fait différente de la contraction volontaire, et de la désigner sous le nom de *contraction de résistance.*

M. *Flourens* prend occasion de cette lecture pour annoncer que des recherches sur les tendons, qu'il poursuit depuis longtemps, l'ont conduit à reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette sensibilité, et à déterminer les procédés d'excitation au moyen desquels on l'oblige à se manifester.

PATHOLOGIE. — M. *Cruveilhier* lit la deuxième partie de son mémoire sur l'*ulcère simple de l'estomac.*

Après un résumé succinct de sa précédente lecture, l'auteur, pour compléter la description de l'ulcère simple de l'estomac, se propose de déterminer :

1° Ses caractères cliniques, ou de physiologie pathologique, à l'aide desquels on pourra le reconnaître au lit du malade ; 2° ses caractères thérapeutiques, qui établiront, avec sa curabilité, les moyens propres à amener la guérison.

I. *Caractères cliniques ou de physiologie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac.* — S'il n'est pas toujours possible d'établir le diagnostic de cette lésion d'une manière positive, on peut au moins, en procédant par voie d'exclusion ou d'élimination, le plus souvent arriver à une somme de probabilités voisine de la certitude.

Rien de décidément caractéristique au début de l'ulcère simple de l'estomac, à moins que l'un des premiers symptômes de la maladie ne soit le vomissement noir. Mais arrive un moment où au malaise épigastrique se joignent les caractères suivants :

1° Crises de douleurs caractérisées par la circonscription de cette douleur à une petite région, celle de l'appendice xiphoïde (*point xiphoïdien*) ; qui s'accompagne souvent d'une douleur de même nature au rachis (*point rachidien*). Ce caractère est commun à l'ulcère simple et à certaines gastralgies idiopathiques, dont l'ulcère simple se distingue par la permanence des accidents ; 2° *Vomissement et déjection noirs*, caractère qui est commun à l'ulcère simple et au cancer. 3° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent de la *marche de la maladie* et de la *différence des effets du régime et du traitement.* Dans le cancer, le régime diététique est inutile et serait nuisible s'il était trop sévère. Dans l'ulcère simple, le régime diététique est tout, et s'il frappe juste, en quelques jours le malade est soulagé; il se sent renaître.

II. *Caractères thérapeutiques de l'ulcère simple de l'estomac.* — Que ferions-nous si nous avions à traiter à l'extérieur un pareil ulcère ? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade et de le soustraire à l'action de toutes les causes locales d'irritation. Mais si le repos de l'estomac peut et doit être absolu quant aux médicaments proprement dits, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est la diète, c'est-à-dire le régime.

Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, le seul aliment dont il puisse supporter la présence sans se révolter, le seul topique qui lui convienne, et quelquefois le lait réussit comme par enchantement.

Dès le premier jour de son emploi comme aliment exclusif, l'angoisse épigastrique diminue ; les jours suivants, elle disparaît complétement. Un sentiment de bien-être inexprimable la remplace, et les forces reviennent à vue d'œil. Mais il arrive un moment où le lait commence à être moins agréable au goût et à fatiguer l'estomac. Hâtons-nous de lui associer d'abord, pour lui substituer plus tard, un autre mode d'alimentation, pour le choix duquel les instincts de l'estomac doivent être consultés.

Quant aux médicaments proprement dits, l'auteur les regarde comme très secondaires dans ce traitement.

Les amers, les ferrugineux, sont ici formellement contre-indiqués. L'opium ne réussit que dans le cas où l'élément gastralgique s'associe à l'élément phlegmasique.

L'eau gazeuse, la glace, la médication alcaline, et surtout le phosphate de chaux préparé par la calcination des os et porphyrisé, les bains alcalins et gélatineux, les ablutions fraîches sur toute la surface du corps, et dans quelques cas des ablutions très chaudes, des bains frais par immersion, et dans quelques cas des bains de siége très chauds également par immersion, des frictions stimulantes avec massage sur toute la surface du corps, des dérivatifs ou révulsifs appliqués sur l'épigastre, tels que vésicatoires, cautères ; voilà les moyens qui ont paru exercer une influence salutaire sur la marche de la maladie.

Conclusions. — 1° L'ulcère simple de l'estomac, véritable gastrite ulcéreuse, peut être toujours soupçonné et presque toujours positivement diagnostiqué. 2° Le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est fondé sur les caractères différentiels qui le séparent, d'une part, de la gastralgie et de la gastrite non ulcéreuse, d'une autre part du cancer de l'estomac. 3° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastralgie idiopathique par la permanence des accidents avec alternatives d'exaspération et de rémission, tandis que la gastralgie est temporaire, survient brusquement, disparaît de même, ne laisse aucune trace après elle, et qu'elle est d'ailleurs soudainement calmée par l'opium. 4° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastrite non ulcéreuse, non moins que de la gastralgie, par les vomissements noirs et par les déjections noires. 5° Il est infiniment probable qu'il existe des ulcères simples de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et dans ce cas le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et la gastrite non ulcéreuse devient difficile. 6° Les vomissements noirs ne sont nullement caractéristiques du cancer de l'estomac. Ils sont com-

muns au cancer et à l'ulcère simple. 7° Il en est de même des déjections noires, qui sont tout aussi caractéristiques d'une gastrorrhagie que les vomissements noirs. 8° Les vomissements noirs et les déjections noires sont en quelque sorte plus inhérents à l'ulcère simple qu'au cancer de l'estomac, car ils appartiennent à toutes les périodes de l'ulcère simple, dont ils sont souvent le premier symptôme. On voit, au contraire, un grand nombre de cancers de l'estomac sans vomissements noirs et sans déjections noires, et, quand ils se produisent, ce n'est le plus souvent qu'à la dernière période de la maladie. 9° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent : 1° de *signes physiques :* absence de tumeur dans l'ulcère simple ; 2° de la *douleur :* il y assez souvent absence de douleur dans le cancer, jamais absence de douleur dans l'ulcère simple ; 3° du *caractère de cette douleur* : dans l'ulcère simple, sensation de plaie vive, de brûlure, de morsure au niveau du sommet de l'appendice xiphoïde (point *xiphoïdien*), retentissant à la région correspondante du rachis (point *rachidien*) ; dans le cancer, crampes ou contractions spasmodiques avec durcissement de l'estomac. 10° La véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer est dans la différence des effets du régime alimentaire, qui échoue complétement dans le cancer et produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple. 11° Le grand problème à résoudre dans le traitement de l'ulcère simple, c'est de trouver un aliment qui soit toléré sans douleur par l'estomac ; cet aliment une fois trouvé, la guérison s'effectue avec la plus grande facilité. 12° Dans l'immense majorité des cas, le régime lacté est le seul qui réponde parfaitement aux instincts de l'estomac dans le cas d'ulcère simple. Le lait semble agir à la manière d'un spécifique. Sa spécificité vient exclusivement de son innocuité. 13° Dans le traitement de l'ulcère simple, les moyens médicamenteux proprement dits, tant intérieurs qu'extérieurs, ne peuvent être considérés que comme des moyens secondaires.

(La suite au prochain numéro.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation du décret impérial par lequel est approuvée l'élection de M. *F. Boudet* dans la section de pharmacie.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : — *a*. Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Champfleuret (Puy-de-Dôme). (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Le tableau des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de la Drôme. (*Commission des épidémies.*)

3° Communications de : — *a*. M. *Deschamps* (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton (Note sur la glycérine). (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat). — *b*. M. *J.-L. Lambert-Séron*, de Chauny (Mémoire sur l'emploi de la glycérine iodée comme succédanée de l'huile de foie de morue). (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat.) — *c*. M. *Leudet*, professeur de clinique médicale à l'École de Rouen, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu (1° Considérations sur les caractères de la fièvre typhoïde, à propos d'un cas de fièvre avec accidents typhoïdes, sans lésions des éléments glandulaires de l'intestin grêle ; — 2° Mémoire sur l'inflammation et la perforation de la vésicule biliaire consécutive à la fièvre typhoïde). (*Comm.:* MM. Depaul et Grisolle.) — *d*. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments (Appareils d'ambulance à bain local et chaud, construits d'après les indications de M. Langenbeck). — *e*. M. *Charrière* fils (Appareil à bain local chaud et permanent destiné au traitement des plaies résultant de lésions ou d'opérations chirurgicales).

— M. *le président* invite M. *F. Boudet* à venir prendre place parmi ses nouveaux collègues.

— M. *le président* fait part à l'Académie du décès de M. *Émery*, et annonce qu'une députation a assisté à ses obsèques.

— M. *Robert* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Émery, membre de la section d'hygiène, professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts, médecin du Sénat.

Cette lecture est accueillie par des marques de profonde sympathie.

— M. *le président* annonce que M. *Renault*, ayant été obligé de partir en mission dans l'est de l'Allemagne, prie l'Académie de vouloir bien remettre la discussion sur le *typhus contagieux de l'espèce bovine* à l'époque de son retour, qui n'aura pas lieu, selon toute probabilité, avant un mois et demi. Sur la proposition du président, la discussion est ajournée.

INCIDENT. — M. *Bussy*, président : L'Académie se souvient qu'il n'y a pas eu lieu, cette année, de décerner le prix Capuron relatif aux accouchements. Un des candidats qui a dû garder l'anonyme, conformément aux règlements de l'Académie, écrit aujourd'hui pour demander : 1° s'il peut retirer le mémoire qu'il a présenté au concours ; 2° si ce mémoire pourra être considéré comme valable pour le concours actuel, en y ajoutant les modifications qu'il jugera convenables ; 3° enfin, s'il lui sera permis de retirer son mémoire après ce nouveau concours.

Le conseil a statué sur ces différentes questions ; mais comme il n'est pas possible d'adresser à l'auteur anonyme de cette demande une réponse directe, il nous a fallu pour cela recourir à la publicité de nos séances. Le bureau a pensé que les règlements s'opposaient à ce qu'on pût retirer un mémoire présenté, lorsque ce mémoire a été l'objet d'un jugement académique. En second lieu, le bureau n'a pas cru qu'on pût tenir compte d'un travail ancien dans un nouveau concours. Enfin, nous avons pensé qu'il ne serait pas davantage permis, d'ailleurs, de retirer ce mémoire à la suite du concours actuel.

M. *Malgaigne* approuve la décision du conseil ; seulement il est d'avis que le concurrent peut représenter, s'il le juge convenable, son premier travail, surtout après l'avoir modifié et augmenté.

M. *Bussy* répond qu'assurément cela est dans le droit du concurrent ; mais celui-ci devra présenter alors une nouvelle copie de son mémoire, l'autre devant rester dans les archives de l'Académie pour servir, au besoin, de pièce justificative à l'appui du jugement porté par la commission des prix.

— M. *le président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie aura à nommer une commission de onze membres chargée de déclarer dans quelles sections se feront les deux prochaines élections.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions pour les prix.

Lectures et Mémoires.

PHYSIQUE MÉDICALE. — M. *Robiquet*, docteur ès sciences, agrégé de l'École de pharmacie, donne lecture d'un travail sur un appareil de son invention, qu'il désigne sous le nom de *diabétomètre*.

Ce nouvel instrument est destiné à doser rigoureusement le sucre dans les urines diabétiques. Il a l'incontestable avantage de pouvoir donner les indications les plus précises en opérant avec une lumière artificielle. Le but spécial pour lequel il a été inventé a permis de simplifier considérablement sa construction, et son prix très modeste en fera, nous l'espérons, un objet de première nécessité pour le médecin jaloux de pouvoir suivre jour par jour la marche de cette maladie encore inexpliquée, qu'on nomme le diabète.

Dans le diabétomètre-Robiquet, la lumière est polarisée par un premier prisme de Nicol ; viennent ensuite un tube de 20 centimètres de longueur contenant l'urine diabétique, une plaque de quartz à double rotation destinée à donner la teinte sensible, un second prisme de Nicol servant d'analyseur, et une loupe fixant la vision.

L'analyseur peut se mouvoir dans le plan qui contient l'axe de l'appareil, et cette rotation est mesurée par un cercle divisé de telle façon que chacun de ses degrés correspond à un gramme de sucre. Le maniement de l'appareil ne demande que deux ou trois minutes ; les teintes qu'y affecte le rayon polarisé sont très faciles à saisir, et la graduation adoptée donne, sans aucun calcul, le poids du sucre cherché. (*Comm.:* MM. Ségalas et Guérard.)

Discussion sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

M. *Velpeau :* Je n'étais point à l'Académie le jour où M. Bonnafont a fait la lecture de son mémoire ; mais c'est avec un véritable sentiment de plaisir que j'ai appris par les journaux que ce chirurgien venait de faire connaître un traitement nouveau des ophthalmies, lequel n'avait donné jusqu'à présent que des succès à son auteur. Cependant, je l'avoue, je n'ai pu me défendre aussi d'un certain mouvement de surprise et même de défiance en apprenant que ce traitement pouvait convenir indifféremment à toute espèce d'ophthalmies.

J'ai cherché la raison de cet immense, de ce prodigieux pouvoir attribué à une seule méthode thérapeutique. Or, je crois que cela tient surtout à ce que M. Bonnafont et les deux orateurs qui l'ont suivi n'ont pas suffisamment spécifié, ni assez nettement précisé le genre de maladies des yeux auquel s'appliquait le mieux l'occlusion ; à ce qu'ils ont confondu toutes les variétés d'inflammations oculaires sous le terme vague d'*ophthalmies*.

Il y a deux manières de désigner les affections des yeux : l'une, que j'appellerai la doctrine *étiologique ancienne* ou *étrangère*, parce qu'elle est encore fort accréditée en Allemagne, et qui consiste à désigner les ophthalmies d'après la nature présumée de la cause qui les engendre (ophthalmies catarrhales, scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, etc.) ; l'autre, que je nommerai doctrine *anatomique nouvelle* ou *française*, à cause de son origine, et qui fait dériver la dénomination de la maladie du nom même du tissu lésé (conjonctivite, blépharite, kératite, iritis, etc.). D'ailleurs, depuis les travaux de Bichat, n'est-ce point ainsi qu'on a procédé dans tous les essais de nosographie médicale ? Qui voudrait, en effet, nier aujourd'hui que la structure, les rapports anatomiques et les caractères physiologiques d'un organe ou d'un tissu exercent la plus grande influence sur ses manifestations pathologiques ? Or dans l'œil, qui est comme le résumé, la miniature de l'organisme, et qui renferme à peu près tous les tissus de l'économie, pense-t-on que l'inflammation ne soit pas singulièrement modifiée dans ses caractères, ses symptômes, sa marche, ses dangers, sa thérapeutique, suivant qu'elle envahit le tissu cellulaire palpébral, les glandes de Méibomius, la conjonctive, la cornée, l'iris, etc. ?

Puis l'inflammation de chacun de ces tissus peut elle-même revêtir encore différentes formes qu'il est important, essentiel, de distinguer, surtout au point de vue du pronostic et du traitement : il y a plusieurs variétés de blépharites, de conjonctivites, de kératites.

Ces distinctions je ne les trouve nettement établies ni dans les faits rapportés par M. Bonnafont, ni dans les vues théoriques de MM. Larrey et Piorry.

Aussi les arguments et les témoignages apportés par ces orateurs en faveur de l'occlusion perdent-ils, à mon sens, beaucoup de leur valeur.

Mais, me dira-t-on, niez-vous qu'il existe des ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, catarrhales, etc. ? A Dieu ne plaise que je les rejette complétement. Je ne saurais les admettre comme procédant d'un virus spécial ; mais je les admets volontiers comme l'expression d'un état particulier de la constitution. Qu'on se serve de ces épithètes pour désigner uniquement la nature, l'influence de la cause ; mais je veux que le nom, que l'appellation même de la maladie soit tirée du tissu malade, je veux qu'on prenne en quelque sorte le diagnostic dans l'élément anatomique.

Il faut prendre garde pourtant de tomber dans des erreurs du genre de celles qu'a commises M Bonnafont, et qui n'ont pas peu contribué à jeter le trouble et la confusion dans mon esprit. Qu'est-ce que la *conjonctivite ulcérée* et la *kératite avec chémosis considérable*, dont parle M. Bonnafont ? Il n'existe point, que je sache, de conjonctivite avec ulcération, et le chémosis est une lésion de la conjonctive et non point de la cornée.

Puis M. Bonnafont parle aussi d'ophthalmies *avec fièvre intense*. Mais nos ophthalmiques n'ont jamais de fièvre, et nous ne sommes pas obligés de les mettre au régime et à la diète, comme le fait M. Bonnafont.

Maintenant, examinons le mode de traitement de M. Bonnafont, et voyons si les succès attribués à l'occlusion s'accordent parfaitement avec les données de la théorie et les enseignements de la pratique.

Assurément l'occlusion n'est pas une méthode nouvelle ; je l'ai beaucoup employée moi-même autrefois : aussi ai-je été surpris d'en entendre dire tant de merveilles, moi qui en avais retiré si peu de bien !

Et d'abord, théoriquement, on part, à mon avis, d'un fait très contestable : clore l'œil pour le mettre à l'abri de l'air et de la lumière, que l'on considère comme des agents d'irritation. Mais, en vérité, l'air est-il si dangereux, si redoutable qu'on veut bien le dire ! La plèvre dans le pneumo-thorax, le tissu cellulaire dans les diverses sortes d'emphysème, sont-ils donc si lésés par son contact immédiat ?

Sans doute, je m'explique les dangers du contact de l'air dans certaines plaies qui suppurent, sur les surfaces articulaires, etc. C'est que dans ces cas l'air est un élément nouveau de décomposition, un menstrue chimique susceptible de provoquer de plus profondes altérations, par la combinaison de ses éléments avec les liquides morbides.

Mais pour l'œil, je ne le tiens pas pour aussi compromettant, aussi nuisible. Il est bien vrai que dans la kératite, et surtout dans la kératite ulcéreuse, les malades redoutent tellement l'influence de la lumière et de l'air, qu'ils ferment et contractent vivement leurs paupières par une sorte de mouvement instinctif. C'est même l'observation de ce fait qui a servi de point de départ à la méthode de l'occlusion.

Mais ne sait-on pas que fort souvent le meilleur moyen d'éviter le danger n'est pas de le fuir ? Aussi je suis d'avis qu'un des plus sûrs moyens de guérir les phlegmasies oculaires et de faire cesser la photophobie, c'est de forcer les malades à vaincre cette répugnance extrême qu'ils éprouvent pour la lumière, de les faire séjourner, les yeux ouverts, dans un lieu modérément éclairé, en ayant soin de les empêcher de se frotter l'œil malade. Les patients s'accoutument assez vite à cette contrainte, puis ils ne tardent pas à s'en bien trouver, et enfin, à l'issue du traitement, ils n'ont pas à souffrir du malaise pénible, des douleurs même que causent les rayons lumineux sur un œil condamné longtemps à l'obscurité.

Enfin, si l'air et la lumière étaient si dangereux et si nuisibles pour un œil malade, la photophobie, qui est un symptôme assez rare, et presque exclusif à certaines formes, ne devrait-elle pas s'observer dans toutes les ophthalmies ?

La théorie condamne donc l'occlusion. Voyons si l'expérience lui est plus favorable. D'abord, je dois déclarer qu'à ce sujet tous les faits manquent de précision. Tous ceux qui ont employé l'occlusion, depuis les Arabes jusqu'à M. Bonnafont, ne se sont pas clairement expliqués, n'ont point établi de distinctions, et n'ont fourni que des observations obscures et confuses.

La nature elle-même nous fournit des faits qui parlent peu n faveur de l'occlusion.

Les enfants atteints d'ophthalmie, les adultes atteints de kératite ulcéreuse ferment obstinément leurs paupières. Ces maladies en guérissent-elles plus vite ? Dans l'ophthalmie blennorrhagique et dans les autres ophthalmies virulentes, les paupières, énormément gonflées, demeurent hermétiquement fermées : cela empêche-t-il l'œil d'être fondu au bout de quelques jours ?

L'occlusion que l'on emploie après l'opération de la cataracte prévient-elle toujours l'inflammation violente de la conjonctive et la fonte de la cornée ?

Je le répète, j'ai aussi essayé l'occlusion, je l'ai pratiquée de différentes manières ; j'ai même couvert l'œil malade de cataplasmes faits avec différentes matières (farine de lin, mie de pain, lait, jaune d'œuf) ; jamais je n'ai eu à me louer de mes tentatives.

La différence dans les résultats tiendrait-elle à la différence dans les procédés ? L'appareil de M. Bonnafont serait-il plus avantageux que les autres ? Mais en quoi diffère-t-il de ses aînés ? En quoi diffère-t-il surtout de celui que M. Roux employait après l'opération de la cataracte ? En est-il un qui puisse clore plus hermétiquement

les yeux? La plaque de sparadrap est la seule chose qui établisse quelque différence entre l'appareil de M. Bonnafont et celui de M. Roux. Je ne pense pas que M. Bonnafont attribue au diachylum une vertu spéciale.

Mais voyons si les faits rapportés par M. Bonnafont proclament aussi bien qu'il le croit les merveilles de l'occlusion.

M. Bonnafont rapporte 18 observations. Ces malades, au total, lui donnent 317 journées d'hôpital, ce qui fait une moyenne de 17 jours pour chaque malade (il est vrai qu'en vertu de je ne sais quel calcul M. Bonnafont ne compte que treize jours). Voilà pour les malades traités par l'occlusion.

19 malades affectés de conjonctivites, et traités dans mon service par une tout autre méthode séjournent au total 248 jours à l'hôpital; 22 autres, atteints de kératites, y séjournent ensemble 291 jours : cela donne, pour les premiers, une moyenne de 12 jours et demi, pour les seconds une moyenne de 13 jours l'un dans l'autre.

Comparons les moyennes de M. Bonnafont et les nôtres, et voyons en quoi le traitement des ophthalmies par l'occlusion l'emporte sur les méthodes de traitement ordinaires.

N'est-il pas clair que ces dernières procurent des guérisons plus promptes que l'occlusion ? Donc l'occlusion n'est pas le traitement le plus avantageux; donc il ne doit pas être préféré aux autres moyens thérapeutiques.

Ce n'est pas que je repousse entièrement, que je proscrive sans miséricorde l'occlusion. Je la crois utile quelquefois, et dans de certaines limites. Je crois qu'elle peut rendre des services dans les conjonctivites non purulentes, dans les abcès de l'œil, dans les lésions traumatiques de cet organe et après l'opération de la cataracte, mais contrairement à ce qui a été dit dernièrement, j'ai toujours pensé que le pansement dit par occlusion agissait plutôt en *comprimant* doucement les tissus qu'en les soustrayant à la double influence de la lumière et de l'air. J'ai été conduit aussi par l'observation à l'emploi de l'occlusion comme moyen compressif; c'est que j'ai remarqué, en effet, que, dans la conjonctivite, l'inflammation disparaît d'abord sur les points les plus comprimés par les paupières, dans l'ordre suivant : 1° la moitié supérieure de l'œil; 2° la moitié inférieure; 3° les angles. De là j'ai conclu qu'une compression artificielle, méthodique, modérée, pouvait être d'une grande utilité dans le traitement des conjonctivites, surtout avec chémosis. C'est à la compression que j'ai attribué le soulagement et l'amélioration rapide que procure, dans ce cas, l'application d'un monocle ou d'un binocle.

Mais toujours pour moi l'occlusion des yeux n'a été qu'un moyen secondaire, accessoire. Jamais je ne l'ai employé seul, jamais il ne m'a fait négliger les autres moyens, émissions sanguines, purgatifs, altérants, révulsifs, topiques, etc., suivant les indications.

Pour les kératites, ulcéreuses surtout, j'ai souvent eu recours au vésicatoire appliqué sur la peau des paupières : ce moyen m'a donné des succès qui étaient peut-être dus en partie aussi à la compression légère et à l'occlusion produites par l'appareil du pansement.

En résumé, le traitement des ophthalmies par l'occlusion ne repose jusqu'à présent que sur des données vagues, sur des faits mal précisés, sur des observations imparfaites.

Les enseignements fournis par l'expérience n'engagent pas trop à suivre cette méthode, qui ne guérit pas plus vite que les autres, qui a l'inconvénient d'être ennuyeuse et gênante pour les malades et qui offre des dangers réels dans le traitement des ophthalmies purulentes. C'est une espèce de traitement à la colin-maillard, à propos duquel M. Malgaigne, prenant à la fois en pitié le médecin et le malade, pourrait bien s'écrier : « Pauvres aveugles ! »

J'invite donc M. Bonnafont et les autres praticiens à faire sur ce sujet de nouvelles et de plus profondes études.

NOMINATIONS. — M. *le président* proclame, dans l'ordre suivant, le résultat du scrutin qui vient d'avoir lieu pour la nomination des commissions pour les prix.

I. PRIX DE L'ACADÉMIE (*Microscope*) : MM. Velpeau, Robert, Barth, Poiseuille et Delafond.

II. PRIX PORTAL (*Kystes*) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Blache, Laugier et Bouley.

III. PRIX CIVRIEUX (*Névralgie, névrite*) : MM. Bouillaud, Huguier, Mêlier, Gibert, Hervez de Chégoin.

IV. PRIX CAPURON (*Saignée dans la grossesse*) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul et Cazeaux.

V. PRIX D'ARGENTEUIL (*Rétrécissements de l'urèthre*) : MM. Bégin, Robert, Gimelle, Roche, Ségalas, Malgaigne et Laugier.

La séance est levée à cinq heures.

VI.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 8 mars 1856, ont été promus et nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier*, M. Brisset, médecin-major de 1re classe; et, *au grade de chevalier*, MM. Perrin et Wallois, aides-majors de 1re classe.

— Le 28 février ont eu lieu les funérailles de M. Sagne, médecin aide-major à l'hôpital de Dolma-Baqtché; le lendemain celles de M. Volage, médecin principal de l'hôpital de Rami-Tchifflik, et de M. Girard, médecin-major. M. Baudens, inspecteur du service de santé, M. Artigue, médecin chef à l'hôpital de Malasq, M. Cuvillon, médecin-major à l'hôpital de Rami-Tchifflik, au nom de leurs camarades, se sont faits, sur la tombe, les interprètes de la douleur générale.

— M. Calderini, le savant rédacteur des *Annales universelles de médecine*, est mort le 11 février, à la suite d'une longue maladie, âgé de 48 ans.

— SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 francs sur la question suivante : *Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière.* Elle a décerné : 1° Une médaille de la valeur de 100 francs et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Joseph BASTIEN, médecin au Vigan (Gard); 2° une mention honorable, et le titre de membre correspondant, à M. le docteur ROULLAND, médecin à Caen (Calvados). — La Société rappelle la question suivante pour 1856 : *Déterminer, par des expériences faites sur les animaux, et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques, considérés comme hémoplastiques, dans les maladies dites chirurgicales.* Prix de 300 francs. — Elle propose enfin, pour sujet d'un prix de 300 francs, qu'elle décernera en 1857, la question suivante : *Étudier les circonstances diverses qui favorisent l'infection purulente à la suite des plaies et des opérations chirurgicales; — rechercher les moyens d'en prévenir le développement; en indiquer le traitement.*

Pour mémoires manuscrits reçus dans l'année, la Société a décerné : 1° une médaille d'argent grand module à M. le docteur THORE fils, médecin à Sceaux-Penthièvre (Seine), déjà membre correspondant; 2° une mention honorable à M. le docteur J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Tarif de l'affranchissement de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger.*

Autriche, Bade, Bavière	24 fr.
Angleterre, Malte; Belgique; Grèce; Pays-Bas; Egypte, Syrie, Turquie	27
Colonies, États-Unis du Nord (voie anglaise); Toscane	29
Duchés italiens; Suisse	25
Espagne, Portugal; Prusse, Pologne, Russie; Saxe; Suède	28
États romains	34
Sardaigne	26
Sicile	30

On peut s'abonner par l'entremise de tous les libraires de l'Étranger, ou en adressant directement un mandat sur Paris à LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 21 MARS 1856. N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Nous apprenons avec douleur la mort de M. le professeur GERDY. Cette perte sera vivement sentie par tous ceux qui savent apprécier l'étendue du savoir, l'activité d'esprit, l'ingéniosité, l'amour du devoir, et, par dessus tout, la fermeté et la droiture du caractère.

Les obsèques de cet honorable professeur auront lieu aujourd'hui vendredi à midi. On se réunira à la maison mortuaire, rue Jacob, n° 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 13 au 18 mars 1856.

65. COUTTIN, Lucien-Louis-Émile, né à Rethel (Ardennes). [*De l'hypertrophie du cœur.*]

66. BOUDET, Marie-Claude-Gabriel, né à Limoges (Haute-Vienne.) [*De la valeur de l'anasarque dans les maladies aiguës de l'enfance.*]

67. GUILLAUD, Julien-Victor-Alexandre, né à Bourgoin (Isère). [*Des périodes et du rôle du pouls dans l'aliénation mentale.*]

68. GAILLARD-BOURNAZEL, Jean, né à Tulle (Corrèze). [*De la glycosurie et du diabète sueré.*]

69. DIAZ ALBERTINI, Antoine, né à la Havane (île de Cuba). [*De la paracentèse de l'œil, dans les cas d'ulcères perforants de la cornée.*]

70. HENRY, Alfred-Alexandre, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Considérations sur l'anévrysme artérioso-veineux.*]

71. ROSSIGNOL, Stanislas-Antoine, né à Orléans (Loiret). [*Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare.*]

72. ARGAING, Bertrand-André, né à Saint-Ybars (Ariége). [*De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant l'acte de la parturition et après l'accouchement.*]

73. RIBADIEU, Jules, né à Baseours (Gers). [*Des fractures transversales de la rotule.*]

74. MORICAND, Jean-Alexandre, né à Genève (Suisse). [*De quelques causes de l'amaurose.*]

75. ASTIER, Henri, né à Paris. [*Étude sur l'atrophie musculaire.*]

76. BRIBAND, François-Eugène, né à Courtivron (Côte-d'Or). [*Des abcès sous-pectoraux.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Condoléances d'un praticien de Paris.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

A une époque où vous trôniez comme un petit empereur à la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, deux êtres demeurés inconnus, le premier se disant de la province, le second de Paris, M. X. et M. Z., échangèrent dans ce journal des considérations très intéressantes touchant l'influence exercée sur la profession médicale par la révolution de février. C'est moi qui faisais le Parisien. Aujourd'hui je ne crois pas devoir priver mes confrères de nouvelles remarques qui ne le cèdent en rien à celles de 1848, dont elles sont d'ailleurs une suite naturelle, et qui m'ont été suggérées par le haut prix des loyers et la cherté des subsistances Si j'avais pu mettre la main sur mon M. X., je n'aurais pas manqué de lui adresser la présente missive ; mais, à son défaut, je me décide à vous passer cet avantage.

Vous vous rappelez le piteux état où le désarroi des fortunes et la panique universelle avaient réduit, il y a huit ans, la bourse du praticien de Paris. Je me flatte d'en avoir fait un tableau touchant. Cette misère s'était d'abord adoucie. Le ciel, dans sa bonté, ayant mis très bas les affaires des propriétaires, on trouvait souvent à se rattraper sur le bas prix des loyers. Les plus malins d'entre nous, en présentant l'avenir comme affreusement noir, avaient réussi à passer des baux à des conditions avantageuses ; et comme insensiblement l'argent avait reparu, leur situation financière était fort acceptable. Mais voyez la chance, et comme Fénelon a bien raison de dire que rien ne menace tant d'un malheur qu'une grande prospérité ; le commerce est redevenu actif, l'esprit d'entreprise ne manque pas d'audace, la Bourse est étourdissante, l'or circule à flots ; oui, mais les susdits baux sont expirés, les loyers sont à un prix fou ; le pain, le vin, la viande, l'huile, la chandelle même qui éclaire cette page (jugez si mon style peut sentir la lampe), tous

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 7 janvier au 3 mars 1856.

1. Rolland, Léon, de Valence (Drôme). [*Du cancer en général.*]
2. Rivalz, Adolphe, de Tunis (Afrique). [*Diagnostic et traitement du tétanos traumatique.*]
3. Dupré, Théodard, de Davejan (Aude). [*Du tétanos traumatique.*]
4. Coste, Charles-Étienne, de Saint-Félix de Lodès (Hérault). [*Du forceps dans les rétrécissements du détroit supérieur.*]
5. Garnier, Francisque, de Chazay-d'Azergues (Rhône). [*De quelques lois de physiologie pathologique.*]
6. Beaujean, Jean-Baptiste-Jules, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*Quelques observations médicales sur une campagne dans la Baltique.*]
7. Eschauzier, Édouard-Auguste, de Lille (Nord). [*Quelques considérations sur le bec-de-lièvre congénital.*]
8. Vernet, Jean-Henri, de Saint-André de Sangonis (Hérault). [*De l'avortement, considéré surtout au point de vue étiologique.*]
9. Montagné, Pierre-Auguste, de Villegailhenc (Aude). [*De la fièvre dans la phthisie pulmonaire.*]
10. Duprada, de Barsac (Gironde). [*Considérations sur les maladies qui ont régné à bord de la frégate* la Virginie, *dans la campagne de la Baltique, et, en particulier, sur le scorbut et la fièvre typhoïde.*]
11. Guibourt, Alexandre, de Viélaines (Aube). [*Quelques considérations sur le scorbut observé sous différentes latitudes.*]
12. Bertrin, Pierre, de Saint-Bazeille (Lot-et-Garonne). [*Quelques considérations sur le scorbut observé sur la flotte de la mer Noire pendant l'épidémie de 1855.*]
13. Lamire, Pierre, de Grisoltes (Tarn-et-Garonne). [*Des causes, du diagnostic et du traitement de la fièvre typhoïde.*]
14. Quarante, Lucien (de Metz (Moselle). [*Essai sur la chlorose ou les pâles couleurs.*]
15. Durand, Prosper, de Saint-Jean de Fos (Hérault). [*Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse, le travail et la délivrance, considérées surtout dans leur mécanisme et leur traitement.*]
16. Vignal, Jules, de Cette (Hérault). [*Étude sur la lithontripsie.*]
17. Benezet de Generargues, d'Anduze (Gard). [*Hippocrate, sa doctrine et ses successeurs.*]
18. Collongues, Victor-Léon, de l'Isle-en-Jourdain (Gers). [*Enseignement clinique sur l'existence de la fièvre variolique sans variole.*]
19. Manoha, Zacharie-Auguste, d'Éclassan (Ardèche). [*Du scorbut au point de vue symptomatologique.*]
20. Beaunis, Henri-Étienne, d'Amboise (Indre-et-Loire). [*De l'habitude en général.*]
21. Mareschal, Adrien, de Lons-le-Saulnier (Jura). [*De l'alkékenge* (Physalis alkekengi) *et de son emploi en médecine comme antipériodique et succédané du quinquina.*]
22. De la Porte, Armand, du Vigeant (Vienne). [*Des abeilles et de leurs produits au point de vue médical.*]
23. Casteran, Adolphe, d'Arette (Basses-Pyrénées). [*Du typhus des camps observé en Crimée pendant le siége de Sébastopol.*]
24. Griffon du Bellay, Marie-Théophile, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*Essai sur le tétanos.*]
25. Roumieu, Jean-Lazare. [*Quelques considérations sur la thérapeutique.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
Laurens.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 20 mars 1856.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS : DU TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE. — TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES. — ACTIONS DU CAUSTIQUE DE M. LANDOLFI.

Une affection mal connue dans sa cause a plutôt vingt remèdes accrédités qu'une médication rationnelle. Tel est le sort de la fistule lacrymale, dont le siége entre trois cavités naturelles a encore contribué à compliquer la thérapeutique. Aussi le nombre des méthodes et procédés curatifs de cette infirmité atteint-il un chiffre bien propre à déjouer les tentatives de ceux qui voudraient en soumettre l'étude à une classification régulière, et se trouve-t-on généralement d'accord aujourd'hui pour ne contrôler le degré d'efficacité de chacun que par le témoignage exclusif de l'observation.

Cette disposition, dont la science pure peut gémir, mais qu'elle ne saurait considérer comme un malheur pour la pratique, s'est fait jour tout récemment de la façon la plus éclatante au sein de la Société de chirurgie (v. p. 213). A l'occasion d'une communication de M. Robert, chaque membre est venu tour à tour faire sa profession de foi en faveur de tel ou tel procédé, confirmant, bien entendu, par des résultats expérimentaux sa prédilection, mais sans qu'aucun effort ait été tenté pour approprier la diversité des ressources opératoires aux exigences corrélatives des différentes indications.

Tout aussi dénué que la savante assemblée de la formule philosophique nécessaire pour élever la discussion de ce problème au niveau de son importance clinique, nous ne nous piquons pas de plus de rigueur que nos honorables confrères, et nous nous bornerons à examiner avec eux ce qu'il a pu résulter pour le progrès thérapeutique de cet apport successif d'opinions et de préférences individuelles plus ou moins justifiées.

C'est d'abord du perforateur de M. Reybard qu'il s'est agi, instrument extrêmement ingénieux, et que son inventif promoteur aura eu la gloire de rendre populaire, là où d'autres essais faits dans un but analogue, mais avec des moyens moins parfaits, s'étaient vus condamnés à l'oubli. Il est remarquable, en effet, que la simplification de la manœuvre ait

---

les objets principaux de consommation coûtent les yeux de la tête; de sorte que l'équilibre est rompu entre le taux nominal des honoraires, qui n'a pas changé, et la valeur réelle de la somme qui le représente. Le praticien, dans ce système, dépense donc plus qu'autrefois en ne recevant pas davantage, et pâtit parce que tout prospère.

Vous allez me dire: que n'élevez-vous le prix des visites? conseil excellent et qui part d'un cœur sensible. Mais à qui faire entendre cela? Tout au contraire, obligé de se rapprocher des toits et de diminuer en toutes choses le comfort de son installation, le praticien n'a d'autre perspective que l'abaissement de sa considération, et, par suite, de ses recettes. Moi qui vous parle, j'avais, au deuxième étage d'une rue assez propre, un petit appartement fort commode, avec une alcôve dans mon cabinet de consultation, une soupente pour mes enfants et un coin de grenier pour ma domestique. Le tout pour 1,000 fr. par an, sans bail. Il y a six mois, on me déclare que mon appartement vaut 1,500 fr.; je ne conteste pas, par honnêteté; mais je monte au quatrième, qui était précisément à louer au prix de mon ancien second. Peu de temps après, mon propriétaire, de fortune, tombe malade; j'étais son médecin: je le traite avec un soin tout particulier; je lui fais trois visites par jour; je suis attentif, aimable, caressant, patient, onctueux, filial; je m'applique enfin à faire germer sur ce roc un grain de reconnaissance; puis, en allant payer mon terme, j'insinue que le prix de 3 fr. par visite est bien modeste par ce temps d'enchérissement général; que quelque chose de plus coûterait peu à un homme favorisé de la fortune, intelligent, de bon sens, de bon cœur, etc. Ah bien oui! c'est le cas de dire que je comptais sans mon *hôte!* Savez-vous ce qu'il m'a répondu? D'abord, que le vivre était cher pour lui comme pour moi; ensuite — écoutez la traîtrise! — que 3 fr. était une trop haute rétribution pour un médecin de quatrième étage, comme s'il eût dit de quatrième catégorie. Et il voulait me rogner 1 fr. Heureusement j'ai tenu bon. Je vous laisse à penser si j'ai regretté mes compliments; aussi me fais-je un devoir de déclarer ici solennellement, *urbi et orbi*, que je n'en pensais pas un mot.

été aussi universellement confondue avec la création de la méthode, et qu'on ait complétement perdu de vue, pour en rapporter tout l'honneur à son heureux compatriote, les succès que M. Montain (de Lyon) avait dus, trente ans auparavant, à l'emploi d'un trépan perforatif (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 692.)

Quoi qu'il en soit des idées préalables qui ont pu en inspirer la pensée, l'instrument de M. Reybard est digne de la préférence générale qu'on lui accorde. Rien de plus simple et de plus sûr à la fois que cette vrille portant à sa base un point d'appui sur lequel la canule tranchante vient, sans crainte de déviation ni de section incomplète, couper la cloison ostéo-muqueuse. Par cette action instantanée, on se met aussi infailliblement en garde contre les chances de manquer le but que contre celles de le dépasser; car l'instrument, de par la volonté de son auteur, se trouve construit et engagé de manière que, tant que l'objet à remplir n'est pas complétement réalisé, il serait impossible de le retirer au dehors. La possibilité de terminer l'opération devient donc l'évidente garantie de la perfection de celle-ci, aussi bien que du succès définitif qui doit la couronner.

Là incontestablement n'est point le dernier terme de la perfection; et, pour notre part, nous avons entrevu la possibilité de réussir plus simplement encore, à l'aide d'une sorte de pince dont les branches, introduites l'une dans la fosse nasale, l'autre par le canal nasal (comme la sonde de Laforest), auraient leur extrémité disposée de manière à couper la cloison par un mécanisme analogue à celui des anciennes mouchettes. Mais, en attendant la réalisation d'abord instrumentale, puis clinique de ce projet, nous devons confesser que le procédé de M. Reybard suffit parfaitement à obtenir une large et persistante communication entre les cavités nasale et lacrymale. Aussi des succès nombreux, publics, discutés, définitifs, lui ont-ils donné droit de cité parmi les ressources les plus utiles contre la fistule lacrymale. Aussi avons-nous été fort étonné de lire que la guérison, selon M. Monod, serait due, après l'emploi de cet instrument, à l'oblitération du sac lacrymal. En effet, il s'agit, dans la pensée de l'honorable chirurgien, ou de l'oblitération *au-dessous* de l'ouverture artificielle (et cela importe peu quant à l'influence de celle-ci sur le succès), ou de l'oblitération *au-dessus* (et dans ce cas nous affirmons que le petit nombre de faits sur lesquels cette opinion pourrait avoir été basée ne constituent qu'une exception incapable de faire règle).

Cette oblitération des voies lacrymales, volontairement provoquée pour obtenir la cure, n'a pas réussi à conquérir, par le talent et l'autorité de ses partisans, la place que son étrangeté apparente lui fera toujours refuser de prime abord. Et cette condamnation, à notre avis, est pleinement justifiée. En principe, il est fort légitime, pour guérir une fistule, de tarir la source du liquide qui l'alimente. Mais c'est seulement quand la sécrétion de ce liquide constitue un fait pathologique, comme pour la carie, ou lorsque, comme pour la fistule du conduit de Sténon, elle peut à la rigueur être suppléée par le travail, alors surexcité, d'un organe plus ou moins analogue. Mais ici, outre que rien ne peut remplacer la sécrétion des larmes, cette sécrétion elle-même n'est point détruite par l'acte opératoire qu'on présente comme curatif: on ne fait qu'arrêter son produit au milieu du trajet qu'il parcourt. Et pour être conséquent, pour porter le remède jusqu'à la cause du mal, il faudrait, dans cet ordre d'idées, ne pas reculer devant l'extirpation de la glande lacrymale même, proposée par M. Paul Bernard.

En fait, il est certain que l'épiphora *moins* la fistule constitue pour le malade une situation meilleure que l'épiphora *plus* la fistule. Sous ce rapport, la méthode par oblitération du sac mérite donc, relativement du moins, la faveur que l'opinion et les succès de M. Follin réclament pour elle. Mais les suites fâcheuses signalées par MM. Chassaignac et Verneuil, la persistance des accidents constatée par MM. Robert et Richard ne permettent pas de douter de l'accueil réservé à cette proposition. Très admissible à titre de ressource extrême, elle est un vrai *barbarisme* chirurgical si l'on veut l'imposer d'emblée à un malade qui eût certes trouvé à moindres risques une guérison plus complète. Aussi l'avons-nous vue sans surprise, dans la bouche des juges les plus compétents, qualifiée unanimement par l'épithète dont le substantif vient de se placer instinctivement sous notre plume.

Un autre procédé a trouvé des partisans, sinon enthousiastes, du moins tout exposés à le relever de l'anathème par trop exclusif qui avait été porté contre lui. C'est l'emploi de la canule à demeure, que Dupuytren avait eu le crédit de faire adopter presque universellement, et dont une réaction, personnelle presque autant que scientifique, chercha, après sa mort, à généraliser la proscription. Pour notre compte, et malgré tout ce qui fut écrit à cet égard, il nous semblait que, quelque exagérés qu'ils eussent pu être par ses secrétaires, les succès de notre maître, dont nous avions si souvent été témoin, ne pouvaient être entièrement annihilés d'un trait de plume; car, d'après nos fidèles souvenirs, l'incommodité ces-

---

Un autre désagrément digne de toute votre pitié est le suivant. Le menu peuple, parmi lequel j'ai beaucoup de succès, va m'échappant de jour en jour. Semblable à une troupe d'hirondelles dont on a détruit les nids au front inhospitalier d'un palais et qui demandent asile à l'humble chaumière (pardonnez-moi cette figure élégiaque), le peuple aux petites rentes, chassé des quartiers centraux par l'avidité de la propriété bâtie, se réfugie aux alentours des barrières. A moins de l'y suivre et d'abandonner les lieux où, comme moi, l'on est connu pour saigner d'une main légère, pour appliquer proprement un vésicatoire, pour savoir purger les humeurs et faire passer le lait, il faut, ou laisser une partie de sa pauvre clientèle devenir la proie des confrères suburbains, ou lui porter péniblement ses soins au bout de montées interminables, à travers la pluie, le vent, la gelée ou un soleil de canicule. En ce qui me concerne, je prends habituellement ce dernier parti. Pour le bien des personnes, je ne les laisse pas tomber en d'autres mains que les miennes. Mais qu'arrive-t-il? Que ces braves gens, qui ont depuis longtemps un prix fait avec moi, n'en veulent pas changer, et que, si j'insistais, comme ils se fournissent sur place d'eau et de charbon, ils se fourniraient de soins médicaux. La confiance que j'inspire me console de tout. Mais quelle fatigue, et que de temps perdu! Je n'ambitionne pas, certes, le char numéroté: il faut être raisonnable. Quand je lis sur les journaux qu'il s'établit une rivalité entre deux compagnies pour l'entreprise des voitures de remise, je passe comme s'il s'agissait du royaume de Golconde. De temps à autre seulement, je me régale de l'omnibus, où je me case autant que possible dans la stalle du fond pour y lire plus commodément mon Courrier médical (c'est la feuille que je préfère à toutes les autres). Mais vous comprenez aisément que ce luxe ne peut être de tous les jours, sous peine de calculer à peu près comme ce professeur de piano d'une comédie, qui n'arrivait pas à s'enrichir en prenant chaque jour les voitures de Charenton pour aller donner dans cet endroit une leçon à deux francs.

Voilà, monsieur le rédacteur, la position que me crée l'enchérissement progressif des choses de première nécessité. Je ne vous ai signalé jusqu'ici que les inconvénients qui sont propres exclusive-

sait dès lors aussi promptement que complétement. Un grand nombre de fois, dans ce vaste mouvement des malades que la confiance ramenait à maintes reprises à l'Hôtel-Dieu, nous avions pu constater la solidité de la cure. Et si, de temps à autre, quelques accidents avaient nécessité l'extraction de la canule, nous avions reconnu, dans un certain nombre de ces cas mêmes, que la présence longtemps prolongée de ce corps étranger à demeure avait opéré une dilatation du canal qui survivait à l'extraction de l'instrument.

C'est donc sans étonnement que nous assisterions, c'est avec conviction que nous travaillerions, à provoquer pour cet expéditif procédé une reconnaissance méritée ; et certes nous ne pouvions désirer, pour en donner le signal comme pour la fonder stable et victorieuse, de plus habiles coopérateurs que ceux dont la voix n'a pas craint de s'élever en sa faveur. M. Broca a véridiquement rappelé l'instantanéité de la cure. Quant à M. Lenoir, son plaidoyer, nourri de bonnes raisons et de faits inattaquables, apporte à l'appui du proeédé le double appui d'un perfectionnement instrumental et d'un manuel opératoire plus méthodique.

Sous le premier rapport, l'habile chirurgien signale le diamètre invariable de la canule et sa forme conique comme des conditions exposant à la voir remonter. Il y remédie en fabriquant une canule terminée, à sa partie inférieure, par trois branches divergentes, élastiques, qui, une fois l'instrument placé, s'écartent et le fixent ; perfectionnement fort ingénieux, mais dans l'invention, sinon dans l'application duquel il a été devancé par M. Pétrequin, qui écrivait, en 1836 (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janv. 1836) : « Ma canule présente à son sommet trois fentes de deux lignes de longueur, et se trouve ainsi divisée en trois lames qui tendent à s'écarter par leur propre élasticité, et qui, une fois en place, s'arcboutent contre les bords du canal et maintiennent fixement le tuyau métallique. » Il est vrai que M. Lenoir a prouvé, par les résultats très concluants de son expérience pratique, la facile exécution sur le vivant de cette modification, qu'il a d'ailleurs simplifiée sous le rapport du placement de la canule (1).

Un point encore sur lequel M. Lenoir se rencontre avec M. Pétrequin, c'est la nécessité de ne pas *enlever* l'opération d'un seul coup. Il veut, au contraire, que, après avoir ouvert le sac, on dilate graduellement le rétrécissement des voies lacrymales ; temporisation grâce à laquelle se trouve réalisé l'avantage de pouvoir ensuite placer la canule sans lacérations, — sans compter celui de pouvoir prendre, par la mensuration du canal, une idée juste de la dimension à donner au corps qui devra l'occuper.

P. Diday.

(1) Cette canule à branches divergentes n'aurait-elle pas le grave inconvénient, en cas d'obstruction accidentelle de sa cavité, de ne pouvoir être retirée sans beaucoup de violence ? (*Note du Rédacteur.*)

La discussion sur l'occlusion des paupières dans l'ophthalmie se poursuit, avec des chances diverses, à l'Académie de médecine. Condamné par M. Velpeau, ce moyen de traitement a trouvé un défenseur dans M. Bouvier, défenseur prudent, modéré, mais d'autant plus précieux. Ce qu'il a dit de l'occlusion naturelle produite par le sommeil est parfaitement conforme à ce que nous avons nous-même remarqué bien des fois. S'il est vrai que des conjonctivites légères disparaissent par le repos de la nuit, très souvent, au contraire, quand l'inflammation est un peu intense, l'œil est plus injecté le matin au réveil. Mais ce n'est pas alors l'occlusion qu'il faut accuser de cette aggravation momentanée ; c'est le sommeil lui-même, qui a généralement pour effet de produire, à la surface des yeux les plus sains, une légère stase sanguine. Nous croyons même qu'il ne faudrait pas accepter trop aisément les effets de cette occlusion *pathologique*, *douce*, *égale*, *uniforme*, dont a parlé l'orateur, comme éléments de la question de pratique actuellement débattue à l'Académie ; car l'absence de clignement, dans ce cas, n'est jamais bien certaine, pas plus que l'absence de tout effort du muscle orbiculaire. Pour juger sainement de ce qu'on gagne à fermer les paupières, il faut les fermer artificiellement, parce que c'est le seul moyen d'assurer une occlusion à la fois hermétique et continue. A. D.

La commission désignée pour suivre à l'hôpital général de Vienne les expériences relatives à l'action du caustique de M. Landolfi, vient de faire son rapport (1). En voici les conclusions :

« 1° La pâte de Landolfi est un caustique qui, sous certains rapports essentiels, n'est surpassé par aucun des caustiques connus, et qui, dans diverses circonstances, est supérieur à tous les autres caustiques conseillés et employés jusqu'ici.

» 2° La pâte de Landolfi n'est rien de plus qu'un bon caustique ; elle ne peut être considérée comme un remède universel, qui convienne pour

(1) La commission était composée de MM. Haller, Mikschik, Bittner, Eder et Ulrich, rapporteur.

---

ment aux praticiens ; mais il en est d'autres dont c'est surtout le malade qui souffre.

D'abord je remarque que mes clients ne me font guère appeler que quand ils ne peuvent plus faire autrement : un de mes amis disait l'autre jour qu'il n'en était nullement étonné ; mais c'était une plaisanterie. Toujours est-il que cette habitude me paraît augmenter de jour en jour, et que je l'attribue à des motifs d'économie. Économie fâcheuse ; le mal s'étend, s'enracine, et, quand j'arrive, il y en a toujours pour un temps raisonnable. Je vous dirai même, à cette occasion, que je ne crois pas aux gens qui prétendent juguler les affections aiguës, pneumonie, rhumatisme et autres. Ma pratique personnelle dépose formellement contre une telle assertion, et, si je publiais ma statistique, on verrait bien que ces affections-là durent longtemps, se guérissent difficilement, et entraînent assez souvent la mort.

Ce n'est pas tout. Certains moyens de traitement sont devenus d'un emploi difficile. Ordonnez donc un régime tonique et récorporatif avec de la tranche de bœuf à 1 fr. 85 le kilo ; une diète blanche avec de la rouelle de veau à 2 fr., ou du poulet à 4 fr. ! Faites donc de la gelée de viande, pour en avoir plein un pot de confitures à un prix de revient exorbitant ! Vous connaissez, sans doute, ce mode de traitement du rachitisme venu, je crois, de l'Allemagne, et qui consiste à alimenter les sujets avec des boulettes de viande crue. J'ai pris la plus grande confiance dans cette médication en réfléchissant que les lions et les tigres ne passent pas pour être très sujets au ramollissement des os. Mais un beefsteak (car ce n'est pas un bas morceau qu'il faut pour cela), un beefsteak est bientôt avalé, quand on n'y joint pas de pain, et il faut recommencer deux ou trois fois par jour. Même embarras pour l'usage d'un remède externe dont je vois avec peine que vous n'avez jamais entretenu vos lecteurs : il s'agit d'une tranche de veau appliquée sur l'œil dans la conjonctivite, ou sur la tête pour faire pousser les cheveux. L'occasion est fort bonne pour en parler ici, juste au moment où le traitement de l'ophthalmie est en discussion devant l'Académie de médecine, et c'est même un motif qui me fait insister pour que vous insériez cette lettre dans votre plus pro-

l'ablation de toutes les tumeurs hétérologues ; elle est encore moins un spécifique contre les dégénérescences cancéreuses.

» 3° Les indications et les règles de son emploi sont suffisamment définies par la nature même du remède, et l'on ne saurait, sans danger pour les malades, dépasser les limites imposées aux caustiques. »

Nous avons l'an dernier (GAZ. HEBD., t. II, p. 345) exposé nos premières impressions sur la valeur du traitement de M. Landolfi. Quand la commission française aura également publié son rapport, nous verrons s'il y a lieu de modifier notre jugement.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pityriasis pilaris, maladie de peau non décrite par les dermatologistes ; travail lu à la Société médicale des hôpitaux, par M. Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La maladie que je vais faire connaître et que j'ai observée pour la première fois à la fin de l'année 1854, n'a pas encore frappé l'attention des dermatologistes.

Il s'agit d'une forme squameuse nouvelle à ajouter à celles déjà décrites. Je la désigne sous le nom de *pityriasis pilaris*, quoiqu'elle tienne autant des caractères propres au psoriasis ; mais, comme elle a été constamment précédée de pityriasis, que d'ailleurs ses squames sont très petites et qu'elles se détachent assez facilement, j'ai cru devoir pencher vers ce nom plutôt que vers celui de *psoriasis pilaris*.

L'observation de cette affection, fort curieuse d'ailleurs, m'a conduit à émettre des doutes sur une forme de psoriasis palmaire qui me paraît plutôt devoir appartenir au pityriasis qu'au psoriasis, et, afin de fixer à cet égard l'attention des médecins, je crois devoir rappeler d'une manière sommaire ce qui caractérise chacune de ces deux affections, de manière à faire ressortir les différences qui peuvent servir à les distinguer et à justifier le choix de la dénomination à laquelle je me suis arrêté.

Tout psoriasis entraîne avec lui l'idée d'un épaississement de la peau avec état inflammatoire aigu ou chronique *non sécrétants*, à la surface duquel existent des plaques épidermiques épaisses, d'apparence nacrée, fort adhérentes d'ailleurs. Le séjour dans l'eau ou le contact avec des corps gras fait détacher assez facilement ces squames que l'ongle ne saurait enlever sans difficulté, et, dans beaucoup de cas, sans amener un écoulement de sang. La squame enlevée, il reste un état persistant de la peau, caractérisé par l'épaississement et la rougeur du tissu malade, qui renouvelle sans cesse les squames qu'on en a détachées. J'ajouterai que très rarement, c'est-à-dire dans une seule de ses variétés, forme d'ailleurs composée que j'ai fait connaître (*psoriasis herpétiforme*), il y a de la démangeaison ; celle-ci n'est donc qu'une exception dans cette maladie, et cette circonstance est importante à noter à l'égard de l'affection nouvelle que je vais décrire.

Ainsi, dans le psoriasis, la peau semble malade dans une grande partie de son épaisseur. On sait, d'ailleurs, la marche souvent lente et chronique du psoriasis, sa guérison difficile, ses récidives nombreuses quand le malade ne prend pas soin de sa peau ; et enfin elle est une de ces maladies qui se transmettent de génération en génération, se manifestant vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, et siégeant toujours sur une peau épaisse et solidement organisée.

Le *pityriasis* est une affection squameuse beaucoup plus superficielle. Dans sa forme la plus bénigne, elle ne se dessine que par des furfures épidermiques, sans aucune altération apparente du tissu de la peau ; tantôt restant à cet état albide, tantôt se manifestant avec une nuance jaune verdâtre (*pityriasis versicolor*), ou avec une nuance noirâtre (*pityriasis nigra*). Mais, dans tous ces cas, la production squameuse ne consiste que dans un état plus ou moins farineux du tissu. Il faut cependant en excepter la forme aiguë, dont j'ai tracé les caractères (*pityriasis rubra*), forme qui, jusqu'alors, avait été confondue par les auteurs avec l'*eczéma* ou le *psoriasis aigu*. Dans ce *pityriasis rubra*, la peau est alors rouge, épaissie, enflammée, et la sécrétion épidermique se traduit par de larges lamelles épidermiques, minces, qui se détachent et se reproduisent avec une telle abondance, que, le matin, certains malades, dont la surface du corps est totalement envahie, peuvent recueillir dans leur lit un, deux, ou même trois litres d'épiderme.

Toutes ces variétés de pityriasis sont assez souvent accompagnées de démangeaisons ; elles guérissent plus facilement que le psoriasis ; elles sont moins sujettes à récidive et aussi moins transmissibles de père en fils.

Ceci posé, je place en regard de ces deux maladies la maladie nouvelle que j'ai observée.

1° Elle a essentiellement son siége dans la peau qui recouvre les bulbes pileux, car elle se montre principalement là où

---

chain numéro. Je crois devoir vous prévenir que la même tranche ne peut servir deux fois à cet usage, et que, si on ne la fait cuire après une application, c'est du bien perdu. Voilà ce qui rend le mode de traitement dispendieux. Il est vrai de dire que, suivant des gens du monde tout à fait incapables de mentir, la maladie de l'œil disparaît comme une ombre, et les cheveux poussent à la Samson.

Mon cher confrère, l'ami dont j'ai parlé plus haut, et qui est très savant, me traduisait ces jours-ci un article de Wiener Medizinische Wochenschrift, où l'on s'attendrissait sur la misère des médecins allemands, en enviant le sort des médecins français. Il y était dit entre autres choses « MM. Andral, Dubois, *Chaumel*, Rayer, prennent de 20 à 40 fr. par visite... Le *jeune* Amussat (notre confrère du quai Malaquais sera flatté), le jeune Amussat (père) appelé à Bade, près Vienne, par un prince Valaque, a touché 60,000 ! » Le ciel en soit loué. Mais plusieurs médecins en France n'ont jamais eu pareille aubaine, et c'est ce que je suis bien aise de déclarer pour ce qui me regarde, à nos confrères d'outre-Rhin.

Je pourrais vous en dire beaucoup plus long sur la matière, monsieur le rédacteur ; mais les aperçus qui précèdent suffiront sans doute à vous faire deviner le reste. Je vois, par le titre de votre journal, que vous avez quelque caractère officiel ; si, par vos relations, vous pouviez obtenir, pour les praticiens de ma catégorie, certaines mesures d'assistance, telles que la construction de *cités médicales* à l'instar des *cités ouvrières*, ou des rentes sur la fin de la carrière, je vous serais très reconnaissant et profiterais certainement de cet accroissement de bien-être pour devenir votre abonné.

Je suis en attendant, votre dévoué confrère, Z.

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu le 31 mars, à midi précis, dans une des Salles de la Faculté.

ces derniers sont plus dessinés et plus développés. Je dis bulbes pileux, et non pas bulbe des cheveux ; car je ne l'ai jamais observée à la tête, mais elle siége à la partie externe des membres, notamment aux avant-bras et aux jambes, et elle atteint surtout ces groupes de bulbes pileux, disposés en plaques ovoïdes sur le dos des premières phalanges des doigts ; elle peut aussi se montrer sur toute la surface du corps, le visage et le cuir chevelu exceptés, quoique ces parties soient plus abondamment fournies de poils.

2° Elle amène un épaississement de la peau qui avoisine le bulbe des poils, avec rougeur chronique de ce tissu, de manière à représenter à la base de chaque poil une petite pyramide conique du sommet de laquelle s'échappe le poil. Chacune de ces petites pyramides est isolée du bulbe voisin par une portion de peau saine, de manière que dans les parties affectées la peau représente cet état que l'on a désigné sous le nom de chair de poule.

3° Au sommet de ces élevures conoïdes traversées par le poil existe une petite lamelle épidermique assez dure, en partie libre, en partie adhérente ou même fort adhérente au toucher, de sorte que si l'on vient à frotter la peau on a la sensation d'une râpe rude.

4° Il suffit d'un bain de peu de durée ou de quelques lotions aqueuses pour détacher toutes ces lamelles épidermiques et rendre à la peau la douceur au toucher qu'elle offre généralement, à part les saillies conoïdes, qui persistent au même degré lorsque la maladie est ancienne, mais qui disparaissent complétement quand elle est récente, sauf à reparaître quelques jours plus tard.

5° Cette affection est le plus souvent exempte de démangeaison, et cette circonstance tend à la rapprocher du psoriasis ; mais on remarquera que le pityriasis ne produit qu'accidentellement ce phénomène.

Tels sont les caractères pathologiques de la maladie. Cherchons actuellement à tracer les faits généraux qui lui sont propres.

Dans les quatre observations que j'ai pu recueillir, la maladie s'est développée vers l'âge de seize à dix-huit ans. Elle a été constamment précédée des trois affections suivantes : *psoriasis palmaria*, *pityriasis capitis* et *pityriasis rubra* plus ou moins général. Ces affections se sont manifestées dans l'ordre de leur énumération.

Toutefois, la forme de psoriasis palmaire, qui la précède, est toute spéciale, et à cet égard il faut se rappeler que les dermatologistes ont décrit le psoriasis palmaire comme étant très discret ou comme étant très étendu. J'ai surtout insisté dans mon ouvrage, plus qu'aucun autre auteur, sur les différences qui distinguent ces deux variétés de psoriasis palmaire ; j'en ai fait deux formes distinctes, et dans la marche et dans le traitement. En effet, dans la variété de psoriasis palmaire qui précède le *pityriasis pilaris*, toute la paume de la main est rapidement envahie par le psoriasis, la face palmaire des doigts se prend en même temps, les écailles d'épiderme se détachent assez facilement, la peau se casse, saigne, amène des démangeaisons, tandis que dans le psoriasis palmaire pur, ou type, la maladie est très discrète, elle fait des progrès très lents, et elle n'occupe que le centre de la paume des mains.

Aujourd'hui que nous savons que la même variété de psoriasis palmaire, celle qui marche avec rapidité et qui gagne bientôt toute la surface palmaire de la main, précède constamment les *pityriasis capitis* et *rubra*, qui précèdent eux-mêmes le développement du *pityriasis pilaris*, nous nous demandons si la deuxième variété de psoriasis palmaire que les dermatologistes ont décrite ne serait pas plutôt un pityriasis palmaire. Je suis tout porté à le croire ; car je retrouve dans cette forme les démangeaisons et la marche rapide du pityriasis, et je n'y vois pas les caractères du psoriasis aigu, dont la rapidité de développement pourrait seule expliquer l'envahissement si prompt de la surface interne des mains.

Le *pityriasis pilaris* s'est jusqu'alors présenté à notre observation avec une marche chronique et une très longue durée.

C'est une affection des plus rebelles quand elle est de date ancienne. Elle résiste au traitement arsenical, et elle a résisté chez la jeune malade du service de M. Hardy aux pommades à l'huile de Cade, au goudron, aux alcalins. La pommade au chlorure de zinc est la seule qui ait produit quelque amélioration.

Lorsque dans un des cas cités, celui du malade traité par notre collègue Gibert, l'affection a disparu, ce n'a été que très momentanément, puisque six semaines ou deux mois après la maladie se montrait à nouveau.

Voilà donc une forme squameuse nouvelle, plus rebelle encore peut-être que toutes celles qui ont été décrites, l'ichthyose excepté, mais qui a cela de plus fâcheux, c'est d'atteindre des parties à découvert que l'ichthyose respecte, c'est-à-dire la figure, le cou, le bas des avant-bras et les mains.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de traiter l'un de ces malades, ou plutôt de suivre la persévérance du mal, car cet homme était phthisique et il avait un *pityriasis rubra* coïncidence qui exigeait une guérison de préférence à la maladie légère qui l'accompagnait ; mais on verra, par la lecture des observations qui suivent, que les trois malades dont j'ai tracé l'histoire ont subi d'assez nombreuses médications sous la direction de deux de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis, et presque toujours en vain.

En recherchant dans les auteurs si je trouverais quelque description qui pût se rattacher à celle que je viens de tracer, j'ai trouvé parmi les observations de psoriasis rapportées par M. Rayer, un fait tout à fait semblable. Il a été recueilli et observé par M. Tarral, médecin de l'hôpital Saint-Barthelémy de Londres. Il ne s'agit dans ce fait que de psoriasis, et dans le cours de son énumération on signale seulement quelque chose de particulier aux mains et aux avant-bras, sans y attacher d'autre importance. La lecture attentive de ce fait prouvera que le malade était plutôt atteint de *pityriasis rubra* et de pityriasis chronique coïncidant avec la maladie nouvelle, le *pityriasis pilaris* ; il y a donc eu confusion entre cette maladie et le psoriasis.

OBS. I. — *État papulo-squameux singulier de la peau, des membres et du tronc. — Psoriasis palmaire. — Pityriasis rubra.* (Recueillie par M. Mahieux, interne du service de M. Alp. Devergie.)

Marie X..., âgée de seize ans, domestique à Paris, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 1er mars 1855, atteinte à la fois d'un psoriasis palmaire, d'un pityriasis du cuir chevelu, et d'un *pityriasis rubra* de la figure et du cou. En même temps, toutes les parties qui ne sont pas atteintes par le pityriasis sont couvertes d'une myriade de papules squameuses qui correspondent aux bulbes des poils. Aucun antécédent syphilitique ; engorgements ganglionnaires pendant l'enfance ; rien du côté de l'hérédité.

Il y a deux ans que cette fille, qui était alors occupée aux travaux de la campagne à Écouen, vit se former au centre de la paume de chaque main une *dartre écailleuse* et sèche sans démangeaison

et sans sécrétion. Quelques mois plus tard, une suppression des règles coïncida avec l'apparition d'un pityriasis qui occupa successivement le cuir chevelu et une partie du visage.

Après un traitement inutile par la pommade calaminaire camphrée, elle vint à l'hôpital Saint-Louis et fut guérie après quelques mois de traitement. Cette guérison ne dura pas plus de deux mois. Cependant la récidive ne se fit qu'aux mains; la tête demeura saine. Six mois de traitement par la pommade au goudron et les bains alcalins, dans le service de M. Gibert, guérirent une seconde fois le psoriasis des mains.

Peu de jours après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire au mois d'août dernier, aussitôt qu'elle eut repris son service, elle vit la paume de ses mains se fendiller de nouveau, et le cuir chevelu se couvrir de farines. Mais à cette lésion s'en joignit bientôt une autre qui devint peu à peu générale, et qu'il convient de faire connaître d'après l'état où elle s'est présentée à nous.

La malade offre sur toute l'étendue du tronc, sur la partie antérieure du cou, les membres supérieurs et les cuisses, une multitude de petites élevures sèches, rudes au toucher, analogues par leur aspect à celles qui produisent l'état appelé vulgairement *chair de poule*. Toutes se terminent à leur sommet par des écailles épidermiques très sèches, très adhérentes, et qui contribuent à donner à la peau une rudesse extrême. Elles ne sont le siége d'aucune sécrétion, d'aucune démangeaison, d'aucune douleur. Extrêmement rapprochées les unes des autres sur le dos et la poitrine, où elles laissent à peine quelques parties de peau saine, ces espèces de papules rugueuses deviennent plus rares sur les membres et surtout sur le ventre. Sur les bras et les avant-bras, elles sont plus abondantes à la face externe, pendant que sur leur face interne, qui est le siége habituel du lichen, elles deviennent de plus en plus rares. Partout leur nombre est en rapport avec celui des bulbes pileux. Sur le dos des mains, elles sont encore très rapprochées; elles deviennent de moins en moins nombreuses et de moins en moins proéminentes à mesure qu'on se rapproche de la racine des doigts. La face dorsale de la première phalange de chaque doigt en présente une plaque elliptique très nettement limitée au groupe de poils qui occupent cette partie. Quant aux faces latérales de ces mêmes phalanges, elles sont complétement intactes et présentent une peau blanche et saine. Tout le pourtour des deux dernières phalanges et la face palmaire de la première participent à la lésion de la paume des mains.

Aux membres inférieurs, ces mêmes papules sont beaucoup plus rares qu'aux bras. Aux cuisses elles sont encore plus nombreuses sur la face antérieure et externe qu'en dedans et en arrière. En avant de la rotule, elles sont très nombreuses, presque confluentes et plus volumineuses que partout ailleurs. Aux jambes, enfin, elles sont très clair-semées et de très petit volume, si bien qu'au niveau des malléoles et aux pieds on n'en trouve plus de traces, comme si la maladie, procédant de haut en bas dans sa marche, ne fasse que de commencer à dépasser la limite du genou. Il en résulte que tandis que sur les cuisses et le tronc les papules correspondent à tous les bulbes pileux, sur les jambes, au contraire, elles n'en ont encore atteint que quelques-uns, laissant aux autres toute leur intégrité. Cependant il est remarquable aussi que ni le cuir chevelu, ni le visage, qui sont les parties les plus abondamment fournis de poils, ne présentent aucune de ces papules.

Enfin, toute la peau de la paume des mains est dure, épaisse, rouge et fendillée, comme cela a lieu dans la maladie que tous les auteurs décrivent sous le nom de psoriasis palmaire. Les ongles sont demeurés parfaitement sains. Rien à la plante des pieds. De même le cuir chevelu est entièrement couvert d'une desquamation farineuse, et la peau du visage rouge, épaissie et fendillée, présente les larges squames qui sont propres au *pityriasis rubra*.

Malheureusement cette malade refuse de se faire traiter à l'hôpital, de sorte que la partie thérapeutique de son histoire manque complétement.

Obs. II. — *État papulo-squameux d'une grande partie du tronc et des membres. — Psoriasis plantaire et palmaire. — Pityriasis rubra. — Tubercules pulmonaires.* (Recueillie par M. Mahieux, interne du service de M. Alph. Devergie, le 6 mars 1855.)

Lospied (Paul), âgé de vingt-cinq ans, peintre en bâtiments, est entré à l'hôpital Saint-Louis, le 5 décembre 1854, pour se faire traiter d'un *pityriasis rubra* presque général, compliqué d'une bronchite intense. Il est d'un tempérament lymphatique, sans aucun antécédent scrofuleux ni vénérien. Dès l'âge de douze ans, il commença à s'apercevoir que la peau de ses mains devenait dure et se fendillait en formant des écailles larges et sèches. Comme il maniait alors des couleurs et d'autres substances irritantes, il se persuada que ses mains n'étaient malades qu'à cause de cette raison; mais bientôt il fut convaincu que la cause de sa maladie était plus générale quand il vit à la plante des pieds se former de pareilles crevasses et de pareilles écailles, à tel point que la marche en devint tout à fait impossible pendant plusieurs semaines. Il se soumit alors à un repos absolu et à l'usage de diverses pommades qui ramenèrent ses pieds et ses mains à un état de santé qui dura deux ans.

Vers l'âge de quatorze ans, le même état écailleux et fendillé des mains et des pieds se reproduisit, et même à partir de ce moment-là jamais la peau de la paume de la main ne recouvra complétement son apparence normale. Quant à la peau des pieds, elle parut se guérir en partie; mais chaque année, principalement pendant l'hiver, elle retomba dans le même état squameux et crevassé, si bien que le malade a conservé l'habitude de les graisser chaque jour avec du suif de chandelle pour entretenir la souplesse de son épiderme facile à se dessécher et à devenir cassant.

A seize ans, il fut atteint d'une gale qu'il ne garda pas plus d'un mois. Ce fut vers l'âge de dix-huit ans, c'est-à-dire il y a sept ans, que pour la première fois il aperçut successivement, en arrière du cou, sur la tête et sur plusieurs points du tronc, des taches farineuses qui restaient sèches et n'occasionnaient qu'un léger degré de cuisson. Depuis ce temps-là, il n'a pas cessé d'avoir dans les cheveux une abondance variable de farines dont les plus grands soins de propreté n'ont jamais pu le débarrasser complétement. Cependant il fut guéri en quelques mois de ce pityriasis répandu sur les diverses parties de corps au moyen d'une pommade au goudron, de quelques bains et de plusieurs purgatifs.

Bien que guéri une première fois, cet état squameux de la peau se reproduisit toujours de temps en temps sur divers points du corps, et principalement au visage et au ventre. En 1849, c'est-à-dire il y a six ans, à la suite de quelques excès de boisson, plusieurs plaques sécrétantes et croûteuses se formèrent en cinq ou six points du col et du tronc; et, lorsque cette poussée fut éteinte, l'état farineux de la tête, du visage et du tronc persista encore jusqu'en 1852, où une généralisation plus grande de la maladie le détermina à venir réclamer des soins à l'hôpital Saint-Louis.

Le pityriasis avait gagné une grande partie du tronc et des membres, et les points qui n'en étaient pas atteints étaient couverts d'une multitude de petites papules sèches, rugueuses, et rappelant assez par leur aspect celles qui constituent l'état de la peau vulgairement désigné sous le nom de *chair de poule*. Traité pendant un mois par M. Bazin au moyen des bains de vapeur, de l'huile de cade à l'extérieur et d'une solution arsenicale à l'intérieur, il sortit parfaitement guéri de l'hôpital.

Cette guérison ne se maintint pas plus d'une année. Dès l'été dernier, la peau avait repris toute sa rudesse, à tel point que le malade était obligé de prendre au moins un bain par semaine et de se graisser chaque jour, sous peine d'éprouver les picotements les plus incommodes, résultant du dessèchement de la peau et du fendillement de l'épiderme durci et devenu cassant.

Enfin, une bronchite intense, qu'il contracta au commencement de cet hiver, le détermina à solliciter de nouveau son admission à l'hôpital Saint-Louis; mais cette coïncidence d'une affection thoracique fut un obstacle au traitement que l'état de la peau réclamait, de sorte qu'aujourd'hui 6 mars la maladie cutanée se présente sans

avoir subi l'influence d'aucun traitement, et dans l'état suivant : le pityriasis du cuir chevelu et le psoriasis palmaire n'offrent rien de particulier.

Coloration rouge avec formation continuelle de larges squames épidermiques occupant tout le visage, excepté la portion moyenne du front, dont la peau demeurée saine est nettement séparée des parties voisines qui sont malades. Jamais la peau du visage ne sécrète aucune humeur, mais elle se dessèche, se fendille et occasionne des picotements continuels quand elle n'a pas été ramollie au moyen de corps gras.

Épaississement avec rougeur et formation de pellicules très abondantes, larges et constamment sèches de toute la peau de la partie postérieure du cou, de tout le tronc et de la portion externe des bras, des avant-bras et des cuisses. Cette partie de la peau pâlit ou se congestionne sous l'influence de causes diverses, et notamment suivant les variations atmosphériques, au dire du malade. Pendant les mouvements fluxionnaires dont la peau devient ainsi momentanément le siége, de violentes démangeaisons se font sentir et des cuissons très aiguës. Puis le calme se rétablit et l'état squameux de la peau n'est incommode que par les frottements continuels qu'occasionnent sur la peau les productions épidermiques.

Enfin toute la portion de la peau des membres et du cou, qui n'est pas envahie par le pityriasis, offre une altération singulière dont l'aspect est à la fois papuleux et squameux.

Ces papules sont extrêmement nombreuses, écailleuses à leur sommet, constamment sèches, n'occasionnant aucun prurit, aucune douleur, mais communiquant à la peau une rudesse extrême ; leur centre est traversé par un poil, et elles-mêmes ont pour siége les bulbes pileux.

A la partie antérieure du cou, elles sont d'autant plus confluentes qu'on s'éloigne davantage de la ligne médiane, de sorte que sur les côtés elles se rapprochent tellement les unes des autres qu'elles finissent par se confondre et par se réunir en une plaque non interrompue qui n'est autre chose que la limite même du pityriasis.

De même, sur les épaules, la peau est demeurée saine, et forme comme un îlot au milieu des parties environnantes qui sont complétement atteintes de pityriasis, et cette portion de peau saine est parsemée d'une myriade de ces papules rudes et squameuses dont l'ensemble constitue le *pityriasis pilaris* qui se coutient sur le tronc et sur le bras. Les bras et les avant-bras sont presque entièrement couverts par la rougeur squameuse du pityriasis. Toutefois leur face interne en est restée dépourvue : elle est seulement parsemée des mêmes papules que le col et les épaules. Enfin le pourtour entier du poignet avec le tiers inférieur des avant-bras, le dos de la main et la face dorsale des premières phalanges sont criblés de ces mêmes petites saillies dures et indolentes.

Sur le dos des premières phalanges en particulier elles sont ramassées en un groupe très nettement circonscrit qui correspond exactement à la touffe de poils qui s'y trouvent normalement implantés.

Aux limites de la portion dorsale de la main couverte de papules et de sa portion palmaire qui est altérée par le psoriasis, on peut suivre la transition insensible qui s'opère entre les amas papuleux et les parties squameuses. Les faces latérales des doigts au contraire sont parfaitement intactes et saines.

Il en est de même aux membres inférieurs où les cuisses offrent à leur face externe du pityriasis qui semble résulter de la réunion et de la fusion intime de ces papules squameuses qui couvrent en très grand nombre la face interne du membre. Aux jambes, au contraire, on ne trouve que des papules. Elles y sont plus volumineuses que partout ailleurs, c'est-à-dire qu'elles atteignent jusqu'à la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire.

Il est remarquable en même temps qu'en avant de la rotule elles ont acquis un volume plus considérable, et qu'elles y sont tellement rapprochées que la partie antérieure du genou présente l'aspect d'une plaque de psoriasis qui serait parsemée de petites éminences coniques très régulières.

Mais il faut se rappeler que le cuir chevelu, la peau du visage, et même celle du front, qui est en grande partie restée saine, sont dépourvus de ces mêmes papules, bien que les poils y soient plus ou moins abondants et plus ou moins volumineux.

Aux pieds l'état papuleux se continue sans ligne de démarcation bien tranchée avec le psoriasis plantaire.

Cet état squameux et papuleux, qui se présente à présent avec son expression la plus tranchée, est promptement modifié par l'usage des bains et des pommades. Il suffit de trois ou quatre bains, par exemple, pour faire complétement disparaître toutes les papules en question : de même aussi qu'il suffit de huit jours d'interruption des bains pour les voir toutes reparaître.

Pour terminer l'histoire pathologique de ce malade, il faut ajouter que la bronchite dont il est atteint depuis trois mois ne s'est nullement améliorée, qu'elle s'accompagne au contraire depuis quelque temps de sueurs nocturnes et de mouvements fébriles de plus en plus fréquents, que des vomissements opiniâtres se reproduisent pendant la nuit depuis plus de quinze jours sans qu'aucun médicament ait pu les arrêter définitivement, et qu'enfin l'auscultation pratiquée avec soin ces jours derniers, a fait trouver au sommet du poumon droit une diminution de sonorité, retentissement anormal de la voix, de la rudesse de la respiration, et même des craquements humides en arrière dans la fosse sous-épineuse.

Il en résulterait par conséquent que la maladie de la peau dont l'origine remonte à treize années, se serait compliquée dans ces derniers temps d'un développement de tubercules pulmonaires.

Quoiqu'il en soit, le malade fatigué de l'hôpital, demanda et obtint sa sortie le 6 mars, sans que M. Devergie ait cru devoir rien tenter pour modifier son affection cutanée, en présence d'une poitrine déjà compromise. Toutefois il résulte évidemment du résultat obtenu précédemment de l'usage des bains de vapeur, de la pommade au goudron et de la solution arsenicale, que cette maladie est heureusement modifiée par le traitement ordinaire des maladies squameuses anciennes et invétérées.

Obs. III. — *Psoriasis général; apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils.*

Tel est le titre de l'observation de M. Tarral, rapportée par M. Rayer (*Traité théor. et prat. des maladies de la peau*, t. II, p. 158). Mais il est aisé de voir que la description qui suit appartient au *pityriasis rubra* et nullement au psoriasis.

Il est question dans cette observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui depuis dix-huit ans est affecté d'une maladie qui commença à former des plaques rouges ou écailleuses sur le thorax. Peu à peu cette éruption finit par envahir à peu près la totalité du corps. Après deux ans de durée, la maladie fut guérie et ne revint qu'après sept années de guérison. Quand elle revint, elle fut beaucoup moins intense que la première fois, mais elle ne disparut plus.

Le cuir chevelu est entièrement couvert d'écailles farineuses. Le front offre plusieurs plaques d'une couleur brune-rougeâtre qui font une légère saillie au-dessus du niveau de la peau et qui sont couvertes de squames. La peau de la face est dure, épaisse et roide ; on aperçoit facilement la gêne que le malade éprouve pendant la conversation. Derrière les oreilles, les squames sont plus larges et la peau plus rouge. « Le cou et la poitrine sont, de toutes les régions, les plus profondément affectées. Ces parties sont couvertes de squames : la peau est très rouge, fendue et roide. Dans les mouvements qu'il fait exécuter à ces parties, le malade éprouve une sensation fort désagréable causée par la sécheresse et la roideur des téguments ; les autres parties du corps présentent le même état pathologique, mais à un degré moins marqué. En examinant la face dorsale des doigts, on voit de petites aspérités squameuses, isolées, parfaitement rondes, percées à leur centre par un poil. Au toucher, la peau couverte de ces petites aspérités est très dure, à peu près comme une lime. Ces aspérités existent seulement là où il y a des poils : c'est-à-dire au milieu de la face dorsale des premières et secondes phalanges. »

M. Rayer, n'ayant pas décrit le *pityriasis rubra*, est embarrassé pour donner une place à cette observation, qu'il place à côté du psoriasis, tout en disant qu'elle offre une apparence particulière.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, OU DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT DANS UNE AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS, par M. le docteur E. VIDAL, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique.

Suite. — Voir le t. III, nos 7 et 9.

Observations.

OBS. IV. — *Leucocythémie splénique diagnostiquée après la mort; hypertrophie de la rate et du foie; diarrhée sanguinolente; autopsie.* (Observation recueillie en 1839 par M. le docteur BARTH, lue à la Société médicale des hôpitaux le 28 novembre 1855.)

Marie Charbot, âgée de quarante-quatre ans, journalière, d'une constitution moyenne, d'un embonpoint médiocre, ayant les cheveux rouges, la face pâle, maculée de taches de rousseur, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Chomel (salle Saint-Augustin, n° 14), le 26 juin 1839.

La malade arrive de la Fère-Champenoise, son pays natal; elle rapporte qu'elle est accouchée il y a dix-sept mois d'un enfant mort; qu'à la suite de cette couche elle a eu un engorgement du sein dont la disparition avait été suivie du développement d'une tumeur dans le ventre; que ses règles ont cessé de paraître il y a un an; que depuis six semaines elle avait perdu l'ouïe, et qu'elle venait à Paris pour se faire traiter de sa tumeur et de sa surdité. Cette dernière infirmité rend l'interrogatoire à peu près impossible, et, malgré tous nos efforts, nous ne parvenons pas à déterminer que la malade ait eu des fièvres intermittentes.

A son entrée à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il n'y a ni chaleur ni accélération du pouls.

En explorant l'abdomen, on constate dans le côté gauche de cette cavité la présence d'une tumeur volumineuse s'élevant, par son extrémité inférieure, jusqu'à l'arcade pubienne, et s'étendant, par son bord interne, jusque près de la ligne blanche. Ce bord est facile à circonscrire par la palpation, et présente un peu plus bas que le niveau de l'ombilic une scissure manifeste. Le reste de la surface accessible au palper est uni, d'une consistance ferme, et mat à la percussion.

Les urines, examinées dans un verre, présentent, au fond du vase, un dépôt blanchâtre au-dessus duquel flotte un nuage de mucus.

On ne constate aucun autre phénomène morbide apparent.

On prescrit de l'orge miellée pour boisson, dix grains d'extrait de saponaire, des fumigations de sureau dans les oreilles, des frictions sur le ventre avec une pommade d'iodhydrate de potasse, et la demi-portion d'aliments (ce qui correspond à deux portions actuelles).

L'état de la malade reste stationnaire pendant quelques jours. Dans la nuit du 3 au 4 juillet, il survient des coliques avec dévoiement, on applique des sangsues à l'anus.

Le 5, les coliques redoublent d'intensité, accompagnées d'évacuations nombreuses de matières liquides mêlées de mucosités sanglantes; on prescrit de l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, une potion gommeuse avec un grain d'extrait thébaïque, un demi-lavement de lin et de pavot et des panades pour tout aliment. Ces moyens restent sans succès; en vain on double la dose d'extrait thébaïque en y ajoutant 2 demi-lavements laudanisés par jour; les évacuations continuent, toujours fréquentes, accompagnées de douleurs abdominales, contenant des glaires, partiellement teintes de sang. Bientôt les forces fléchissent, les traits s'altèrent, la peau devient chaude, le pouls s'accélère, et la malade succombe le 14 juillet à dix heures du matin.

Autopsie faite le lendemain 15 juillet, vingt-trois heures après la mort, par une température de 20 à 24 degrés centigrades.

Poitrine. — Le péricarde contient environ deux onces de sérosité citrine, transparente. Le cœur, distendu par des caillots, a deux pouces trois quarts de hauteur de sa pointe jusqu'à l'origine de l'aorte, et quatre pouces de largeur à sa base. Ses parois ont leur épaisseur ordinaire; ses orifices sont libres, et ses valvules souples.

Les cavités du cœur et les gros vaisseaux qui en naissent renferment des caillots brunâtres, lie de vin, ayant, par leur aspect, beaucoup d'analogie avec du chocolat peu foncé en couleur. Cet aspect résulte d'un fond rouge brun, parsemé d'une infinité de petits points jaunâtres, et çà et là leur surface est revêtue d'une couche mince de matière jaune-grise, molle, adhérente sous forme de couche membraneuse. Ces caillots se détachent facilement des parois vasculaires; ils sont fragiles, cassants, et plusieurs s'échappent spontanément des gros vaisseaux au moment où on les coupe.

Les plèvres contiennent chacune quelques onces de sérosité, citrine et limpide à droite, un peu plus abondante et légèrement floconneuse à gauche.

Les poumons, grisâtres et rosés en avant, présentent çà et là, le long de leur bord postérieur, un peu de pneumonie infiltrée, œdémateuse, et de petits noyaux rouges, grenus et friables.

L'artère pulmonaire et ses deux branches contiennent des caillots lie de vin qu'on retrouve dans les poumons jusque dans les extrémités vasculaires; on les retrouve de même dans les divisions des veines pulmonaires, et ils présentent une disposition d'apparence puriforme, plus prononcée dans les petites ramifications que dans les grandes.

Les bronches, la trachée-artère et le larynx sont sains. Le pharynx et l'œsophage ne présentent rien d'anormal.

Abdomen. — En ouvrant le ventre, on voit saillir le paquet des intestins distendus par des gaz et le côlon descendant; il est refoulé jusqu'à la ligne médiane par la rate qui occupe la plus grande partie de la moitié gauche de la cavité abdominale.

L'estomac contient quelques matières muqueuses, sa surface interne est grisâtre, sa membrane interne d'une épaisseur moyenne et d'une consistance à peu près normale.

L'intestin grêle contient quelques matières jaunâtres, glaireuses; sa surface interne, jaunâtre dans la partie supérieure, est rosée vers la partie inférieure; dans les cinq ou six derniers pouces, sa membrane muqueuse est rouge et notablement ramollie.

Les plaques de Peyer sont à peine visibles; les follicules isolés ne sont pas apparents.

Les ganglions mésentériques sont d'un volume moyen, sans altération évidente. Tous les vaisseaux mésentériques contiennent des caillots lie de vin comme ceux que nous avons décrits plus haut.

Le gros intestin, grisâtre à l'intérieur, présente une injection vasculaire qui augmente à mesure qu'on avance dans le côlon descendant; la membrane muqueuse, peu consistante partout, est très ramollie dans la courbure iliaque, et l'on y distingue un grand nombre de petites ulcérations superficielles. Toutes ces lésions vont en augmentant vers l'anus, et dans le rectum même la pression fait suinter des cryptes muqueux une matière puriforme, et l'orifice d'un certain nombre de ces follicules est élargi et ulcéré.

La rate s'étend depuis le niveau de la sixième côte jusqu'au pubis, et mesure 12 pouces (32 centimètres et demi) de hauteur, sept pouces (19 centimètres) de largeur et 3 pouces (8 centimètres) dans la plus grande épaisseur; elle pèse 6 livres moins une once. A l'union de son tiers supérieur avec le tiers moyen, elle présente une scissure assez profonde qui s'étend sur sa surface convexe de l'un à l'autre bord: son bord antérieur présente en outre une échancrure de 1 pouce et demi de profondeur à l'union de son tiers moyen avec le tiers inférieur.

Son enveloppe, assez fine en comparaison de son volume, est cependant un peu plus épaisse que celle d'une rate saine. Une petite adhérence l'unit au diaphragme. Sa couleur est d'un rouge violacé à l'extérieur; sa consistance est ferme; son tissu, d'un rouge brun, est dense, compacte, comme carnifié; on n'y retrouve plus la trame celluleuse aréolaire de l'état normal; on n'en fait rien sortir par la pression ni par les lavages les plus forts, et l'on ne peut la réduire à une trame comme les rates ordinaires. La veine splénique y pénètre par trois grosses branches, et ces vaisseaux contiennent des caillots de sang grumeleux lie de vin comme ceux que nous avons déjà décrits; leurs parois n'offrent rien d'anormal. L'artère splénique ne présente rien de remarquable.

Le foie est également très volumineux et descend à droite jusque dans la fosse iliaque; il a 9 pouces et demi transversalement (24 centimètres), 9 pouces de haut en bas, et 3 pouces d'épaisseur. Il a sa couleur habituelle à sa surface et dans l'intérieur; il est un peu flasque, mais son tissu a sa fermeté et sa structure ordinaires. Les divisions de la veine porte contiennent, de même que la veine splénique, un liquide lie de vin et quelques caillots grumeleux.

La vésicule biliaire renferme une centaine de calculs jaunâtres à facettes, de diverses grandeurs, et les fibres musculaires de ses parois apparentes sous sa membrane interne.

Le pancréas est sain.

Les reins, d'un volume moyen, ont leur couleur, leur fermeté et leur structure habituelles.

Les bassinets et les uretères sont sains; la vessie est blanche à l'intérieur et saine.

La matrice ne présente rien de remarquable; les ovaires sont fermes et durs.

Tête. — Pas de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Les veines qui

rampent à la surface du cerveau sont gorgées de petits caillots grumeleux, semi-purulents; peu d'infiltration dans le tissu cellulaire sous-séreux; la substance grise a une teinte un peu rougeâtre, la blanche est un peu sablée; toutes deux présentant partout leur consistance habituelle. Les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à café de sérosité. Les sinus de la base du crâne sont remplis de sang lie de vin grumeleux.

Analyse du sang. — Une partie du sang recueilli sur le cadavre ayant été envoyé le même jour à M. Donné, voici la lettre que cet habile observateur nous adressa le 17 juillet 1839 :

« Le sang que vous m'avez adressé, mon cher confrère, offre une altération remarquable et des plus manifestes, quoique recueilli dans des circonstances défavorables, c'est-à-dire sur un cadavre. Il contient plus de moitié de globules muqueux. Ceci demande peut-être quelques explications.

» Vous savez que l'on trouve dans le sang normal trois espèces de globules : 1° les globules rouges ou sanguins proprement dits contenant essentiellement l'élément globulaire du sang; 2° les globules blancs ou muqueux que je regarde comme étant sécrétés par les parois vasculaires; 3° enfin les petits globules du chyle. Eh bien, c'est la seconde espèce de globules qui domine à tel point dans le sang que vous m'avez envoyé qu'il y aurait lieu de douter, ne connaissant pas l'observation, si ce sang ne contient pas de pus; car vous savez que malheureusement le globule purulent ne se distingue pas encore, à des caractères certains, des globules muqueux. Mais le fait est que les globules muqueux de ce sang, indépendamment de leur nombre, se comportent avec l'ammoniaque comme s'il y avait du pus. »

Remarques. — En résumé, une femme de quarante-quatre ans arrive à Paris dans un état de cachexie qui paraît dater d'au moins un an, et portant dans le ventre une grosse tumeur développée à la suite d'un accouchement, tumeur que l'on reconnaît pour une rate considérablement augmentée de volume.

Prise de diarrhée avec selles sanguinolentes, elle ne tarde pas à succomber, et, à l'autopsie, on trouve une rate pesant 6 livres, un foie très volumineux, et tous les vaisseaux veineux remplis d'un sang granuleux, couleur chocolat, partiellement décoloré et d'aspect puriforme, dans lequel M. Donné constate une proportion énorme de globules blancs.

A ces caractères on ne peut méconnaître dans ce fait un des exemples les plus tranchés de l'état morbide désigné sous le nom de *leucocythémie splénique*, et, vu l'époque où il a été recueilli, il est un des premiers en date parmi ceux dans lesquels les éléments anatomiques de cette espèce de cachexie ont été le mieux constatés.

Dans ce fait, nous remarquons que l'hypertrophie de la rate s'est développée après un accouchement. Cet antécédent est signalé dans le fait publié par le docteur Leudet, et dans deux observations du mémoire du docteur Bennett (*loc. cit.*, obs. VI et obs. XI).

Obs. V. — *Leucocythémie splénique diagnostiquée pendant la vie; fièvre intermittente; hypertrophie de la rate et du foie; ictère; albuminurie; bronchite; autopsie.* (Recueillie par le docteur Goupil, et lue à la Société médicale d'observation le 16 novembre 1855, et à la Société médicale des hôpitaux le 28 novembre 1855.)

La nommée Héloïse Ory, âgée de treize ans et demi, entra le 24 juin 1854 à l'hôpital des Enfants, et fut couchée salle Sainte-Catherine, n° 55, service de M. Bouneau.

Née à Tours de père et mère d'une bonne santé, assez forte dès sa naissance, et élevée au sein par sa mère; elle eut à quatre ans une rougeole qui ne présenta aucun accident consécutif; à huit ans, une maladie grave de deux mois de durée, qui paraît avoir été une fièvre typhoïde. Elle était bien remise de cette affection, grande et très forte pour son âge, lorsqu'à dix ans elle eut une fièvre intermittente à accès bien caractérisés par les trois stades de frisson, chaleur et sueurs très abondantes, accès qui revenaient d'abord tous les matins, mais qui bientôt prirent le type tierce; plusieurs fois cette fièvre a cédé au sulfate de quinine que l'enfant a pris souvent, et, nous dit la mère, à fortes doses. Mais toujours la fièvre reparaissait après un intervalle de huit, dix ou quinze jours sans jamais dépasser ce dernier terme, et ne cessa qu'il y a deux ans lorsque l'enfant quitta les environs de Tours pour venir à Paris, qu'elle n'a pas quitté depuis; néanmoins le ventre est resté volumineux; elle est restée d'une pâleur jaunâtre, bien qu'elle ait repris un peu d'embonpoint

Cette enfant est d'une taille moyenne, peu musclée, à cheveux noirs, yeux gris, assez maigre, d'une constitution en apparence bonne; mais sa peau est mate, pâle ou plutôt d'un teint jaune cachectique.

Elle est entrée une première fois à l'hôpital des Enfants malades le 20 janvier 1854, puis une seconde fois le 19 mai; à ces deux époques, elle présentait un ictère peu intense survenu sans douleur aucune et sans cause connue; le foie ne présentait aucune augmentation de volume; la rate, au contraire, était considérablement hypertrophiée, les selles étaient liquides, jaunes, non décolorées; on n'y trouva aucun calcul; l'urine, traitée par l'acide nitrique, ne donnait aucune des réactions caractéristiques de la bile, mais un précipité albumineux, beaucoup plus abondant lors du second séjour de la malade à l'hôpital, qu'à l'époque du premier. Les deux fois la teinte ictérique disparut au bout de quatre à cinq jours; on appliqua sur la région splénique un emplâtre de Vigo, et l'on donna du sulfate de quinine à la dose de 25 centigrammes par jour sans obtenir de diminution du volume de la rate; mais la mère, trouvant son enfant suffisamment rétabli, l'emmena la première fois après dix-sept jours, la seconde fois après vingt-cinq jours.

Néanmoins, après sa seconde sortie, l'enfant resta faible, sans appétit, et le 22 juin présenta un peu de fièvre, de la toux et de l'oppression, qui décidèrent sa mère à la ramener le 24 juin.

Le 25 au matin, nous la trouvons dans l'état suivant : Décubitus dorsal, figure fatiguée, abattue; la face et tout le corps sont d'un jaune ocre assez pâle, et d'une teinte mate qui tient le milieu entre la teinte ictérique faible et la teinte cachectique des cancéreux; les conjonctives sont bleuâtres, les pupilles médiocrement dilatées; les lèvres sont d'un rose pâle, la langue plate, humide, grise à sa surface, à peine rosée sur les bords; la peau est d'une chaleur normale, sèche; le pouls faible, à 80 pulsations.

Le thorax, très amaigri, s'élargit notablement à sa base; le ventre est volumineux, mesurant 65 centimètres au niveau de l'ombilic, modérément tendu; les membres inférieurs sont amaigris sans trace d'œdème. La percussion de la poitrine donne une sonorité normale, sans augmentation d'étendue de la matité précordiale; l'auscultation fait entendre des râles sibilants très forts à l'inspiration et un murmure expiratoire très faible; la respiration est médiocrement fréquente, haute, et se fait presque complétement par le type costal supérieur; les bruits du cœur sont clairs, normaux, réguliers; on n'entend aucun bruit de souffle le long des vaisseaux du cou. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes; la rate, au contraire, est très volumineuse; à la palpation son bord est mousse, régulier; à la percussion elle mesure 26 centimètres en hauteur et 13 en largeur, et s'étend obliquement depuis la partie inférieure de l'aisselle jusqu'au-dessous de l'ombilic et au niveau de la ligne médiane. La partie inférieure de l'abdomen est sonore, modérément souple, non douloureuse à la pression.

La soif est modérée; l'appétit faible; la veille, il y eut deux selles jaunes liquides, presque sans odeur. L'urine est d'un jaune sale, mousseuse, et donne par l'acide nitrique et par la chaleur un précipité albumineux très abondant, qui se dépose par le repos, et occupe alors dans le tube à peu près le quart de la hauteur du liquide. (Gomme sucrée, julep gommeux, emplâtre de Vigo sur la région splénique; deux bouillons, deux potages.)

Pendant la journée, la malade, au lieu d'être remuante et active comme lors de son premier séjour à l'hôpital, reste assise dans la salle et ne peut descendre au jardin sans grande fatigue.

Pendant près d'un mois, nous ne notons, comme changement dans l'état de la malade, qu'un affaiblissement progressif. Le 1er août, soupçonnant une leucémie, je tire d'une des veines du pli du bras huit à dix gouttes de sang, qui sont immédiatement examinées au microscope par mon collègue M. Blin et par moi. Le sang est d'un rouge brun, couleur chocolat; il se coagule vite et prend une teinte grisâtre, chyleuse, comme certains sérums.

A l'examen microscopique fait avant la coagulation du sang, on voit un nombre assez considérable de globules rouges parfaitement conformés, mais en même temps on voit des globules blancs parfaitement reconnaissables à leur volume plus considérable, à leur forme sphérique, à leurs fines granulations et à leur immobilité, et qui, bien que beaucoup moins abondants que les globules rouges, paraissent cependant trois ou quatre fois plus nombreux qu'à l'état normal. (Gomme sucrée avec nitrate de potasse, 60 centigrammes; vin de quinquina, 125 grammes; une portion.)

Le 5 août, dans l'après-midi, la malade, qui a eu du malaise et a gardé le lit toute la matinée, a quelques nausées; dans la nuit elle a quatre à cinq selles en diarrhée. A partir de ce jour, la malade ne s'est plus levée;

la pâleur augmente de jour en jour; les selles jaunes, liquides, presque inodores, deviennent plus nombreuses; le 8, on en compte six, et du 12 au 20, jour de la mort, on en compte de huit à dix par vingt-quatre heures.

Le 8 août, nous constatons un peu d'augmentation de volume du foie; il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt, et mesure 12 centimètres suivant la verticale abaissée du mamelon, 16 suivant une ligne parallèle venant du creux de l'aisselle.

Nous ne notons plus d'autres changements qu'un peu de somnolence à partir du 13 août, et en même temps un œdème général très léger, mais notable cependant autour des malléoles, sur les parois abdominales et thoraciques, et gardant en ces points l'impression du doigt.

Le 14 et le 16, la malade a deux épistaxis d'une dizaine de gouttes de sang tout à fait semblable à celui tiré de la veine.

Le 17, la respiration est plus fréquente; des deux côtés à la base des poumons, elle s'entend plus faiblement, et aux râles sibilants et ronflants se mêlent quelques râles muqueux sans égophonie ni retentissement de la voix.

Le 20 août, la malade meurt à onze heures du soir sans convulsions ni délire.

Autopsie le 22 août, trente-trois heures après la mort. — Le cerveau est sain et ne présente de remarquable qu'un peu d'œdème sous-arachnoïdien.

Au sommet du poumon droit, on trouve trois petites masses tuberculeuses, dures, crayeuses, du volume d'un très petit pois; les deux poumons présentent la trace d'une forte congestion hypostatique.

Le péricarde contient deux cuillerées environ de sérosité rougeâtre; le cœur est d'un volume normal, les cavités gauches sont complétement vides; le ventricule et l'oreillette droite contiennent un petit caillot d'un rouge chocolat.

L'estomac est sain; l'intestin grêle n'offre d'anormal qu'une légère saillie avec un peu de piqueté noirâtre, des plaques de Peyer et environ trente petites ulcérations, ovalaires, grises, coupées à pic, dirigées transversalement à la longueur de l'intestin, occupant 1 mètre de la fin de l'iléon, et probablement de nature tuberculeuse; le gros intestin présente un développement assez notable des follicules isolés.

Les deux reins sont volumineux; la substance corticale est pâle et contient des corpuscules blanchâtres comme fibrineux, qui semblent se prolonger sous forme de stries entre les tubes des pyramides.

Le foie est volumineux (mesurant 17 centimètres dans sa plus grande hauteur sur 16 en largeur); sa couleur est rougeâtre; il est déjà un peu ramolli; la vésicule biliaire contient un calcul du volume d'une aveline, rugueux, friable, jaune noirâtre, présentant à sa surface quelques formes cristallines; le canal cystique et le canal cholédoque sont assez dilatés pour admettre une petite plume d'oie; le canal hépatique, au contraire, est d'un volume normal.

La rate est très volumineuse, dure, consistante, régulièrement conformée; elle mesure 21 centimètres de hauteur sur 10 de largeur et 8 d'épaisseur; la surface convexe présente deux plaques laiteuses avec épaississement de la tunique péritonéale; au niveau du hile, la rate présente une saillie du volume d'une noix arrondie assez régulièrement, se confondant avec le tissu de la rate par la partie adhérente; à la coupe cette partie présente, comme le tissu de la rate dont elle ne se distingue aucunement, un parenchyme rouge, dense, ferme, ne se réduisant point en pulpe, seulement on y aperçoit des petits corpuscules durs, brillants, jaunâtres, à formes cristallines, ayant à peu près le volume d'un grain de millet, qui, examinés au microscope, ont la forme et l'apparence de cristaux de cholestérine. Les ganglions mésentériques non altérés nous ont cependant paru un peu plus volumineux qu'à l'état normal; les ganglions bronchiques étaient parfaitement sains.

Analyse du sang. — Le sang recueilli dans les veines splénique et cave supérieure a été examiné par M. Blin, et la partie liquide ne semblait contenir que des globules blancs; c'est à peine si dans chaque préparation on voyait quelques globules rouges en petit nombre.

Remarques. — M. Goupil insiste et sur la rareté de cette affection dans l'enfance (la jeune malade avait treize ans et demi), et sur l'existence antérieure de la fièvre intermittente bien caractérisée par le type tierce, cédant à plusieurs reprises au sulfate de quinine, et suivie d'un état cachectique, puis de leucocythémie. Y a-t-il eu là rapport de causalité ou simple succession? C'est une question que l'auteur se pose sans oser se prononcer pour l'affirmative. Nous répondrons, en parlant de la nature de la maladie, aux objections que peut susciter cette question.

Quant aux deux attaques d'ictère, il les attribue à la présence de calculs biliaires, et la dilatation des canaux biliaires tend à confirmer cette hypothèse. L'hypertrophie du foie n'a paru que dans les derniers jours, et lui semble devoir être attribuée à la leucocythémie.

Obs. VI. — *Leucocythémie splénique diagnostiquée pendant la vie. — Hypertrophie de la rate et du foie. — Hémorrhagies dentaires et nasales. — Anasarque.* (Recueillie par le docteur Woillez et lue à la Société médicale des hôpitaux le 28 novembre 1855.)

Le nommé Mattey (Joseph), âgé de quarante ans, garçon de restaurant, né à Massenai (Jura), entra à l'hôpital de la Pitié, où je remplaçais alors M. Gendrin, le 8 août 1855, et fut placé salle Sainte-Athanase, n° 1.

Quoique pour la première fois à l'hôpital, il nous dit qu'il a toujours eu une santé délicate. A l'âge de sept ans, il fut malade d'une scarlatine et de ses suites pendant un hiver entier. Il vint à Paris vers l'âge de quinze à seize ans. Jusqu'à trente ans, plusieurs blennorrhagies facilement guéries; et à l'âge de vingt ans un chancre guéri ne fut suivi d'aucun accident consécutif.

Il y a une douzaine d'années, il quitta Paris pendant six mois, qu'il passa en partie d'abord à Provins pour y travailler de l'état de cordonnier; puis il voyagea beaucoup, toujours dans une position très précaire, et usant d'un régime alimentaire insuffisant. Il revint à Paris, où il a toujours habité depuis un logement sec et sain, et où il reprit sa première profession de garçon de restaurant. Il fut dès lors assez convenablement nourri.

Ce n'est que deux ans environ après son retour que, sans cause appréciable, il éprouva des accès d'une fièvre intermittente passagère, mais souvent répétée, pendant environ six années. Ces accès débutaient vers le soir par un frisson violent, avec tremblement et parfois claquements de dents, suivi de chaleur et surtout de sueurs abondantes.

Les accès revenaient deux, trois et quatre jours de suite, puis disparaissaient pour se montrer de nouveau après un temps plus ou moins long, quelques jours, plusieurs semaines, et même plusieurs mois. Jamais il ne fut forcé d'interrompre ses occupations et ne suivit aucun traitement.

Ces accès avaient disparu complétement depuis trois années, sans autres troubles dans la santé, lorsque, il y a un an, on lui fit remarquer que son ventre augmentait de volume. Alors seulement il sentit en le palpant qu'il était dur et gonflé. Un médecin qu'il consulta lui fit prendre de l'huile de foie de morue, puis du sulfate de quinine pendant environ un mois, mais sans aucune amélioration. Au contraire, son état empira graduellement, puisque la grosseur du ventre augmenta et il survint de la pâleur, des étouffements assez fréquents, une diminution sensible des forces, et enfin, il y a deux mois, de l'œdème aux membres inférieurs. Jamais il n'y eut de vomissements ni de diarrhée. Ne pouvant plus vaquer à ses occupations, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le lendemain de son admission (9 avril), décubitus dorsal, tête élevée, décoloration complète des téguments, avec pâleur des lèvres, légère bouffissure des paupières, œdème des membres inférieurs au niveau des malléoles. Absence complète de fièvre, mais souffle doux au premier bruit du cœur, au niveau de la base seulement, souffle s'étendant vers la carotide droite, où il est même plus prononcé. Muqueuse buccale à peine colorée, gencives assez molles, non tuméfiées ni saignantes, langue nette. Appétit conservé, mais digestion lente, parfois accompagnée de malaises, sans douleur vive ni aucun autre trouble des fonctions digestives. Les selles sont régulières.

Le foie a son volume normal; il ne déborde pas les côtes, et vers la poitrine ne dépasse pas à la percussion la cinquième côte. Le côté droit est souple de haut en bas, mais l'abdomen tout entier proémine généralement en avant, surtout du côté gauche, occupé tout entier par une tumeur uniforme située immédiatement sous les parois abdominales, s'insinuant supérieurement sous les côtes, occupant en dehors et en arrière la région lombaire correspondante, dépassant en avant d'un travers de doigt la ligne médiane, et descendant, en s'arrondissant un peu, jusqu'au niveau du pli de l'aine. Elle est assez mobile par sa partie inférieure, où elle présente, ainsi qu'en avant, un rebord mousse qu'on peut saisir et soulever à travers les parois abdominales, mais elle est fixe supérieurement. Son rebord antérieur présente une échancrure à angle aigu de 4 à 5 centimètres de profondeur, un peu au-dessus de l'ombilic. Vers la poitrine, la tumeur fournit à la percussion un son mat qui s'étend jusqu'au niveau du mamelon gauche, suivant un ligne horizontale qui contourne ce côté de la poitrine en dehors et en arrière, ligne invariable dans la station assise et le décubitus; inférieurement, où la tumeur va en perdant

de son épaisseur, la matité n'est pas absolue comme dans sa partie supérieure. Il n'existe aucun engorgement des ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration.

L'intelligence est parfaite, le sommeil bon ; mais les forces sont bien diminuées. Le malade reste levé toute la journée ; seulement, il ne peut marcher un peu vite sans être essoufflé ; rarement alors il est pris de palpitations. Pas de toux. Poitrine bien conformée ; résultats de la percussion normaux à droite ; à gauche, matité complète dans les deux tiers inférieurs, comme il a été dit, et au-dessus son tympanique dur et bref des plus manifestes. La respiration est haute, costale, sans accélération, et le bruit respiratoire ne se fait entendre qu'au sommet du poumon gauche.

Rien du côté des voies génito-urinaires, si ce n'est que parfois la miction ne se fait qu'une fois dans les vingt-quatre heures, sans douleur, mais alors très abondante. L'urine n'est pas sédimenteuse ; elle ne contient pas d'albumine, comme le démontre deux fois son examen à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique.

Comme médication principale, je prescris un régime substantiel et du sulfate de quinine, que je remplace, après plusieurs jours par 1 gramme de poudre de carbonate de fer et de quinquina (parties égales) dans les vingt-quatre heures.

Pendant un mois de séjour à l'hôpital, aucune amélioration sensible n'est survenue. La maladie est restée stationnaire ; seulement, le 16 août, le malade ayant ébranlé un fragment de dent carié, il survint une hémorrhagie de 300 grammes environ dans les vingt-quatre heures et qui continua les deux jours suivants, mais en s'amoindrissant. L'extrait de ratanhia, à la dose de 4 grammes dans un julep gommeux, fut alors employé.

Première analyse du sang. — Le sang ainsi rendu était très séreux et avait une teinte d'un rouge brunâtre qui attira mon attention comme ayant été signalée dans les cas de leucocythémie. Le malade ayant consenti, quelques jours plus tard, à se laisser faire une petite piqûre, par l'examen microscopique de son sang j'ai constaté ce qui suit : Une quantité considérable de globules blancs, volumineux, groupés ou isolés, se remarquent dans toutes les parties du sang examiné, qui reste presque entièrement liquide ; les globules rouges sont, au contraire, relativement plus rares, plus petits, irréguliers et déformés après plusieurs heures, tandis que les globules blancs conservent leur aspect primitif, même après leur dessiccation.

On sait que l'évaluation relative de la quantité des globules blancs et rouges est difficile à établir exactement par suite de l'accumulation en piles des globules rouges, tandis que les globules blancs, qui sont d'ailleurs plus volumineux, restent isolés ou seulement juxtaposés. Dans le cas actuel, les globules blancs m'ont paru être dans la proportion d'un tiers au moins.

Remarques. — M. Woillez, cherchant la filiation des accidents, pense que, dans ce cas, la leucocythémie est symptomatique de la cachexie paludéenne, le malade ayant eu des accidents intermittents bien caractérisés avant de s'apercevoir de l'hypertrophie de la rate. Il rapporte en outre qu'ayant examiné par comparaison le sang d'un sujet atteint de cancer de l'estomac et arrivé à un état de cachexie très avancé, il y a trouvé les globules blancs aussi rares que chez l'homme sain.

Nous avons retrouvé le malade qui fait le sujet de cette observation à l'hôpital la Riboisière, service de M. Hervez de Chégoin, salle Saint-Jérôme, n° 34. M. Bonfils, interne du service, a publié, dans la Gazette des hôpitaux du 29 décembre 1855, l'histoire de ce malade jusque vers la fin du mois de décembre. Nous en avons extrait les quelques notes qui suivent :

Tellement affaibli qu'il ne pouvait se livrer à aucun travail, Mathey entra à l'hôpital la Riboisière le 30 octobre 1855 dans un état d'épuisement et de cachexie des plus prononcés. Œdème des jambes, souvent infiltration passagère des cuisses et des bourses. — Anorexie, douleurs gastralgiques. Oppression. Accès fréquents de névralgie sus-orbitaire. Bruit de souffle au cœur pendant le premier temps ; bruit de souffle dans les carotides.

La rate, hypertrophiée, remonte jusqu'au mamelon et descend jusqu'à l'arcade crurale, mesurant en hauteur 34 centimètres. Engorgement indolent des ganglions inguinaux et axillaires.

Le sang, examiné au microscope, contenait une énorme quantité de globules blancs. On traita le malade par les amers, les ferrugineux et les alcalins.

2e *Analyse du sang.* — M. le docteur Woillez revit ce malade dans les derniers jours du mois de décembre, examina le sang, et trouva que la proportion des globules blancs avait beaucoup augmenté depuis le mois d'août. Leur nombre pouvait être évalué à plus de moitié de celui des globules rouges.

J'ai examiné moi-même ce malade à la fin de janvier ; je l'ai trouvé très épuisé, n'ayant plus d'appétit, ayant eu des épistaxis assez fréquentes depuis quelques jours, et ayant souvent de la diarrhée ; l'anasarque fait des progrès ; il y a un peu d'ascite ; le foie déborde un peu les fausses côtes ; quant à l'engorgement ganglionnaire, les régions cervicale et sous-maxillaires n'en présentent pas, et dans les régions inguinales et axillaires nous avons trouvé quelques ganglions à peine tuméfiés. Les urines, peu abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

3e *Analyse du sang.* — Nous avons pris du sang, et, avec M. le docteur Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital, nous avons constaté une proportion de globules blancs au moins aussi considérable que celle des globules rouges, et nous évaluons ce rapport par la proportion :: 1 : 1.

Remarques. — Nous ne pensons pas que, dans ce fait, la leucocythémie puisse être attribuée à une cachexie paludéenne. Nous comprendrions difficilement une cachexie paludéenne ne donnant pas lieu à l'hypertrophie de la rate au moment où elle se révèle par des accès fébriles ; puis, après avoir laissé le malade en repos pendant deux ans, se manifestant de nouveau sans frissons, sans aucun signe de pyrexie, par un gonflement considérable de l'organe splénique. Ce n'est pas habituellement ainsi que procède la cachexie paludéenne, et nous ne croyons pas qu'à Paris elle puisse avoir une influence aussi prolongée et aussi pernicieuse.

Le sang a été examiné à diverses périodes de la maladie, et, à chaque examen, on constate que la proportion des globules blancs augmente progressivement, en même temps que les phénomènes morbides deviennent plus graves.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Hémiplégie légère devenue complète pendant une saignée.

Monsieur le Rédacteur,

Dans les numéros du 2 mars 1855 et du 18 janvier dernier de la Gazette hebdomadaire, vous avez posé la question suivante, que vous avez résolue affirmativement : « Une saignée pratiquée pour un épanchement sanguin du cerveau peut-elle en faire naître un second ? »

Voici un fait qui confirme entièrement votre manière de voir, qui est aussi celle de M. Putégnat (de Lunéville) et des autres observateurs cités dans un de vos articles.

Obs. — Je donnais des soins à la dame Boïeldieu, âgée d'environ cinquante ans, pour une bronchite capillaire chronique qu'elle avait contractée pendant ses nombreuses traversées de l'île Bourbon en Europe. Madame Boïeldieu avait une maison de commerce, et sa maladie, qui datait de plusieurs années, ne l'empêchait pas de vaquer aux soins de sa maison. De temps en temps il y avait de la bronchorrhée, que des soins convenables diminuaient, et la position de la malade devenait supportable.

Au mois de mai 1854, une de ses voisines étant entrée chez elle, la trouva assise à son comptoir, immobile, les yeux ouverts, et ne pouvant parler. A mon arrivée près de la malade, je constate une déviation de la bouche à gauche, un *affaiblissement* de la motilité dans les extrémités supérieure et inférieure du côté droit : la sensibilité est conservée dans ces parties. La malade comprend très bien tout ce qu'on lui dit, mais ne peut s'exprimer que par signes. La langue est tirée à droite. Sur ma demande, elle fait exécuter au bras et à la jambe des mouvements d'une certaine étendue ; ce qui fixe donc surtout l'attention, c'est la mutité, et la déviation de la commissure labiale.

Je m'empresse de pratiquer une saignée modérée. Le sang ayant cessé de couler, je reconnais immédiatement que la paralysie du mouvement et

de la sensibilité était devenue *complète* dans les membres qui, dix minutes avant, se retiraient brusquement quand on les piquait avec une épingle. En outre, la malade paraissait indifférente à tout ce qui l'entourait, et ne répondait plus par signes aux questions que je lui adressais. Ses parents la firent transporter à l'hôpital Dubois, et je n'en ai pas eu de nouvelles depuis cette époque.

Ainsi, en dix minutes il y avait eu résolution complète des membres du côté droit et abolition des actes de l'intelligence.

Dira-t-on qu'il y a eu une simple coïncidence entre la saignée et l'augmentation des phénomènes? Je ne vois pas là une simple coïncidence; pour moi, il y a eu, entre la saignée et la reproduction de l'hémorrhagie cérébrale, un rapport de cause à effet, et le *post hoc, ergo propter hoc* me paraît applicable dans l'espèce.

Quant à l'explication physiologique de l'augmentation de l'épanchement à la suite ou plutôt pendant l'écoulement du sang par la veine, il est difficile de la donner dans l'état actuel de la science. Les faits de ce genre viennent renverser toutes les notions que nous avons acquises sur les lois de l'hydrodynamique. En théorie, il semble que la saignée doive produire des effets salutaires dans l'apoplexie; car, en ouvrant la veine, on désemplit tout le système sanguin, puisque, de proche en proche, la déplétion de la veine, ouverte au pli du bras ou ailleurs, va retentir jusqu'aux radicules les plus déliées de l'arbre circulatoire; les parois des vaisseaux se rapprochent, car leur tension est moindre; le cœur ayant à chasser une moins grande quantité de sang, doit diminuer la force et la fréquence de ses contractions, et, comme conséquence, dans un temps donné, il circule un volume de liquide moindre dans chaque vaisseau. La triple force d'impulsion, à savoir celle du cœur, celle qui est propre aux capillaires, et celle qui est produite par l'élasticité des tubes artériels et veineux et les fait réagir contre le liquide qui les presse, cette triple force, dis-je, ayant diminué, la colonne sanguine est chassée avec moins d'énergie, et le choc du sang contre les parois déchirées des vaisseaux de la pulpe cérébrale est diminué d'autant.

Voilà ce que le raisonnement nous dit, et tout cela est conforme aux lois qui régissent la marche des liquides poussés par un moteur dans des tubes inertes.

Mais ici il ne s'agit point de phénomènes se passant dans des corps inorganiques, mais bien se montrant au sein des corps organisés et soumis à l'empire de la vie, et c'est là probablement la cause du désaccord qui existe entre le raisonnement et les faits.

Agréez, etc. MOREAU DE SAINT-LUDGÈRE, D.-M. P.

Saint-Denis, 19 février 1856.

— L'auteur de cette lettre, dont le savoir nous est connu, exprime-t-il bien sa pensée quand il paraît croire que les lois de l'hydrodynamique sont renversées par des faits tels que celui dont il est ici question? Il n'y a pas d'opposition réelle entre la physique et les phénomènes de la vie, et nous croyons même, comme nous l'avons expliqué plusieurs fois, que c'est en vertu des conditions particulières d'hydrodynamique créées par la saignée, que celle-ci peut produire l'hémorrhagie cérébrale. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

ORGANOGRAPHISME. — M. *Piorry* lit un mémoire intitulé : *De l'organographisme, ou dessin des organes, considéré au point de vue du diagnostic et du traitement.* Ce mémoire a pour objet l'exposition d'une méthode qui forme le complément des moyens de diagnostic en usage : c'est le dessin linéaire des organes destiné soit à représenter leurs lésions, soit à faire juger pendant la durée d'un mal, ou son traitement, des variations de forme, de volume qu'il présente. 1° Tantôt on reproduit sur du papier l'image des affections que l'on veut étudier. Ce procédé est applicable à un grand nombre de tumeurs, de maladies de la peau, et surtout aux affections du col de la matrice. 2° Ailleurs on trace sur la peau elle-même la limitation des organes que l'on veut voir, ou dont on cherche à déterminer les limites. Par ces procédés on limite, on mesure, on montre aux yeux l'étendue, la forme, la circonscription des organes ou des phénomènes maladifs.

M. Piorry dessine ainsi à la surface du corps de l'homme : 1° Les résultats de la palpation du foie, de la rate, des tumeurs, etc. ; 2° la limitation des surfaces douloureuses, sensibles ou paralysées, et cela à l'effet d'apprécier les progrès ou la décroissance du mal, ou encore de représenter un nerf endolori; 3° Les limites d'un espace où la fluctuation existe; 4° La configuration des organes, la hauteur du niveau d'un épanchement, l'étendue d'une région indurée, ramollie, contenant des gaz ou des liquides, et le tout déterminé par le plessimétrisme; 5° Les espaces où l'auscultation fait reconnaître les diverses variétés de respiration, de souffle, de râles, de voix, de bruits....; 6° L'indication fixe du point où à l'aide d'un lien métrique on a mesuré un organe.

Enfin, l'auteur pense que dans toute opération où la peau doit être incisée, il est utile pour diriger un jeune chirurgien pendant qu'il agit; l'art a ainsi un moyen de plus de guider sa main mal assurée.

L'organographisme, d'après l'idée générale qu'il s'en est faite, est applicable non-seulement à la percussion, mais encore à la plupart des méthodes d'investigation.

PHYSIOLOGIE. — Recherches expérimentales sur cette question : *L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau?* par M. *Poulet.* — L'auteur résume dans les termes suivants les résultats de ses expériences : 1° Le corps d'un homme plongé pendant une heure dans un bain d'eau à 28 degrés perd une très faible partie de son poids; mais dans la deuxième heure la déperdition ne s'élève pas à moins de 50 grammes. 2° Ce qui rend la perte presque tout à fait insensible pendant la première heure, ce n'est pas l'absorption de l'eau du bain qui viendrait contre-balancer les effets de la perspiration pulmonaire et d'un reste de transpiration cutanée, mais bien l'imbibition de l'épiderme et des poils, matières très hygroscopiques. 3° Cette déperdition, qui dépasse de beaucoup celle que Lavoisier et Seguin ont assignée à l'influence de la perspiration pulmonaire (en moyenne 18 grammes par heure), est due : *a.* à une augmentation d'activité de cette dernière, tant par le fait d'une accélération de la respiration que parce qu'elle est une fonction supplémentaire de la transpiration cutanée en grande partie supprimée; *b.* à la transpiration cutanée des organes non immergés (de même qu'à un reste de transpiration cutanée des organes plongés dans l'eau). 4° Les expériences tentées jusqu'à ce jour par divers physiologistes pour démontrer l'absorption de l'eau dans le bain n'ont point abouti, parce qu'ils n'ont pas songé à se débarrasser d'une cause d'erreur flagrante, c'est-à-dire de la propriété hygrométrique de l'épiderme et des poils. 5° L'augmentation de quantité de l'urine n'est pas une preuve de l'absorption de l'eau dans le bain ; car, d'après la loi de l'antagonisme des sécrétions, les variations de la quantité du liquide urinaire étant en raison inverse de celles de la sueur, il est simple que l'urine augmente quand la transpiration cutanée est tout ou en partie supprimée. 6° Il est vrai, comme l'a annoncé M. Homolle, que la densité de l'urine diminue par le fait du bain simple; mais cette diminution n'est que la conséquence de l'augmentation de l'urine : elle ne prouve donc rien de plus que cette dernière. 7° L'urine devenant alcaline aussi bien après le bain acide qu'après le bain alcalin, l'alcalisation des urines à la suite des bains minéraux, loin de servir à la démonstration de la doctrine de l'absorption par la peau, est, au contraire, un des meilleurs arguments à y opposer. 8° On ne trouve pas un atome d'antimoine dans l'urine après l'usage répété des frictions stibiées. Et pourtant, pour peu qu'on administre à l'intérieur quelques centigrammes de tartre stibié, à doses fractionnées, on en retrouve la trace dans l'urine. 9° L'emploi externe de l'extrait fluide de belladone ne donne lieu à la dilatation de la pupille qu'à la condition d'être en contact avec la conjonctive. 10° Donc la peau n'absorbe ni l'eau, ni les substances solubles, pourvu, d'une part, que l'épiderme soit intact et ne puisse être altéré par les agents employés, et, d'autre part, que ceux-ci ne

soient point volatils. 11° Enfin, bien que les divers agents qui ne sont ni volatils, ni susceptibles de léser l'épiderme, n'agissent jamais par absorption lorsqu'ils sont appliqués sur la peau, cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à leur usage externe. Il reste d'autres modes d'action, l'influence électrique surtout, qui en motivent l'emploi et qui expliquent le mieux qu'on a parfois éprouvé.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Duchesne* adresse une note en réclamation de priorité, à l'occasion de la communication récente de MM. Orfila et Rigout, relative à l'*action du phosphore rouge sur l'économie animale*.

L'auteur fonde sa réclamation sur deux cas d'expertise médico-légale, où il a été appelé comme expert : la première fois avec MM. Chevallier et Lassaigne, dans l'empoisonnement du jeune F..., décédé le 12 novembre 1854 à Condé-sur-Huine ; la seconde fois, avec MM. Chevallier et Reveil, dans l'empoisonnement de la femme Picquet, décédée le 15 décembre 1854 à Abjat (Dordogne). Il a été constaté qu'il existait du phosphore libre vers la fin du gros intestin, dans le premier cas trente jours après le décès de l'enfant, dans le second cas quarante-cinq jours après la mort de la femme Picquet. (*Commission déjà nommée.*)

ANTHROPOLOGIE. — M. *Silbermann* adresse une *Note sur les proportions physiques ou naturelles du corps humain exprimées en mesures métriques*.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Action de diverses infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine*, par M. *Le Clerc*. Voici le résumé de ce travail : 1° Le sang veineux traité, au moment de la sortie de la veine, par une infusion végétale ou par un extrait végétal quelconque, est un véritable réactif qui décèle instantanément la présence d'un principe alcaloïde dans le végétal. Du sang veineux traité par l'infusion de noyer (*Juglans regia*) mêlée d'un extrait de noyer, a pris aussitôt la teinte rouge. Du sang veineux pris chez le même individu et mêlé à une infusion de tilleul a conservé la teinte du sang veineux. Une foule d'autres infusions donnent invariablement le même résultat. Le noyer n'a jamais été analysé, ou du moins aucun chimiste n'en a encore retiré le principe actif que ce végétal renferme très certainement. 2° Depuis le 29 décembre dernier, l'auteur conserve des flacons renfermant un mélange de sang veineux et de diverses substances, telles que suc de belladone, extrait de belladone, atropine, extrait et infusion de datura stramonium, nicotine, infusion et extrait de tabac, brucine, infusion de noix vomique, strychnine, extrait de quinquina, etc. Le sang veineux a pris la teinte *lie de vin* au bout de quelques jours dans les flacons qui contiennent l'atropine, la brucine, la nicotine, la morphine, la strychnine, etc.

Puis la teinte lie de vin a presque complétement disparu aujourd'hui pour revenir à une *teinte noire* semblable à celle que présente le même sang veineux conservé pur et à l'abri du contact de l'air.

Les flacons contenant la belladone et le stramonium sont les seuls dans lesquels le sang ait gardé invariablement la *teinte rouge*. Cette teinte n'est pas aussi foncée, aussi rutilante que dans les premiers jours de l'expérience ; mais elle est, chose remarquable, la seule qui soit restée d'un rouge très prononcé.

Après la belladone et le stramonium vient, mais d'assez loin, le flacon renfermant l'extrait de quinquina. Ce flacon présente encore une teinte un peu rougeâtre. Tous les autres flacons sont plus ou moins noirs.

EAUX MINÉRALES. — *Note sur les eaux thermales de Nauheim*, par M. *Rotureau*.

SÉANCE DU 10 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

ANTHROPOLOGIE. — A l'occasion de l'ouvrage de M. Flourens sur la longévité humaine, M. *Babinet* met sous les yeux de l'Académie une gravure qui représente Jenkins, batelier anglais, qui a atteint l'âge avancé de cent soixante-neuf ans... Il était bon nageur et bon marcheur, et le système musculeux paraît avoir prédominé en lui. Il était souvent juré aux assises de la ville voisine, et il a parfois rendu témoignage sur des faits qui dataient de cent quarante ans. Le cerveau paraît bien développé, et la coiffure, qui recouvre la nuque et une partie des épaules, est éminemment hygiénique pour un climat tel que celui de l'Angleterre. En admettant son âge comme un maximum exceptionnel, et d'après la règle même de M. Flourens, prenant la moitié de cet âge pour l'âge moyen des hommes, on tombe sur quatre-vingt-quatre ans, c'est-à-dire sur la septième climatérique. Cet exemple confirme donc la durée de l'existence fixée par l'illustre secrétaire de l'Académie, savoir : de quatre-vingt-dix à cent ans, sauf les accidents mécaniques, chimiques ou physiologiques que la nature n'a pu prévoir.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Thenard* au nom d'une commission nommée pour une réclamation de MM. A. *Chevallier* fils et O. *Henry* fils, concernant une communication récente de MM. *Orfila* et *Rigout* (action du phosphore rouge sur l'économie animale), déclare au nom de cette commission, de laquelle font partie avec lui MM. *Pelouze* et *Cl. Bernard*, que dans l'état actuel des choses il n'y a pas lieu à faire de rapport. En publiant dans ses COMPTES RENDUS un long extrait de la lettre des réclamants, avec l'indication des dates assignées par eux aux documents annoncés comme constatant leur droit de priorité et devant être produits plus tard, l'Académie a fait tout ce qu'ils pouvaient attendre de sa justice.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur la propriété du tissu cicatriciel et l'application de l'autoplastie aux brides*, par M. *Jobert*, de Lamballe. — *Propriétés du tissu cicatriciel*. Il résulte des recherches de l'auteur que le tissu cicatriciel est sensible, et que son apparente insensibilité n'est que le résultat de sa rétractilité. Il suffit, pour le démontrer, de le placer dans d'autres conditions et de lui donner de la souplesse, en faisant cesser le tiraillement dont il est l'objet. C'est à quoi on parvient en transplantant dans son centre un lambeau emprunté aux parties voisines et qu'on aura soin de détacher complétement pour que l'expérience soit tout à fait concluante. Aussitôt que le lambeau et les lèvres du tissu cicatriciel seront confondus, on reconnaîtra facilement l'existence de la sensibilité. M. Jobert pense que cette sensibilité est due à la présence de nerfs rudimentaires qui se forment dans la cicatrice de la même manière que les vaisseaux.

C'est ainsi qu'il explique ces sensations de prurit, ces vives douleurs dont les cicatrices sont fréquemment le siége, principalement sous l'influence des variations de température, de l'électricité répandue dans l'air ou d'autres agents extérieurs.

La vitalité du tissu cicatriciel est peu développée ; mais si la rareté des vaisseaux sanguins est un obstacle à l'apparition de l'inflammation, des éruptions, de l'érysipèle, etc., d'un autre côté, c'est probablement à cette même cause que sont dues les ulcérations qui se développent et deviennent promptement désorganisatrices.

Autoplastie des brides. — Frappé des inconvénients, des dangers ou de l'insuffisance des procédés employés jusqu'à ce jour pour remédier aux difformités cicatricielles, M. Jobert a songé à réparer la perte de substance par une addition de parties molles empruntées au voisinage et transplantées au milieu du tissu inodulaire. Ses prévisions se sont réalisées, et il a vu le tissu cicatriciel cesser ses tiraillements sur les parties environnantes, les mouvements articulaires se rétablir, et la sensibilité renaître dans les lieux où elle semblait éteinte pour toujours.

L'expérience a prouvé que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus, sans que ce travail donne lieu à aucun excès d'inflammation.

L'auteur passant sous silence les détails de l'opération, arrive au pansement et à la réunion.

« On doit : 1° enlever avec de l'eau le sang de la surface de la plaie ; 2° coucher le lambeau dans la rigole saignante ; 3° pratiquer la suture entrecoupée, en commençant par le sommet du lambeau, l'angle correspondant de la plaie de la bride, et terminant par les côtés des surfaces saignantes ; 4° comprimer doucement le lambeau avec les doigts, en versant de l'eau à la surface ; 5° pratiquer le

pansement avec un linge enduit de cérat et des compresses trempées dans l'eau froide.

L'opéré doit user d'une extrême prudence jusqu'à la section du pédicule, qui ne doit être pratiquée que lorsque le lambeau a pris racine dans son nouveau domicile. Il faut attendre qu'il y ait communauté de vitalité entre les surfaces. Il s'écoule peu de sang par cette section, qui permet aux deux parties de la greffe de s'éloigner immédiatement l'une de l'autre. Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule ; mais lorsqu'elle a été pratiquée, le lambeau se rétracte et s'affaisse, le pédicule s'atrophie et se cache dans l'angle correspondant de la plaie faite à la cicatrice, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillements cessent, la partie inclinée se redresse et reprend son attitude

A l'appui des principes qu'il vient de poser, M. Jobert cite un fait remarquable de guérison obtenu par cette méthode. Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure, eut une inclinaison vicieuse de la tête et du cou, produite par une large et forte bride.

L'opération fut pratiquée le 20 avril ; le 28 mai, la section du pédicule ; et le 24 juin le malade quitta l'hôpital. M. Jobert revit le malade le 15 septembre. La tête était droite et l'inclinaison facile. Le seul mouvement de rotation à droite était encore limité. Tout le tissu cicatriciel avait pris de la souplesse ; la sensibilité y était très développée (avant l'opération il était *tout à fait insensible*) : enfin le lambeau était de niveau avec les tissus circonvoisins. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Physiologie. — M. *Jules Cloquet* en présentant un mémoire de M. *Longet*, s'exprime en ces termes : « M. *Longet*, qu'une douloureuse maladie retient chez lui depuis plusieurs semaines, m'a prié de communiquer, en son nom, à l'Académie, un mémoire qui est extrait d'un travail plus étendu et intitulé : *Études expérimentales et critiques sur les divers liquides digestifs de l'économie animale*, travail dont il se propose de soumettre les principaux résultats à l'Académie, avant leur publication dans le second volume de son Traité de physiologie. Le nouveau mémoire de M. Longet, dont je vais faire connaître les conclusions, et qui présente un grand intérêt à la fois sous le rapport chimique et sous le rapport physiologique, porte le titre suivant : *Du sulfo-cyanure de potassium considéré comme un des éléments normaux et constants de la salive.*

Voici les conclusions par lesquelles M. Longet termine son mémoire :

1° Le sulfo-cyanure de potassium, qui, d'après l'opinion la plus généralement admise, n'existerait pas normalement dans la salive de l'homme, mais s'y développerait sous certaines influences fortuites, ou même dont l'apparition serait liée à un état pathologique, doit, au contraire être considéré comme un des principes normaux et constants de ce fluide. — 2° Il se rencontre non-seulement dans la salive mixte ou buccale, mais aussi dans la salive parotidienne, et dans les salives sous-maxillaire et sub-linguale. — 3° Sa présence caractérise, en quelque sorte, la sécrétion salivaire ; car la sueur, l'urine, les larmes, le liquide cérébro-spinal, le sérum du sang et la sérosité provenant de vésicatoires, ne m'ont jamais donné aucune trace de sulfo-cyanure ; il en a été de même du fluide pancréatique pris chez le mouton et le bœuf. — 4° Ce sel existe dans la salive en proportions variables, mais toujours très petites ; ces variations ne dépendent ni de l'âge ni du sexe, ni du régime, ni d'états particuliers du système nerveux, *mais seulement du degré de concentration du liquide salivaire.* — 5° Avec un trop grand état de fluidité de la salive, succédant à une excrétion très abondante, le sulfo-cyanure peut devenir inappréciable aux réactifs ; mais dans ce cas, il suffit de concentrer le liquide salivaire par une évaporation lente, pour obtenir constamment la réaction caractéristique de la présence du sulfo-cyanure, comme je l'ai observé dans le pyrosis et les salivations mercurielles. — 6° L'état sain ou morbide des dents n'a ucune influence sur la présence ou l'abondance de ce produit, ni d'ailleurs se retrouve aussi chez les personnes absolument dépourvues de dents. — 7° Le sulfo-cyanure ne résulte pas non plus, omme on l'avait avancé, d'une altération spontanée de la salive. — 8° Pour l'*isoler* comme je l'ai fait, il importe d'analyser de préférence la salive d'individus à jeun. — 9° De tous les persels de fer, le perchlorure est le meilleur réactif pour déceler la présence du sulfo-cyanure dans la salive ; il donne à ce liquide *suffisamment concentré*, une belle coloration rouge de sang. — 10° Aucune autre substance organique ou inorganique, contenue dans la salive, ne donne lieu, avec le perchlorure de fer, à la même réaction que le sulfo-cyanure ; c'est à tort qu'on a rapporté la précédente coloration à la présence d'acétates alcalins dans le fluide salivaire. » (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Anthropologie. — *Sur les proportions du corps humain* (suite), par M. *Silbermann*. Il résulte des recherches statistiques et des nombreux calculs auxquels s'est livré l'auteur, que la taille moyenne de l'homme est de 1m,641, et celle de la femme de 1m,559 : la différence est de 0m,082.

Physiologie. — M. *Oré*, de Bordeaux, annonce l'envoi prochain d'un travail *Sur les fonctions du foie*, et indique dans les termes suivants un des résultats auxquels il est arrivé dans le cours de ces recherches :

« J'ai voulu me rendre compte de l'influence qu'exerce la veine porte sur la sécrétion biliaire. Je suis parvenu à oblitérer à volonté le tronc de cette veine et à empêcher par conséquent le sang qu'elle renferme d'arriver au foie. Malgré cette oblitération, les animaux ont continué à vivre, et la sécrétion biliaire a continué à se faire. »

Comité secret. — La section de médecine et de chirurgie déclare, par l'organe de son doyen M. *Serres*, qu'il y a lieu d'élire pour la place vacante dans son sein, par suite du décès de M. *Magendie*. L'Académie est consultée par la voie du scrutin sur cette proposition. Sur 41 votants, il y a 39 *oui* et 2 *non*. En conséquence, la section de médecine et de chirurgie est invitée à présenter dans la séance prochaine une liste de candidats.

Académie de Médecine.

Séance du 18 mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Les rapports finaux de M. *Danvin*, de Saint-Pol, sur les épidémies de fièvre typhoïde et de diphthérite, qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Noyelle-les-Humières et de Mouchy-Breton. — *b*. Les tableaux des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Morbihan et de la Gironde. — *c*. Un rapport de M. *Dusouil*, de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Loubigué. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Deux communications relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la dix-neuvième livraison de la carte de France.

3° L'Académie reçoit : — *a*. Une note complémentaire de son mémoire sur le traitement du typhus, par M. *Cambay*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra, à Constantinople. (*Comm.:* MM. Mélier, Bégin et Michel Lévy.) — *b*. Une note sur quelques propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de second ordre, par M. le docteur *Duchenne*, de Boulogne. (*Comm.:* MM. Bérard, Poiseuille et Bouvier.) — *c*. Une réclamation de M. le docteur *Aug. Mercier*, relative au prix d'Argenteuil. (*Renvoi à la commission.*) — *d*. Un pli cacheté contenant l'énoncé des recherches entreprises sur un nouveau moyen d'auscultation pour apprécier la nature et le degré des forces organiques chez l'homme, tant à l'état de santé qu'à l'état pathologique, par M. le docteur *Collongues*, de Montpellier. (*Accepté.*) — *e*. Une lettre de M. le docteur *Da Costa*, de Rio-Janeiro, ayant pour but de rectifier les assertions émises par M. le docteur *Peixoto* dans une lettre communiquée à l'Académie dans sa séance du 18 décembre 1855.

Discussion sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

M. *Bouvier* : « Voltaire a dit quelque part, que « nous médecins, nous guérissons infailliblement les maux qui se guérissent d'eux-mêmes. » Cela veut dire que Voltaire croyait surtout à l'hygiène et à la nature. Les faits communiqués par M. Bonnafont prouvent que Voltaire n'avait pas tout à fait tort.

» Sur 18 cas d'ophthalmie aiguë, il y a eu 18 guérisons. M. Bonnafont a obtenu ces merveilleux résultats en fermant tout simplement les yeux à ses malades. Les yeux, que M. Velpeau a appelés la miniature de l'anatomie humaine, présentent aussi un

ensemble de maladies qu'on peut considérer comme une sorte d'abrégé de la pathologie. A ce point de vue, les guérisons de M. Bonnafont sont un argument considérable en faveur de la médecine expectante, du traitement hygiénique des maladies ou de la méthode dite *naturelle*. Puisque des phlegmasics oculaires graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la *diète* de la lumière, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel, ne doit-on pas s'attendre à voir des pleurésies, des pneumonies, des hépatites, etc., céder de même à la seule influence du repos et de la diète d'aliments?

» Mais à quelles limites convient-il de s'arrêter dans cette voie? M. Bonnafont, frappé des succès de sa méthode, ne voit pour ainsi dire pas de bornes à son emploi. Les orateurs qui l'ont suivi se sont attachés au contraire à délimiter l'action de cette méthode, à fixer les cas où son insuffisance doit faire recourir à des méthodes plus actives.

» Je viens à mon tour vous remettre en mémoire quelques faits propres à jeter du jour sur cette question. Ces faits je les emprunte presque uniquement à ce que nous savons des effets de l'occlusion naturelle.

» Je distinguerai d'abord trois sortes d'occlusion naturelle des paupières : l'occlusion physiologique ou fonctionnelle, l'occlusion volontaire, l'occlusion pathologique.

» Le sommeil fournit le type de l'occlusion fonctionnelle. Or cet état favorise, en général, la guérison des ophthalmies, ainsi que l'avait déjà constaté Fallope, il y a trois cents ans. Mais ce genre d'occlusion n'est pas toujours également avantageux, car dans certains cas d'ophthalmies, surtout chez les enfants, il n'est pas rare d'observer plus de photophobie et d'injection conjonctivale le matin, au réveil des malades, que l'après-midi; ce qui peut. s'expliquer par l'influence de certaines modifications fonctionnelles, de la position horizontale, et par l'intermittence de l'occlusion pendant le sommeil.

» L'occlusion volontaire est rarement le principal moyen de guérison des ophthalmies..... »

L'orateur cite un fait dans lequel il a pu observer ses effets. Il s'agit d'un Monsieur qui dans l'espace de trente ans fut atteint deux fois d'une inflammation de la cornée et de l'iris. Vainement le malade condamna volontairement ses yeux pendant plusieurs jours à l'obscurité et à un repos presque absolu. L'ophthalmie ne céda qu'à des moyens plus actifs. Mais l'appareil visuel a conservé depuis une sensibilité exagérée qui l'exposerait à de fréquentes rechutes si le malade après toute fatigue, toute irritation de l'œil, n'avait recours à l'occlusion volontaire pendant plusieurs heures, chaque jour.

» Je cite ce fait, reprend M. Bouvier, pour montrer les avantages de l'occlusion quand il s'agit de prévenir une ophthalmie imminente, d'arrêter ses premiers symptômes.

» Ce n'est, à mon avis, que dans des cas particuliers que l'on peut se bien trouver de laisser l'œil exposé à l'air et à la lumière, comme cela est arrivé à M. Velpeau. Encore cette exception embrasse-t-elle vraisemblablement des cas beaucoup moins nombreux que notre savant collègue ne paraît le croire, parce que les malades qu'il a traités en leur laissant les yeux ouverts ont dû plus d'une fois lui jouer le tour de recourir instinctivement à l'occlusion volontaire des paupières.

» L'occlusion pathologique est de deux sortes. L'une est forcée, violente, je dirais presque convulsive. Il y a un clignement quasi spasmodique et par conséquent des frottements, des pressions répétées sur les parties enflammées. Mais il est une autre forme d'occlusion pathologique; elle consiste en une contraction douce, égale, uniforme, elle amène simplement les paupières au contact, comme dans le sommeil et elle les maintient indéfiniment dans cet état.

» Ce second mode d'occlusion pathologique me paraît tout à fait comparable à l'occlusion produite par l'art. On l'observe surtout dans l'enfance. Cette disposition particulière du premier âge donne même lieu à une forme d'affection oculaire presque exclusivement propre aux enfants, affection dont les traités classiques font à peine mention, que Bénédict a décrite dès 1823 sous le titre de *photophobie scrofuleuse*, et qui est pour moi, comme pour Mackensie, une conjonctivite légère, catarrhale, occupant surtout les paupières et présentant pour caractère spécial, une photophobie, hors de proportion, avec les autres symptômes. M. Mirault, d'Angers, et plus récemment M. Bouchut, ont vu dans cette forme d'ophthalmie, une affection de la rétine.

» Les enfants ordinairement très jeunes qui sont affectés de cette espèce d'ophthalmie, restent des jours entiers, des semaines, des mois même, immobiles, les yeux fermés, la face collée sur leur oreiller, sans effort des paupières, sans clignement, dans les mêmes conditions, en un mot, que celles où les placerait l'occlusion artificielle.

» Cette occlusion naturelle des paupières paraît favorable à la guérison; la maladie se dissipe ordinairement d'elle-même, sans aucun traitement, et il est douteux qu'il en fût ainsi si l'on s'obstinait à maintenir les yeux ouverts. Les médications actives ont peu de prise sur cette maladie. On se contente d'un traitement purement hygiénique : c'est le triomphe de l'occlusion comme dans les guérisons de M. Bonnafont.

» Il n'en est plus de même pour la kératite des enfants, dépendant de la scrofule, accompagnée aussi de photophobie et d'occlusion des paupières. Si l'on se borne ici aux soins hygiéniques, au traitement interne, la maladie entraîne trop souvent, malgré l'occlusion prolongée des yeux, l'opacité de la perforation de la cornée et l'affaiblissement ou la perte de la vue. Il est, je crois, rationnel de penser *à priori* que le bandage à occlusion ne serait pas plus efficace dans ce cas.

» Les enfants plus âgés, affectés de kératite, comme les adultes, tiennent les yeux entrouverts ou font de grands efforts de contraction des paupières, suivant le degré de la photophobie. L'occlusion artificielle les place évidemment dans d'autres conditions. J'ai essayé de traiter par cette méthode trois filles d'un tempérament scrofuleux, âgées de six ans, onze ans et douze ans, atteintes d'une kérato-conjonctivite aiguë entée sur une inflammation chronique. J'ai été obligé de renoncer à ce traitement après quelques jours d'essais, pendant lesquels les symptômes s'étaient aggravés.

» M. Bonnafont conserve des doutes sur les effets de l'occlusion dans l'ophthalmie purulente. Pour moi, la valeur de l'occlusion des paupières comme moyen de traitement dans cette maladie est jugée par des milliers de faits.

» En effet, cette occlusion est le moyen employé par la nature pour garantir les yeux, dans ce cas, de l'action de la lumière et du contact de l'air. Or quels sont les résultats de cette occlusion naturelle des yeux, identique avec l'occlusion pratiquée par l'art, abstraction faite de la compression, que M. Bonnafont n'a pas en vue dans l'emploi de sa méthode?

» Ces résultats diffèrent suivant le siége de l'ophthalmie, suivant qu'elle est simplement *palpébrale* ou *palpébro-oculaire*.

» Si l'ophthalmie purulente des enfants n'est que palpébrale, elle se termine heureusement dans la plupart des cas; et l'occlusion est certainement en droit de réclamer sa part dans cette guérison spontanée.

» Voilà donc toute une catégorie de cas que la seule occlusion naturelle guérit, et que l'occlusion artificielle n'empêcherait pas sans doute de guérir, pourvu qu'elle ne mît pas obstacle à l'écoulement du pus.

» Mais quand l'ophthalmie puriforme des enfants est palpébro-oculaire, avec les seuls soins hygiéniques, il arrive fréquemment que la cornée s'infiltre de pus, s'ulcère ou se ramollit et se perfore. Mackensie, MM. Guersant et Chassaignac, citent des cas de ce genre. Dans les faits de cette nature, l'occlusion naturelle des yeux se montre tout à fait insuffisante.

» Quant à l'occlusion artificielle, ou méthode expectante hygiénique, elle serait non-seulement insuffisante, mais encore dangereuse, parce qu'elle laisserait séjourner le pus à la surface de l'œil, et compromettrait ainsi les membranes déjà malades.

» Parmi les nombreux relevés statistiques qui attestent la supériorité de la médecine agissante dans l'ophtalmie purulente des enfants, permettez-moi de citer les résultats obtenus, dans l'espace

de six années, à l'hospice des Enfants trouvés de Saint-Pétersbourg par le docteur Frœbelius. 2,718 enfants ont été traités d'ophthalmie purulente du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1852 ; 1,766 ont été complétement guéris ; 736 sont morts de maladies étrangères à l'affection oculaire ; 216 ont conservé diverses lésions de l'organe de la vision, mais sur ce nombre 48 seulement ont perdu la vue d'un œil ou des deux yeux.

» M. Frœbelius n'a introduit que pendant les dernières années le traitement qu'il nomme *abortif* (lavages à grande eau, instillations d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent). Or, sur 958 malades, il n'y a eu, les deux dernières années, parmi les enfants qui ont vécu, que 4 enfants restés borgnes ou aveugles, et 45 qui aient conservé des altérations moins graves de l'œil ; tandis que les deux premières années avaient donné, sur 925 malades, 39 cécités complètes ou incomplètes, et 54 lésions moins profondes ; et les deux années suivantes, 5 cas de perte simple ou double de la vue et 69 lésions diverses, sur 835 enfants.

» Il faut noter que non-seulement un meilleur traitement a été employé les deux ou trois dernières années, mais encore qu'après les deux premières les enfants ont été admis à une période moins avancée de la maladie, que, par conséquent, les premières années, un plus grand nombre de cas ont été abandonnés à la nature.

» Les propositions suivantes me paraissent découler des considérations que je viens de présenter : 1° Les résultats de l'occlusion artificielle de M. Bonnafont montrent que des inflammations oculaires graves peuvent guérir sans l'intervention d'une médecine active. — 2° De nouvelles observations sont nécessaires pour déterminer plus exactement la limite rationnelle des applications du procédé de M. Bonnafont. — 3° Les effets de l'occlusion naturelle, physiologique, volontaire ou pathologique, ne confirment qu'en partie les avantages attribués par M. Bonnafont à l'occlusion artificielle. — 4° La blépharite photophobique, catarrhale ou scrofuleuse des enfants guérit par l'occlusion. — 5° L'occlusion paraît beaucoup moins avantageuse dans la kératite scrofuleuse. — 7° La blennophthalmie palpébrale des enfants peut guérir par le seul effet de l'occlusion ; mais le danger attaché à l'extension de la maladie au globe oculaire doit faire généralement préférer le traitement abortif.

M. *le président* annonce que la suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Chimie appliquée. — M. *Chatin*, au nom d'une commission composée de MM. Guibourt et Chatin, *rapporteur*, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Lepage*, pharmacien à Gisors, travail intitulé : *Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde*. Après avoir présenté un résumé succinct de la partie historique du mémoire de M. Lepage, le rapporteur continue en ces termes ; « M. Lepage s'est à son tour livré à des recherches analytiques dont le résultat est d'étendre et de préciser nos connaissances sur la composition chimique du marron d'Inde. Il a opéré sur des fruits récemment récoltés et décortiqués, c'est-à-dire privés du péricarpe hispido-épineux et du testa brun coriace. L'analyse lui a fourni les résultats suivants : *Eau*, 45,00 ; *tissu végétal*, 8,50 ; *fécule*, 17,50 ; *huile douce saponifiable*, 6,50 ; *glycose* ou sucre analogue, 6,75 ; substance particulière d'une saveur à peine douceâtre, 3,70 ; *saponine* ou principe amer, 4,45 ; *matières protéiques* (albumine et caséine), 3,35 ; *gomme*, 2,70 ; acide organique indéterminé et substances minérales (potasse, chaux, magnésie, chlore, acides sulfurique et phosphorique, traces de silice), 1,55.

» Après avoir complété ses études chimiques, M. Lepage aborde, dans une deuxième partie de son mémoire, la question des applications possibles ou avantageuses du marron d'Inde, qu'il considère au point de vue de la fabrication de la dextrine, du glycose, de l'acide oxalique, des colles et apprêts, de l'alcool, de l'acide lactique, de la fabrication d'un pain mélangé de froment, de la nourriture des animaux, etc. Cette seconde portion du mémoire offre d'utiles indications.

Conclusions : Remercîments à l'auteur du mémoire ; renvoi de son travail au comité de publication. (*Adopté.*)

Nominations. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'une *commission de onze membres* chargée de désigner les sections dans lesquelles devront être déclarées les deux prochaines vacances. Sont nommés : MM. *Baillarger*, *Michel Lévy*, *Bégin*, *Chatin*, *Lagneau*, *Louis*, *Danyau*, *Guérard*, *Huzard*, *Bussy*, *Boutron*.

Présentation. — M. *Depaul* met sous les yeux de l'Académie le cadavre d'un enfant nouveau-né qui a succombé récemment avec une anomalie remarquable du canal digestif.

Voici les principaux symptômes observés quelques heures après la naissance : rétention du méconium ; vomissements d'une matière liquide tout à fait semblable au méconium ; tension modérée du ventre ; absence de matité, et même sonorité exagérée sur les parties latérales de l'abdomen. Une sonde, portée dans l'orifice anal, pénètre aisément jusqu'à 10 centimètres environ, et butte là contre un obstacle qui paraît insurmontable. Une matière demi-liquide, d'un blanc grisâtre, demeure fixée à l'instrument. M. Depaul, ne pouvant plus douter de l'existence d'une imperforation de l'intestin, pratique l'opération de l'anus artificiel ; mais l'enfant succombe dans les convulsions, onze heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouve pas trace de péritonite ni d'inflammation autour de la plaie chirurgicale. Depuis la bouche jusqu'à une distance de 10 à 15 centimètres du cæcum, le tube digestif est normal ; mais il se termine brusquement en ce point par un renflement ampullaire auquel succède une espèce de cordon ou appendice d'un petit diamètre, qui représente la fin de l'intestin grêle. L'anus est normalement conformé. Le gros intestin est d'un très petit calibre, mais perméable dans toute son étendue.

M. Depaul rappelle qu'il a déjà entretenu l'Académie d'un fait analogue, dans la séance du 17 octobre 1854.

La séance est levée à quatre heures un quart.

— L'Académie se forme en *comité secret*, pour entendre la lecture du rapport de la *section de physique et de chimie médicales* sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 15 février 1856. — Présidence de M. Cazeaux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

1. *Recueil des travaux de la Société d'Indre-et-Loire*, 3e et 4e trimestre de 1854.
2. *Boletin del Instituto medico Valenciano.*
3. *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, 1855.
4. *Bulletin de la Société libre d'émulation du commerce et de l'industrie de la Seine-Inférieure*, 1855.
5. *Des maladies aiguës des articulations avec production du pus, simulant le rhumatisme*, par M. Delioux.
6. *Des relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales*, par M. Delioux.

Maladies des aiguiseurs.

M. Boys de Loury lit un rapport sur un mémoire du docteur Desayvre, dont voici l'analyse.

M. le docteur Desayvre, médecin de la fabrique d'armes de Châtellerault, vous a présenté, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, un mémoire sur les maladies qui affectent les ouvriers de cette fabrique. Ce travail, résultat de plusieurs années d'observation, comprend des ouvriers remplissant des fonctions différentes, et affectés nécessairement de maladies ne présentant pas les mêmes caractères. Les uns sont occupés à la forge et fondent les diverses parties des armes à feu, les canons de fusil, les platines,

les baguettes et, exposés à l'action d'un feu très ardent, la plupart de ces ouvriers sont affectés de maladies des yeux qui, après avoir commencé par l'inflammation des paupières, envahissent progressivement les membranes de l'œil, puis les parties profondes, se terminant le plus souvent par l'amaurose. On comprend également que ces ouvriers, soumis brusquement à des températures très variables, soient sujets aux affections de poitrine. Toute cette partie du mémoire de M. Desayvre, malgré l'intérêt qu'elle présente, m'a semblé moins digne de fixer votre attention, que l'affection particulière à laquelle sont disposés les ouvriers aiguiseurs ; c'est d'elle seule que je vais m'occuper. Elle n'avait jamais été traitée jusqu'à présent d'une manière aussi complète que dans ce mémoire ; on connaissait bien quelques observations séparées, recueillies dans les *Annales d'hygiène*, sur les gens qui travaillent à la fabrication des aiguilles et des lames de couteaux, sur les casseurs de silex, mais les travaux du docteur Desayvre paraissent ne rien laisser à désirer sur l'étude de la maladie particulière à ces ouvriers.

L'action d'aiguiser les armes consiste à les passer sur une meule mue avec une très grande vitesse ; ces meules sont faites avec le grès dit bigarré et composées de silex uni par un ciment calcaire, elles sont d'une très grande dureté et n'éclatent presque jamais par l'opération du rillage, elles répandent une grande quantité de poussière. Le rillage est l'opération qui consiste à opérer, à la circonférence de la meule, des cannelures qui sont nécessaires pour l'aiguisement des armes ; ce ne sont pas seulement les armes blanches qui passent à l'aiguiserie, mais les baïonnettes, les baguettes de fusil, les casques et cuirasses : cette opération exige donc un nombre considérable d'ouvriers.

Pendant ce travail, il se dégage une très grande quantité de poussière, dont une partie s'élève pour retomber sur le plancher autour de la meule, et dont une autre beaucoup plus considérable s'élève en poussière fine remplissant toute l'usine d'un nuage pulvérulent tellement épais qu'on ne distingue plus aucun objet dans l'atelier. Cette opération, qui dure ordinairement une demi-heure, se répète au moins deux fois par jour. Malgré tous les moyens qu'on a conseillés pour prévenir les ouvriers contre le danger de cette opération, les ventilateurs qui sont en usage en ce moment, l'occlusion incomplète des voies aériennes, un jet d'eau traversant cette poussière et la résolvant en boue, on ne peut préserver entièrement les ouvriers contre l'action plus ou moins vive de cette poussière sur les voies aériennes, et par conséquent de l'affection dont l'auteur vous donne les détails.

M. Desayvre a fait l'autopsie de plusieurs aiguiseurs, la plupart avaient parcouru toutes les phases de la maladie, un autre avait succombé à une affection des méninges sans avoir présenté tous les symptômes de la maladie des aiguiseurs. Je vais analyser cette observation pour faire connaître les lésions anatomiques rencontrées au début de la maladie. Cet homme avait à peine de la toux, il n'avait jamais eu d'hémoptysie, pas d'expectoration, la poitrine avait la sonorité normale, les poumons avaient de faibles adhérences à la plèvre costale ; ils étaient crépitants et présentaient à leur surface un grand nombre de points d'une couleur variant du jaune au brun, et de diamètre depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à quatre à cinq fois cette dimension, ils offraient au toucher la sensation de grains de sable, et ils étaient aussi nombreux à la base qu'au sommet des poumons.

En incisant le tissu pulmonaire dans tous les sens, on trouve une multitude de ces petits corps variant, comme je viens de le dire, de couleur, suspendus à des filaments vasculeux ou bronchiques, les plus petits sont mous et aplatis, ils offrent à l'intérieur l'aspect noirâtre de la truffe ; les plus gros sont d'un blanc jaunâtre à l'intérieur et noir à l'extérieur, ils offrent une résistance beaucoup plus considérable que les premiers. Le tissu pulmonaire paraît sain autour de ces corps, il est rosé et surnage lorsqu'on le jette dans l'eau, la muqueuse bronchique n'est pas enflammée.

Voyons maintenant une des observations dans lesquelles la mort a été le résultat de la maladie ayant suivi son cours.

Un aiguiseur âgé de trente-neuf ans et travaillant depuis une quinzaine d'années, d'une constitution ordinaire, fut atteint d'une affection aiguë de poitrine dont il a bien guéri, traité par les émissions sanguines. Ce ne fut que beaucoup plus tard que des hémoptysies se déclarèrent sans cependant qu'il y eût souffrance dans la poitrine. Examinée en octobre 1849, la respiration est dure au sommet des deux poumons ; matité et râle caverneux dans les fosses sus et sous-épineuses gauches ; respiration incomplète dans toute l'étendue des poumons en arrière, dyspnée très prononcée après le moindre exercice. La poitrine est devenue douloureuse ; sueurs partielles, fièvre le soir, expectoration abondante, affaiblissement général, étouffement très prononcé, tous les symptômes prennent de plus en plus de gravité, le malade succombe au bout de deux mois.

Autopsie. — Les poumons adhèrent aux côtes et au diaphragme dans toute leur étendue par des pseudo-membranes très épaisses. Il existe du côté droit un épanchement de sérosité sanguinolente d'un litre environ. Les poumons et le cœur surnagent lorsqu'on les plonge dans l'eau. Les bords des poumons sont emphysémateux, les poumons offrent dans toute leur étendue la sensation de grains de plomb. Dans le tiers du poumon gauche, un peu en arrière, une caverne de six centimètres de longueur sur trois centimètres de largeur, tapissée d'une membrane épaisse, rouge, cartilagineuse, parsemée de brides dures qui circonscrivent de petites ouvertures rondes dans lesquelles un stylet fin ne peut pénétrer. Les parties environnantes sont dures, engorgées, farcies de grains noirâtres. Lorsqu'on coupe le poumon, on lui trouve un aspect granuleux, analogue à celui que présente une déchirure du foie. Quand on déchire le poumon engorgé, les granulations font plus de saillie et semblent fixées à la surface déchirée par une membrane qui les entoure. Il suinte de la section ou de la déchirure un liquide spumeux, sanguinolent comme dans la pneumonie. Dans plusieurs endroits, le poumon a un aspect semblable à celui de la truffe. En pratiquant des incisions à la partie inférieure des poumons, l'aspect change, l'engorgement est moins prononcé, la rougeur moins intense, les granulations plus rares et d'un aspect rosé ; leur coupe est mélangée de teintes noires et rouges. La muqueuse bronchique présente une teinte rouge uniforme. Le poumon engorgé n'est plus crépitant ; plongé dans l'eau il ne surnage pas.

L'engorgement existe dans presque toute l'étendue des deux poumons.

Les grains se voient dans toute l'étendue des poumons, aussi bien à la base qu'au sommet, excepté sur les bords ; ils sont noirâtres, durs, la plupart arrondis et de la consistance de la cire ; en général ils se laissent couper par l'ongle ; quelques-uns sont moitié noirs et moitié blancs, d'autres en petit nombre sont blancs, durs comme de la pierre, inégaux à leur surface, ils ont l'aspect de la silice et ne se laissent pas couper par l'ongle, ils sont à nu au milieu du tissu pulmonaire engorgé et induré à la périphérie de la caverne. Ces derniers sont beaucoup plus nombreux autour de la caverne que partout ailleurs.

L'observation dont je viens de rendre compte résume toutes celles de l'auteur ; par les divers caractères qu'il a consignés, il parvient aux conclusions suivantes :

La maladie des aiguiseurs est chronique ; dès le début elle se développe lentement, et c'est par années qu'il faut compter sa durée qui peut être de dix-huit mois, deux, quatre années et plus.

La durée de chaque période est difficile à déterminer ; la première est fort longue, il se peut même que la maladie ne l'aggrave pas. La poussière peut donc séjourner dans les poumons sans occasionner d'accidents.

La deuxième période est très variable, depuis un an jusqu'à quelques années. Dans la troisième, la marche de la maladie se précipite davantage, mais elle peut encore durer plus d'un an. On peut, au deuxième degré, espérer la guérison du malade, mais à la troisième période, lorsqu'il existe des cavernes, il n'y a pas d'exemple de guérison.

Les causes principales de la maladie sont l'absorption de la poussière et l'humidité ; la poussière joue le rôle essentiel, l'autre cause est infiniment moins nuisible. Tous les éléments d'affaiblissement sont fâcheux chez les aiguiseurs, et l'on ne devrait admettre dans cette profession que des hommes très robustes : ce sont les seuls qui aient résisté et n'ont pas été atteints par la maladie. Les vieux

aiguiseurs éprouvent continuellement de la dyspnée, à part un seul ouvrier qui a vécu jusqu'à quatre-vingt-trois ans, ils sont morts en moyenne à cinquante ans.

En résumé, la maladie des aiguiseurs commence par une irritation bronchique occasionnée par la poussière des meules répandue dans l'air, et qui, pénétrant dans les bronches, s'y accumule sous forme globulaire, y acquérant depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noisette, tantôt formée de silice et de chaux, le plus souvent retenue par des mucosités qui font corps avec elle et prenant une couleur variable entre le gris et le noir, ces couleurs quelquefois séparées en stries. Ces noyaux sont le centre d'une inflammation qui s'étend au tissu pulmonaire qui, après avoir été hépatisé, s'ulcère et se remplit de cavernes ; il y a donc des différences et des analogies entre cette affection et la phthisie tuberculeuse, la différence essentielle est l'absence de diathèse ; dans la première et la seconde période de cette maladie, il y a une grande différence ; mais à la troisième, les symptômes offrent la plus grande similitude. L'auteur propose de nommer cette maladie *phthisie pulmonaire calculeuse*.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 21 MARS 1856

Suite de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières.

Scrutin pour la nomination d'un membre correspondant.

Société anatomique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1855, par le docteur AXENFELD, secrétaire.

Messieurs, les travaux qui se sont succédé à la Société anatomique, pendant l'année 1855, ont été remarquables par leur nombre, leur variété et leur importance. Chargé de vous en rendre compte dans cette séance solennelle, je me sentirais à peine le courage d'aborder une pareille tâche, si je ne connaissais toute votre indulgence, et si je ne me souvenais que ma fonction consiste moins à apprécier vos travaux qu'à les résumer fidèlement.

Les présentations dont vous avez été témoins ont trait à l'anatomie normale, anormale et morbide. Je vais les rappeler en énumérant les divers appareils où vous avez rencontré soit des détails d'organisation peu connus, soit des anomalies, soit enfin des lésions pathologiques.

Système nerveux.

Cerveau, cervelet.

M. Breslau (de Munich) vous a donné lecture d'une observation fort remarquable d'*hydro-encéphalocèle* congénitale. Une petite fille nouveau-née portait à l'angle interne de l'œil gauche une tumeur pédiculée, d'un rouge violacé, fluctuante, douloureuse à la pression, qui s'ulcéra bientôt et donna issue à un liquide séreux. Autour du pédicule, on sentait un bourrelet osseux dont on reconnut bientôt la nature à l'autopsie, qui fut pratiquée le lendemain (l'enfant ayant succombé à des convulsions). Une perforation, située dans le point de jonction de l'ethmoïde, du frontal et de l'os nasal du côté gauche, livrait passage à un prolongement effilé des ventricules latéraux. Seulement, la substance cérébrale disparaissait dans ce prolongement ; elle y semblait remplacée par une couche gélatineuse, grisâtre et mêlée de pus ; les membranes étaient confondues avec les parois de la poche, et c'est probablement à l'anastomose des vaisseaux méningiens avec ceux des téguments qu'était dû l'aspect érectile de la tumeur. M. Houël a fait suivre cet exposé d'un rapport plein d'érudition et d'observations judicieuses sur ce problème ardu des hernies du cerveau, question de théorie, question de pratique aussi, comme notre collègue l'a prouvé en discutant la date probable, la cause prochaine de ces hernies, la source du liquide séreux qu'on y rencontre, et la présence, suivant lui constante, ou peu s'en faut, de la substance cérébrale dans ces tumeurs.

L'observation d'*hydrocéphalie ventriculaire* qui vous a été communiquée par M. Bertholle se recommande à votre attention moins par la rareté de la lésion que par la précision avec laquelle elle a été décrite.

A l'autopsie d'un malade mort avec des accidents cérébraux survenus tardivement après une chute sur la tête, M. Caron a trouvé une de ces *apoplexies méningées* dont la disposition vous est bien connue. Un kyste membraniforme occupait en partie la cavité arachnoïdienne, à gauche ; il contenait du sang altéré : double circonstance qui prouvait l'ancienneté de la maladie et faisait présumer que les symptômes observés pendant les derniers jours du malade devaient plutôt être attribués à une congestion récente du cerveau qu'à l'hémorrhagie méningée elle-même.

M. Boscredon vous a montré des *concrétions* calcaires dans les *plexus choroïdes* d'une jeune fille affectée de la danse de saint Guy ; ce qui paraissait être une simple coïncidence.

Y avait-il une relation plus directe entre les accès d'épilepsie du malade dont M. Guyot vous a communiqué l'histoire, et l'*ossification de la faux du cerveau* rencontrée à l'autopsie ? M. Vulpian s'est attaché, et il est presque parvenu, à résoudre cette question par l'affirmative. Notre collègue a emprunté à des auteurs anciens et contemporains une foule d'exemples où de pareilles ossifications étaient la seule lésion appréciable que contînt le crâne des épileptiques. Quelque incrédule qu'on se montre en matière d'étiologie, surtout en ce qui touche aux maladies nerveuses, on ne peut nier la valeur des faits accumulés par M. Vulpian. N'omettons pas, toutefois, d'ajouter que le même malade avait dans l'hémisphère gauche un ancien foyer apoplectique, mais sans altération de la substance cérébrale voisine.

Ce terme d'*ossification*, dont nous venons de nous servir, est pris ici dans son acception propre, dont on ne le détourne que trop souvent en l'appliquant aux dépôts amorphes de sels calcaires. C'était bien de la substance osseuse que renfermait la faux du cerveau. M. Vulpian y a reconnu au microscope les canalicules et les corpuscules caractéristiques.

Vous savez, du reste, que c'est là un fait ordinaire. Il y a peu d'années (1850), M. Follin a pu le vérifier également sur une ossification de la faux analogue à celle présentée par M. Guyot.

Ces observations ne tendraient-elles pas à faire restituer en partie à la dure-mère le titre de périoste interne du crâne, dont on l'a dépouillée pour la considérer exclusivement comme l'une des enveloppes de l'encéphale ?

Notre président nous a communiqué un fait de *production fibreuse de la dure-mère*, et nous avons vu se réaliser sur la pièce le diagnostic porté au lit du malade, diagnostic qui comprenait et l'insertion précise de la tumeur sur la face postérieure du rocher, et son prolongement sur le trajet des nerfs de la huitième paire, et jusqu'à sa structure.

Le malade avait été adressé à M. Cruveilhier comme étant atteint d'une paralysie du pharynx, qui existait en effet, mais qui n'existait pas seule ; elle coïncidait avec un affaiblissement général et une singulière lenteur des mouvements, tous symptômes plus marqués du côté gauche du corps. Une céphalalgie atroce les accompagnait. On trouva une tumeur fibreuse implantée par une large base sur le rocher, — comprimant le lobe gauche du cervelet dont elle était séparée par une collection purulente, — pénétrant dans le trou déchiré postérieur. M. Cruveilhier nous a exposé, à ce propos, le résultat de ses recherches sur la texture des tumeurs qui ont leur point de départ dans la dure-mère ; sa classification des tumeurs crâniennes en celles qui naissent de la face antérieure et de la face postérieure du rocher ; enfin, son opinion relative à l'effet *direct* exercé sur les mouvements volontaires par les lésions du cervelet, en opposition avec les effets croisés produits par les maladies cérébrales.

A côté de ce fait, se place naturellement celui qui vous a été soumis par M. Luys. Une *tumeur* mollasse, fongoïde (ses connexions avec les membranes ne sont pas indiquées d'une manière précise) existe sur les limites des fosses cérébrales antérieure et moyenne, à gauche ; elle a déprimé la surface du lobe frontal. M. Robin, qui l'a examinée au microscope, y a trouvé les carac-

tères de l'*épithélioma des séreuses* et quelques éléments fibro-plastiques. Observant, d'une part, que cette tumeur était molle, friable, vasculaire, qu'elle offrait, en un mot, une ressemblance *apparente* avec le cancer; et, remarquant, d'une autre part, que l'épithélioma des séreuses est assez peu connu, M. Robin s'est demandé si de semblables productions de constitueraient pas, du moins en grande partie, ce que les auteurs appellent les fongus de la dure-mère.

Un troisième fait de tumeur intra-crânienne a été offert à votre examen par M. Fleurot. Cette fois il s'agit d'une masse *fibro-plastique* qui paraît s'être développée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Sa position sous la tente du cervelet, ses rapports avec les parties voisines, et j'ajouterai les symptômes observés pendant la vie, sont presque les mêmes que ceux observés chez le malade de M. Cruveilhier. A part l'existence d'une paralysie de la face dans sa moitié gauche, et une démence complète dans les derniers jours de la vie, l'observation de M. Fleurot est la répétition à peu près textuelle de celle de M. Cruveilhier.

M. A. Fournier vous a montré une *apoplexie capillaire* survenue à la suite d'une plaie de tête, sans fracture, sans lésion aucune des méninges. On voyait sur la pièce ces petits foyers, en quelque sorte microscopiques, qui répondent à l'apoplexie capillaire telle qu'elle est décrite par M. Cruveilhier, et aux petits épanchements, que M. Nélaton regarde comme caractéristiques de la commotion cérébrale.

Nous nous arrêterons plus longtemps sur un cas de *foyers sanguins multiples* de l'encéphale, présenté par M. Poisson. Dans son rapport sur cette présentation, M. Millard a consigné quelques remarques intéressantes sur les questions qui suivent : 1° Par quels symptômes les apoplexies de la protubérance diffèrent-elles des foyers placés dans d'autres parties du cerveau ? M. Millard a vainement cherché ces caractères différentiels parmi les phénomènes observés chez le malade de M. Poisson. M. Dufour me paraît être dans le vrai, quand il n'attribue au foyer de la protubérance d'autres signes que la mort presque subite déterminée par l'irruption du sang dans le quatrième ventricule.

2° Dans toute hémorrhagie cérébrale, on le sait, la face est paralysée du même côté que les membres, fait constant, et qui, dans nos connaissances actuelles sur la structure du cerveau, ne peut cependant recevoir une explication satisfaisante. M. Vulpian, auteur d'un excellent travail sur l'origine réelle de plusieurs nerfs crâniens, admet un entrecroisement s'opérant entre les filets radiculaires des nerfs de la septième paire, droit et gauche. C'est à la paroi antérieure du quatrième ventricule qu'il a trouvé cet entrecroisement, et cette disposition anatomique ferait comprendre comment une lésion qui intéresserait cette paroi, à gauche de la ligne médiane, pourrait paralyser la moitié droite de la face, et *vice versâ*. Or, chez le malade de M. Poisson on avait précisément noté cette anomalie d'une paralysie faciale droite et d'une paralysie des membres à gauche. Il semblerait donc que « l'on aurait ainsi, dit M. Millard, l'explication naturelle et satisfaisante du phénomène anormal de cette observation, et un précieux fait pathologique à l'appui des intéressantes recherches de M. Vulpian sur l'origine réelle du nerf facial ; mais notre collègue, en examinant la pièce de M. Poisson, a été le premier à reconnaître la difficulté, j'ai presque dit l'impossibilité, d'établir la relation logique des symptômes avec les faits anatomiques. »

M. Cadet-Gassicourt et M. Martin vous ont apporté chacun un exemple de *ramollissement du cerveau*. Nous nous bornerons à mentionner ces deux faits.

Tout à l'heure nous énumérions les tumeurs intra-crâniennes qui ont été montrées à vos séances. Celles dont il nous reste à parler avaient leur siége dans la substance cérébrale même. Sur une pièce de M. Bertholle, c'était un *cancer* placé à la partie moyenne de l'hémisphère cérébral droit. On est frappé de voir cette production, assez volumineuse cependant, rester presque sans influence sur les fonctions cérébrales, tandis que, au contraire, les congestions et les hémorrhagies qui s'y sont ajoutées à deux intervalles, ont dominé tous les symptômes.

M. Lala vous a montré deux cas de *tubercules du cervelet*. C'était probablement encore du tubercule que cette fausse membrane de la pie-mère cérébelleuse qu'il a mise sous vos yeux dans une troisième présentation. Autant de faits intéressants, mais dont il est impossible, jusqu'à présent, de tirer grand parti pour l'histoire pathologique du cervelet.

M. Vulpian a rassemblé un certain nombre de faits d'amaurose coïncidant avec des altérations diverses de cet organe (comme cela est arrivé aussi dans deux cas observés par M. Lala). On ne saurait trop applaudir aux efforts tentés par notre collègue pour se rendre compte de ce phénomène, et à la sage réserve avec laquelle il discute quelques hypothèses relatives à ce sujet.

Plusieurs fois M. Lala a noté chez ses malades des convulsions, de véritables éclampsies ; c'est là une observation que votre secrétaire a également faite assez souvent pendant son internat à l'hôpital des Enfants, et qu'il ne peut voir sans surprise rejetée comme inexacte par plusieurs auteurs recommandables.

M. Bailly, à l'autopsie d'une petite fille atteinte d'un mal de Pott, trouva des *tubercules* multiples occupant la périphérie du *cervelet* et une masse unique de même nature dans la *couche optique* du côté gauche. Il y avait eu une hémiplégie droite. M. Verneuil a rappelé à ce propos l'opinion de M. Andral relativement aux faits d'hémiplégie observés dans les maladies du cervelet.

Une hémorrhagie cérébelleuse existe-t-elle seule et occupe-t-elle le lobe latéral *droit* du cervelet, il y a hémiplégie *gauche*, et réciproquement ; une hémorrhagie cérébelleuse existe-t-elle en même temps qu'un foyer sanguin du cerveau, elle n'exerce plus aucune influence sur le mouvement volontaire, et l'hémiplégie qu'on observe est croisée par rapport à l'hémisphère cérébral. Il y aurait dans ces cas prépondérance d'action du cerveau sur le cervelet ; c'est le cerveau qui ferait la loi, la lésion cérébelleuse serait comme non avenue.

J'ai cité plus haut l'observation de M. Cruveilhier, comme infirmant cette règle de l'action croisée du cervelet, puisque chez le malade dont notre président a rapporté l'histoire, il y avait compression du cervelet à *gauche*, et faiblesse marquée de la moitié *gauche* du corps. Je pourrais rapprocher de ce fait ceux que M. Turner a cités dans sa thèse sur l'atrophie consécutive unilatérale du cervelet et de la moelle épinière : cette atrophie occupait constamment le même côté, et dans le cervelet et dans la moelle. Je pourrais encore, quoique avec moins de certitude, rapporter ici l'hémorrhagie cérébelleuse qui vous a été montrée par M. Richard-Maisonneuve (foyer considérable, surtout dans l'hémisphère gauche du cervelet; paralysie faciale gauche). Mais ces observations, et d'autres analogues, ne sauraient infirmer, à mon sens, les conclusions formulées par M. Andral. Ces conclusions demeurent applicables aux faits dont elles découlent rigoureusement. S'il y en a de contradictoires ; si l'une et l'autre opinion, quoique irréconciliables, s'appuient sur des autopsies faites avec tout le soin nécessaire, c'est qu'entre les deux opinions il y a place pour un progrès. M. Cruveilhier n'a-t-il pas dit : « Un fait exceptionnel, s'il est bien constaté, tue la règle ; ou plutôt, si les faits avec lesquels il est en opposition sont irréprochables, il établit une autre règle, il appartient à d'autres lois. »

Moelle épinière.

Sous ce chef je ne ferai que vous rappeler les *productions cartilagineuses* que M. Ravin a trouvées sur l'arachnoïde spinale, chez une femme atteinte d'un mal de Pott (il vous souvient sans doute d'une présentation analogue de M. Dufour). Je mentionnerai encore des *tumeurs granuleuses* rencontrées par M. Dupont dans la pie-mère spinale et cérébrale. Dans ces tumeurs, M. Robin a reconnu des *myélocytes*, production homœomorphe encore assez mal connue, qui paraît consister en une génération accidentelle des éléments qui constituent la substance grise. M. Caron a opposé à cette interprétation quelques arguments qui méritent considération. La continuité de ces tumeurs avec la substance nerveuse lui a paru contestable chez un sujet syphilitique qui présentait, le long de la moelle, de ces productions, où cependant M. Robin avait trouvé des myélocytes. Il y a plus, chez ce même malade il existait, d'après M. Caron, des granulations semblables sur les valvules sigmoïdes de l'aorte.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Société de chirurgie de Paris.

Séance du 12 mars 1856.

TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE.

M. *Robert* présente une malade qu'il a opérée de la fistule lacrymale en pratiquant la perforation de l'os unguis au moyen d'un instrument spécial imaginé par M. Reybard.

La même malade s'était présentée à l'hôpital Beaujon il y a trois ans; elle fut opérée à cette époque par la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire par ponction du sac et canule à demeure. Elle semblait dans de très bonnes conditions ; mais peu à peu, la malade étant retournée chez elle, il survint de la suppuration, l'inflammation prit une marche aiguë, et la canule dut être retirée. Bien des méthodes de traitement ont été employées pour combattre la fistule lacrymale ; elles ont donné des résultats si variables, qu'aujourd'hui des praticiens distingués, et M. Desmarres entre autres, en sont venus à conseiller et à pratiquer la destruction du sac lacrymal. La perforation de l'os unguis m'a parfaitement réussi dans les quatre cas où je l'ai mise en usage. Chez deux malades seulement il est resté un peu d'épiphora. C'est une opération très simple. A l'angle interne de l'œil on fait une incision qui met l'os unguis à découvert ; on y applique ensuite l'instrument de M. Reybard : c'est un emporte-pièce composé d'une sorte de vilebrequin surmonté d'un disque dont le diamètre est le même que celui du dernier tour de spire ; contre ce disque, on peut serrer le bord inférieur tranchant d'une canule destinée à produire l'ouverture.

La malade a été opérée il y a huit jours ; la cicatrisation est déjà parfaite. La preuve que l'ouverture artificielle n'est point oblitérée, c'est que, quand la malade se mouche, l'air se précipite dans le sac lacrymal et y produit une petite tumeur. A l'état physiologique, ce phénomène est empêché par l'existence d'une valvule à l'union du canal nasal avec le sac lacrymal. La malade n'a point de larmoiement.

M. *Follin* a eu recours trois fois à l'oblitération des voies lacrymales, qu'il croit une bonne opération. Les malades, il est vrai, ont du larmoiement pendant quelque temps ; mais peu à peu l'épiphora diminue et devient presque insensible. Chez deux malades qu'il a observés pendant longtemps, M. Follin n'a constaté qu'un larmoiement insignifiant, lorsque les opérés étaient exposés à un froid vif. Habituellement, le larmoiement était nul, et cependant M. Follin a pu s'assurer, par l'injection d'un liquide, que l'oblitération des voies lacrymales était complète.

M. *Robert* croit avoir vu une des malades opérées par M. Follin il y a environ six semaines ; son œil pleurait quand elle s'exposait au froid. M. Robert n'affirme rien quant aux résultats ultérieurs. En théorie, il trouve irrationnelle une opération ayant pour but de détruire un organe qui doit avoir une certaine importance.

M. *Verneuil* a observé un phénomène très singulier qui était survenu à la suite de la destruction du sac lacrymal pratiquée par M. Desmarres : c'était une névralgie faciale très douloureuse et rebelle à tous les moyens mis en usage.

M. *Richard* a vu bon nombre de fois pratiquer la destruction du sac, soit par le feu, soit par les caustiques. Le résultat définitif ne peut être constaté qu'au bout de six ou sept mois, quand l'opération a réussi ; quelquefois elle échoue, puisqu'une portion du sac a échappé à l'action du cautère ; il faut alors y revenir une, deux ou même trois fois. La destruction du sac ne constitue pas une méthode générale de traitement de la fistule lacrymale ; elle ne doit être mise en usage que quand les autres moyens ont échoué. Dans ces cas, elle peut rendre d'excellents services.

M. *Follin* est persuadé que les guérisons qu'on obtient au moyen du séton sont dues en réalité à l'oblitération du sac lacrymal. Chez un sujet guéri par cette méthode et qui n'avait point de larmoiement, M. Follin a pu constater cette oblitération par des injections.

M. *Chassaignac* est d'avis que la cautérisation du sac doit être réservée pour des cas exceptionnels et très rares, et qu'avec de la persévérance les méthodes ordinaires, appliquées convenablement, donnent presque toujours de bons résultats. M. Chassaignac a eu dans son service une femme opérée deux fois par M. Desmarres sans aucun succès ; elle avait l'œil tuméfié, enflammé, et se trouvait dans des conditions fâcheuses. En employant la dilatation progressive au moyen d'agents élastiques, de bougies, de tubes en caoutchouc, M. Chassaignac parvint à rendre aux voies lacrymales un calibre suffisant, et obtint d'excellents résultats. Lorsqu'on place la canule immédiatement après l'opération, une certaine force est nécessaire pour la faire pénétrer ; on déchire ainsi les parties molles, et l'on détermine des inflammations très graves. Mais si, après l'incision du sac, on dilate graduellement les voies lacrymales avant d'y porter une canule, tous ces accidents sont évités, et la canule reste très bien en place. M. Chassaignac qualifie de barbare une opération par laquelle on détruit un organe qu'on aurait pu, par d'autres méthodes, rendre à ses fonctions. La dilatation, appliquée avec prudence, lui a toujours réussi ; quelquefois il la fait suivre de l'application d'une canule ; d'autres fois la canule est inutile, et le malade ne s'en trouve que mieux.

M. *Cloquet* s'est servi du séton de plomb comme moyen général de traitement pour la fistule lacrymale. Antérieurement, il avait employé la canule de Dupuytren, et plusieurs fois il avait eu occasion de s'en repentir ; il a vu se développer, sous l'influence de ce corps étranger, des accidents inflammatoires qui ont nécessité l'extraction de la canule. Or cette extraction n'étant pas toujours aisée, M. Cloquet a imaginé un petit instrument pour la rendre plus facile. M. Cloquet a donné des soins à la femme d'un gendarme, opérée de la fistule lacrymale par Dupuytren, chez laquelle la canule avait perforé la voûte palatine et produit l'ulcération de la langue. Il a opéré quelquefois par la méthode de Laforest, en se servant de la canule de Gensoul, et a obtenu ainsi des guérisons.

Pour la perforation de l'os unguis, M. Cloquet rappelle un instrument de M. Talrich, espèce de pince dont une des branches, introduite dans le nez, est destinée à servir de point d'appui à l'autre, qui opère la perforation. M. Cloquet n'a essayé cette méthode que sur le cadavre ; mais la méthode de Scarpa lui paraît très simple et ne lui a jamais donné que des succès, en tant qu'il s'en souvient ; M. Cloquet se demande ce qui l'a empêché d'en faire une méthode générale.

M. *Huguier*, n'ayant pas d'instrument spécial sous la main, un jour qu'il avait essayé en vain d'introduire la canule de Dupuytren, s'est servi tout simplement, pour perforer l'os unguis, d'une pince à pansement ordinaire, et son malade guérit admirablement.

M. *Monod* a vu, à la Maison de santé, M. Demarquay opérer avec l'instrument de M. Reybard ; il est convaincu que la guérison qu'on obtient par cette opération tient à l'oblitération consécutive du sac lacrymal. Si chez la malade de M. Robert l'air passe dans le sac, M. Monod croit que le fait est exceptionnel.

M. *Cloquet* attire l'attention sur les guérisons spontanées de la fistule lacrymale qu'on observe quelquefois chez les personnes syphilitiques soumises à un traitement interne. Chez un malade de cette espèce, qui avait guéri après avoir mouché une portion des os du nez, M. Cloquet a trouvé à l'autopsie, pratiquée plusieurs années après, une destruction de toute la paroi interne du sac lacrymal, et une large communication entre les voies lacrymales et les fosses nasales.

M. *Broca* rappelle un fait qu'il a observé à la Charité, dans le service de M. Gerdy. M. Richet, qui remplaçait momentanément le titulaire, voulant placer une canule dans le canal nasal d'une fille syphilitique atteinte de fistule lacrymale, fut arrêté par une exostose de l'os unguis qui oblitérait le canal. L'opération en resta là pour ce jour, et quelque temps après, M. Gerdy, ayant repris le service, perfora la paroi du sinus maxillaire en passant par la conjonctive ; une canule fut mise à demeure ; contre toute attente, la plaie de la conjonctive resta fistuleuse et la malade se trouva guérie. M. Broca a eu l'occasion de la revoir plusieurs fois depuis ce temps et de s'assurer que la guérison s'est maintenue.

Pour ce qui est de la canule de Dupuytren, M. Broca est d'avis qu'elle est trop dédaignée de nos jours ; il a, pour sa part, plusieurs exemples de guérison par cette méthode qui remontent à un temps assez éloigné. On ne doit pas, dit M. Broca, rejeter si

facilement une opération qui procure une guérison pour ainsi dire instantanée, et qui permet de renvoyer immédiatement les malades à leurs occupations. M. Broca la préfère au séton et à l'oblitération du sac lacrymal, qu'il trouve tant soit peu barbare.

M. *Lenoir* s'élève, comme M. Broca, contre le discrédit que l'on tend à jeter sur la méthode de la canule ; M. Lenoir n'emploie pas d'autre méthode dans sa pratique, et il ne se rappelle aucun insuccès. Il est vrai qu'il a fait subir à la manière d'agir de Dupuytren deux modifications qui expliquent peut-être les bons résultats qu'il en obtient. Dupuytren se servait d'une canule conique, tranchante à son extrémité inférieure ; introduite de force immédiatement après l'opération, cette canule, rencontrant l'obstacle, le rétrécissement qui se retrouve toujours dans les voies lacrymales affectées de fistule, déchire les parties molles, les repousse au-devant d'elle, donne lieu à des inflammations suivies de suppuration, et se trouve bientôt d'un trop faible calibre pour rester en place ; d'un autre côté, les canules coniques, quand elles sont serrées par les tissus mous, ont toujours de la tendance à remonter. M. Lenoir, après avoir fait la ponction du sac lacrymal, cherche à dilater graduellement le rétrécissement des voies lacrymales au moyen de cordes de boyaux, de bougies de gomme ; cette opération préalable exige ordinairement de quatre à cinq jours, au bout desquels il place une canule spéciale, faite de platine. Cette canule, un peu élargie en haut, se divise à sa partie inférieure en trois branches divergentes et élastiques, terminées par une portion recourbée en dedans, sorte de crochet qui, en s'engageant sous le bord inférieur d'un mandrin, maintient les branches rapprochées pendant l'introduction de la canule. Le mandrin retiré, les branches s'écartent et la canule prend la forme d'un sablier, ce qui l'empêche de se déplacer. M. Lenoir a pratiqué cette opération de trente à quarante fois ; deux fois seulement il a vu les malades revenir parce qu'ils étaient incomplétement guéris. Dans un cas, la guérison remonte à neuf ans. M. Lenoir croit que tous les canaux de création artificielle tendent constamment à s'oblitérer.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sirop de cerises à la pepsine, par M. L. Corvisart.

Nous avons rappelé l'année dernière (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 546) les principes de physiologie qui avaient conduit M. Corvisart à administrer la pepsine dans certaines affections gastriques ; nous avons mentionné le procédé par lequel celle-ci était obtenue et rendue propre à l'usage interne ; nous avons enfin exposé succinctement le résultat favorable d'expériences entreprises par nous-même sur les propriétés thérapeutiques de cette substance. Une haute distinction a, depuis lors, consacré l'importance des recherches de M. Corvisart.

La préparation que l'auteur a communiquée simultanément à plusieurs journaux et que nous relevons dans le Bulletin général de thérapeutique (30 janvier 1856), n'a d'autre avantage ni d'autre but que de faciliter l'administration de la pepsine. Il n'est pas toujours facile de faire prendre aux enfants, ou même à de grandes personnes, la *poudre nutrimentive*, qui a une saveur acide très prononcée. M. Corvisart a donc songé à incorporer la pepsine dans du sirop ; il a reconnu que le sirop de cerise était, de tous, celui où elle se dissimulait le mieux, et qui était le plus volontiers accepté des petits malades. Voici sa formule :

Pr. Pepsine (acide ou neutre). . 60 grammes.
Faites dissoudre dans :
Eau froide . . . . 14 —
Filtrez et ajoutez :
Sirop de cerises acidule . . 70 —

Chaque cuillerée à soupe de sirop (15 grammes) contient 1 gramme de pepsine. La dose est d'une cuillerée pour les adultes, et d'une demi-cuillerée pour les enfants.

Le *Bulletin de thérapeutique* dit que ce sirop se prend à la fin de chaque repas. Nous avons vu pourtant M. Corvisart lui-même en conseiller l'administration une heure ou deux avant de se mettre à table. C'est la pratique que nous avons suivie chez un enfant et chez une dame, qui tous deux avaient de la répugnance pour les aliments et digéraient avec lenteur. Nous devons dire que, dans ces deux cas, le résultat n'a pas été aussi heureux que dans nos essais avec les prises nutrimentives. Mais peut-être l'indication n'était-elle pas ici bien formelle, notamment chez la dame qui, outre l'anorexie et la dyspepsie, éprouvait encore des douleurs gastriques assez vives après l'ingestion des aliments. Dans ce dernier cas, l'usage d'un milligramme environ de morphine à chacun des deux principaux repas a eu un plein succès. La digestion est devenue plus facile et exempte de douleurs.

Existe-t-il une hypertrophie concentrique des ventricules du cœur ? par M. Robert Law.

Les considérations sur lesquelles s'appuie l'auteur pour admettre, contre des autorités respectables, l'existence de l'hypertrophie concentrique des ventricules du cœur, sont généralement justes ; on regrette seulement qu'elles répètent trop fidèlement ce qui a déjà cours depuis longtemps dans la science. Cette question n'étant pas dénuée d'intérêt, même au point de vue pratique, nous saisirons cette occasion de la résumer en quelques mots.

On sait que M. Cruveilhier conteste l'existence de l'hypertrophie concentrique et ne voit, dans l'état anatomique décrit sous ce nom, que l'hypertrophie simple de cœurs qui se sont contractés énergiquement jusqu'à la mort. Un auteur anglais, M. Budd (*Transactions Medico-Chirurgicales*, t. XXI, p. 296), admet l'hypertrophie concentrique, mais seulement comme le résultat d'une disposition congénitale. L'opposition de ces observateurs et de plusieurs autres venus à la suite, repose sur ce fait qu'on peut ramener la cavité ventriculaire à des dimensions au moins normales par une simple distension de ses fibres. D'où il suit que si cette distension est impuissante dans un certain nombre de cas, ces cas-là, du moins, échappent à l'objection. Or, c'est ce qui a été constaté par beaucoup d'anatomistes et par M. Budd lui-même, qui, plusieurs fois, n'a pu ramener les ventricules, par une distension de leurs parois, à des dimensions qui pussent passer pour physiologiques. M. Dechambre a publié en 1844, dans la Gazette médicale de Paris (numéro du 21 septembre), un résumé d'expériences qui ne permettent plus, ce nous semble, de nier la possibilité d'une réduction permanente du ventricule gauche avec hypertrophie de ses parois.

M. Law croit que cette forme d'hypertrophie cardiaque peut prendre naissance quand un rétrécissement de l'orifice mitral ne laisse arriver dans le ventricule qu'une quantité insuffisante de sang, surtout s'il existe en même temps un rétrécissement de l'orifice aortique obligeant le ventricule à des contractions très énergiques. La première condition amène la réduction graduelle de la cavité, et la seconde le développement anormal des parois, c'est-à-dire les deux éléments constitutifs de l'hypertrophie concentrique. Rien de plus rationnel et de plus exact ; mais tout cela a déjà été dit, et bien dit, par M. le professeur Forget (de Strasbourg), dont le nom ne figure même pas dans le travail de M. Law. Ajoutons que, suivant nous, l'hypertrophie avec effacement de la cavité ventriculaire, peut se produire encore dans des conditions autres que celles qui viennent d'être indiquées ; mais ce côté de la question nous entraînerait trop loin. (*The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, novembre 1855.)

De la teinture d'iode dans l'angine couenneuse, par M. Lecointe.

Ce court travail, tout pratique, repose sur trois observations seulement, en ne faisant pas entrer en compte celles où la médication iodée n'a été employée que préventivement. Dans deux de

ces cas, les toniques généraux et le bicarbonate de soude ont été administrés à l'intérieur, en même temps qu'on cautérisait avec la teinture d'iode pure les amygdales tapissées de fausses membranes. Cette circonstance suffira, aux yeux de beaucoup de personnes, pour rendre douteuse l'action propre de l'iode. Néanmoins, la chute rapide des fausses membranes après la cautérisation, et leur non-reproduction sur le même point, permettent d'admettre une modification avantageuse des tissus soumis à l'action du caustique. Dans un cas, d'ailleurs, le badigeonnage avec la liqueur a été, avec l'emploi d'une pommade iodurée et belladonnée en frictions sur le cou, le seul traitement employé, et le résultat a été le même que dans les autres. Ajoutons que dans tous trois, il s'agissait bien réellement de l'angine couenneuse, non de l'angine simplement pultacée ou de la stomatite membraneuse, et que les ganglions sous-maxillaires étaient notablement engorgés.

Le mode de traitement préconisé par M. Lecointe peut donc avoir son utilité ; mais vaut-il mieux, vaut-il autant, que certains autres qui sont également à la portée de tout le monde? C'est ce que nous ne saurions accorder. A ne considérer que le traitement topique, que doit-on se proposer ? Modifier l'action organique des tissus, sans doute, mais aussi la modifier le plus promptement possible et dans la mesure commandée par le cas actuellement soumis à l'observation. La teinture d'iode est un modificateur actif, mais moins actif et moins rapide que le nitrate d'argent. De plus, quoique modifiant moins énergiquement les surfaces, et même à cause de cela, il nous paraît plus susceptible de déterminer un de ces mouvements phlegmasiques qu'on redoute beaucoup dans l'angine couenneuse, et dont l'azotate d'argent lui même a été accusé dans la récente épidémie. Et comme cette dernière substance peut être parfaitement dosée, et conséquemment son action mitigée autant que de besoin, nous ne voyons aucune raison de la remplacer par une autre. Que si nous ne trouvions pas indication d'agir jusqu'à effet *destructif* sur les surfaces, nous préférerions encore le perchlorure de fer à l'iode, comme étant plus susceptible, par son action astrictive, d'arrêter la sécrétion membraneuse. On sait d'ailleurs qu'il a déjà été employé avantageusement à cet usage. (*Bull. général de thérap.*, 30 janvier 1856.)

Trouble de la cornée, survenant après chaque sommeil, par V. Rosas.

Le fait consigné dans cette observation est probablement unique dans la science ; c'est pourquoi nous allons le rapporter dans tous ses détails.

Obs. — Le malade est un jeune homme de vingt-cinq ans ; il fait remonter son mal à environ dix-huit mois. Il s'en aperçut pour la première fois en se réveillant, un matin, d'un sommeil qui avait été précédé de grandes fatigues de la vue, presque non interrompues pendant deux jours et deux nuits. Depuis lors tous les jours, en sortant de son lit, il éprouve un trouble de la vision auquel répond un défaut de transparence de la cornée du côté droit. Ce trouble dure ordinairement quatre heures; ce n'est que lorsque le malade se livre à des exercices violents, ou sous l'influence d'autres causes d'excitation, telles que l'électricité, des pommades excitantes, que le trouble se prolonge un peu plus longtemps. Les douches froides sur la tête, au contraire, le font disparaître dans l'espace d'une demi-heure. Immédiatement après le réveil, le malade n'éprouve rien de particulier, tant qu'il reste couché dans son lit ; mais sitôt qu'il fait le moindre mouvement pour se lever, il sent sa vue s'obscurcir peu à peu. Le mal atteint son maximum en cinq minutes ; il reste dans cet état pendant près d'une heure ; puis il décroît progressivement, pour disparaître complètement dans le temps indiqué.

L'œil droit, examiné pendant la période de transparence de la cornée, présente une injection légère de la conjonctive oculaire et palpébrale, une netteté complète de la cornée, dont le brillant et le degré de courbure n'ont subi aucune modification; l'humeur aqueuse et la chambre antérieure ne montrent rien d'anormal. L'iris est détaché, en plusieurs points, du bord ciliaire ; la principale solution de continuité siége en haut : elle a cela de particulier, ainsi que les autres, qu'elle n'intéresse que la couche antérieure de la membrane ; la couche pigmentaire n'est nullement détachée de ses adhérences avec le cercle ciliaire. La pupille est portée en bas et en dedans; elle a une forme ovalaire, mais a conservé sa grandeur normale, et se contracte vivement sous l'influence de la lumière. L'ophthalmoscope fait découvrir une injection notable de la rétine et une forte hypérémie de la choroïde : cette dernière se voit d'ailleurs facilement sans le secours d'aucun instrument.

Le traitement a consisté d'abord en douches froides sur la tête ; nous avons déjà dit qu'elles avaient pour effet de réduire à une demi-heure la durée de l'accès, mais elles n'empêchaient nullement l'accès suivant de se produire. Après les avoir supportées pendant quinze jours, le malade refusa de s'y soumettre plus longtemps. On employa ensuite, à titre d'essais, le sulfate de quinine, l'opium, la morphine, l'iodure de potassium administré soit à l'intérieur, soit extérieurement. Tous ces moyens ne donnèrent aucun résultat. Des onctions avec la pommade mercurielle autour de l'œil, l'application de l'électricité eurent pour effet de prolonger d'une demi-heure la durée de l'opacité. Un traitement de six semaines n'ayant produit aucune modification, on conseilla au malade de s'en tenir simplement au repos.

Quelle cause assigner à cette singulière affection ? Quelle explication donner de ce trouble périodique de la cornée ? Il est impossible de le dire dans l'état actuel de la science. L'auteur de l'observation avait cru un instant qu'il s'agissait là d'une accumulation d'épithélium sur la face antérieure de l'œil ; mais il a dû renoncer à cette explication, après avoir constaté que la vision se troublait, non pendant le sommeil, mais au moment où le malade se disposait à sortir du lit. Dire qu'il y avait là une espèce de fièvre larvée, ce serait se contenter d'un mot ; d'ailleurs, le sulfate de quinine est resté complètement inefficace. Nous devons regretter que M. Rosas ne nous ait pas fourni des détails plus circonstanciés, qui eussent été d'un grand intérêt, sur l'état local du mal, sur son siége anatomique, sa circonscription, son intensité, comme aussi sur l'état des autres parties de l'œil pendant la durée de l'opacité. (*Wiener Medic. Wochensch.*, 1856, n. 3.)

Sur le traitement par l'opium des ulcères cancéreux, surtout de la mamelle, par L. Sprengler.

Quand il s'agit de calmer les vives douleurs qui accompagnent certains ulcères carcinomateux, il n'est personne qui ne songe immédiatement à l'opium ; mais ce narcotique, administré ordinairement à l'intérieur, est d'autant moins efficace qu'on l'emploie depuis plus longtemps. Peu à peu, les malades s'habituent à prendre des doses très considérables de ce médicament, sans y trouver le même soulagement que leur procurait autrefois une simple dose de 3 ou 5 centigrammes. D'un autre côté, ces fortes doses de narcotiques ne laissent pas que d'exercer une influence désastreuse sur l'état général des malades. Employé localement, au contraire, l'opium ne paraît pas avoir les mêmes inconvénients, si nous en jugeons par les faits communiqués par le docteur Sprengler.

Obs. I. — Une personne de quarante ans portait, depuis plusieurs années, un ulcère carcinomateux qui siégeait entre les deux sourcils et qui s'étendait à la racine du nez, au front, à l'angle interne des yeux, et enfin aux paupières supérieures. Elle avait été traitée par une foule de moyens, entre autres par la pâte de Canquoin, par l'arsenic. Progrès incessants du mal. On applique alors une pâte formée de parties égales de poudre d'opium et d'eau. La première application fut suivie d'une douleur violente, qui se calma néanmoins très rapidement, pour être remplacée par une sensation agréable. L'emploi journalier de ce mode de pansement procura non-seulement le retour du sommeil, mais encore une amélioration rapide de la constitution générale. La teinte terreuse de la face disparut, et la malade reprit assez de forces pour travailler. Pendant les trois ans qu'elle fut soumise à l'observation du docteur Sprengler, son état fut très supportable.

Obs. II. — Sage-femme âgée de cinquante ans ; tumeur du sein ulcérée depuis cinq ans ; excavation suppurante, du volume de la moitié du poing, dans le sein gauche ; bords renversés, ganglions axillaires indurés, etc. Cette excavation est remplie de charpie qu'on avait saupoudrée de poudre d'opium ; disparition complète des douleurs. Bientôt la malade peut se lever et se livrer à ses occupations. Après un an de ce traitement, son aspect extérieur ne laissait rien à désirer : l'ulcère avait beaucoup diminué d'étendue et sécrétait fort peu. Puis survinrent des hémorrhagies capillaires, parfois assez abondantes, contre lesquelles on se servit avec succès du tannin. L'opium, uni au tannin, fut employé ensuite, dans le but de remédier à la fois aux hémorrhagies et aux douleurs. La malade vécut ainsi pendant quatre ans, sans souffrir beaucoup.

Obs. III. — Une femme de soixante ans était affectée d'une induration du sein, qui s'était ulcérée depuis quatre semaines ; la plaie s'agrandissait rapidement, et fournissait une grande quantité de pus fétide. Douleurs très vives. L'opium, appliqué localement, procura beaucoup de soulagement, et prolongea de plus d'un an la vie de la malade. Chaque fois qu'il était négligé, le cancer végétait énormément, et la fièvre mettait la malade au bord de la tombe.

On le voit, l'opium n'est point vanté par M. Sprengler comme un remède curatif du cancer : c'est un simple adjuvant du traitement qui rend la vie supportable aux personnes affectées de cette terrible maladie. M. Sprengler croit aussi que l'opium arrête l'accroissement de la production pathologique, en même temps qu'il protége le système nerveux central et périphérique contre l'influence délétère qu'exerce le cancer. On sait d'ailleurs que d'autres chirurgiens ont employé une médication topique analogue contre les ulcères chroniques en général. (*Zeitsch. f. klinische Medicin.*, tome VII, 1er cah.)

VI.

VARIÉTÉS.

Scorbut et typhus à l'armée d'Orient. Fondation d'une Société de médecine à Constantinople.

On nous écrit de cette dernière ville :

« La pauvre armée d'occupation est bien cruellement éprouvée : le scorbut et le typhus exercent de nouveaux ravages. Une quarantaine de médecins ont succombé. Français, Anglais, Sardes et Turcs sont également maltraités. La proportion des morts, relativement au nombre des malades, est de 15 à 20 pour 100. On a évacué un grand nombre de malades sur Constantinople. Depuis que le scorbut s'est montré, il y a dix-huit mois, pour la première fois, il n'a cessé de sévir avec une intensité sans cesse croissante. Nous pensons généralement que le scorbut a produit le typhus, le véritable typhus des armées, le typhus de Hildenbrand, qui est bien différent de la fièvre typhoïde. Nous engageons vos académiciens diserts à venir voir sur les lieux si le typhus et la fièvre typhoïde sont de nature identique. Ils reconnaîtront comme nous que ces deux malheureuses maladies offrent des caractères très distincts, et dans leurs symptômes et dans les lésions dévoilées par l'autopsie. On trouve généralement, dans les intestins des morts par typhus, des plaques noires, des eschares, et point de ces ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde (dothiénenterie). Je n'ai pas la prétention de décrire aujourd'hui le scorbut ou le typhus : je me borne à constater quelques faits ; d'autres, plus habiles que moi, préparent déjà des travaux importants qui ne tarderont pas à paraître dans vos journaux de médecine.

Le scorbut et le typhus n'existent pas dans les hôpitaux turcs de Constantinople : cela s'explique très bien ; car depuis dix mois il n'a été fait aucune évacuation des ambulances de la Crimée. Les troupes cantonnées dans la ville fournissent seules les malades. La fièvre typhoïde règne épidémiquement dans la ville et fait d'assez grands ravages. Le temps est très inconstant : l'hiver est humide, mais pas froid. L'encombrement est considérable : il est impossible de trouver à se loger ; tout est occupé. La viande est rare, de qualité inférieure. Toutes ces causes réunies suffisent à rendre compte de l'accroissement des maladies.

Une Société médicale, composée de médecins civils et militaires, vient de s'organiser. Elle a tenu sa première séance sous la présidence de M. l'inspecteur en chef Baudens. Nous aimons à espérer que cette noble initiative de la France portera ses fruits, et que la Société, établie sur des bases solides, sera un jour appelée à augmenter le bien-être des médecins et à devenir un puissant auxiliaire à l'État dans l'œuvre civilisatrice qu'il a entreprise. »

— Par décret impérial en date du 16 mars, M. Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de S. M. l'Impératrice, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par décret impérial en date du 16 mars, M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a été promu au grade de commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La médecine lyonnaise a été cruellement éprouvée pendant l'année qui vient de s'écouler : elle a perdu en quelques mois Levrat-Perroton, Cadit, Guyenot, Alexandre, Dubouchet, Sauveton, Guichanet, Viricel et Paul Brun. L'année 1856 s'ouvre sous de tristes auspices, car nous avons à déplorer la mort de M. Philibert, l'un des praticiens les plus estimés et les plus répandus de la cité.

Des discours ont été prononcés sur la tombe de Philibert par MM. Pasquier et de Polinière. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Sous ce titre : *Une cause célèbre*, le journal *Deutsche Klinik* (numéro du 26 janvier) entretient ses lecteurs des opinions contradictoires qui ont été émises sur la maladie du prince Paskiewitsch, par deux médecins jouissant tous deux d'une grande réputation. M. Schönlein avait été mandé à Varsovie au commencement de l'hiver dernier. Son diagnostic, conforme à celui des médecins ordinaires de l'illustre malade, avait été : *cancer de l'estomac*, siégeant probablement au grand cul-de-sac et n'intéressant ni le cardia, ni le pylore. M. Schönlein pensait qu'au moyen d'un régime convenable et d'une médication palliative appropriée, les jours du prince pouvaient être prolongés de plusieurs mois ; mais il ne fut nullement question d'un espoir de guérison. Plus tard on appela en consultation le docteur Oppolzer (de Vienne) ; d'après ce qu'ont fait connaître les feuilles officielles, ce praticien aurait porté un diagnostic complétement différent, et aurait opiné pour un *ulcère perforant de l'estomac*. Dans cette hypothèse, le pronostic eût été beaucoup plus favorable.

A l'heure où l'article du *Deutsche Klinik* était écrit, la terminaison fatale n'était pas encore connue ; mais l'état du malade déclinait de plus en plus. La correspondance télégraphique entretenue entre Varsovie et Vienne, depuis le départ de M. Oppolzer, avait été suspendue, et le prince Paskiewitsch *s'était mis entre les mains d'un magnétiseur, le baron de Klotz*.

— Un voleur de bon ton, qui avait entrepris spécialement de dévaliser les médecins, vient d'être arrêté. C'est M. le docteur Joulin qui a fait cette arrestation, avec l'assistance d'un sergent de ville.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier de février. De la percussion et de l'auscultation. — D'un caractère spécial aux fièvres intermittentes de la Grèce. — De l'oxygène ozonisé et de l'ozone. — Des hallucinations, par M. de *Kigalas*. — Du choléra, par M. *Vamosys*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 3. Traitement analeptique reconstituant (suite), par *C. Ghinozzi*. — Sur l'emploi de l'ortie commune, par *D. Bargellini*. — 4. Épidémie de choléra du canton de Murci et Poggioferro en 1855, par *R. Ceccherini*. — Choléra de Pescia en 1855, par *D. Bartolozzi*. — 5. — Choléra du canton de Murci et de Poggioferro, par *Ceccherini*. — 6. Choléra de Pescia, par *Bartolozzi*. — 7. Sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes, par *L. Fazzini*. — Choléra de Faenza, par *G. Galamini*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — 1856. Nos 3. Observations de péricardite, par *Rossi*. — 4. Cure radicale de la hernie inguinale, par *Salvolini*. — 5. Cure radicale de la hernie, par *le même*. — Revue ophthalmologique, par *Albercetti*. — 6. De la cure radicale des hernies inguinales, par *Salvolini*. — 7. *Idem*.

Il Raccoglitore medico. — 1856. Nos 1 et 2. Préface d'un cours de médecine théorique et de thérapeutique interne, par *G. Tommasini* (œuvre posthume). — Sur les miasmes cholériques, par *Franceschi Giovanni*. — Déjection extraordinaire de carbone végétal, par *Zangolini*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — 1856. Nos 1. Une craniotomie, deux gastro-hystérotomies, deux fistules stercorales heureusement guéries chez une seule femme, par *R. Parravicino*. — Choléra de Como, par *F. Gaffuri*. — 2. Fongus médullaire du foie, par *B. Curtoni*. — Choléra du lazaret de Brescia, par *F. Girelli*. — *Idem*, par *C. Perolio*. — 3. *Idem*. — 4. Choléra de Gandino, par *Filippo* et *Pietro Lussana*. — 5. Sur l'enseignement clinique relatif aux maladies mentales, par *S. Biffi*.

La Liguria medica. — 1856. No 2. Sur le ramollissement du cerveau, du cervelet et de la moelle, par *Pisano*.

Livres nouveaux.

De l'abstinence dans les maladies, par M. *Frédéric Duriau*. — In-8 de 29 pages. Paris, Bonaventure.

De la glycogénie hépatique, par *J.-L. Brachet*, professeur à l'École de médecine de Lyon. Brochure in-8° de 32 pages.

Défense de l'hippocratisme moderne contre les attaques de M. le professeur *Lordat*, et réfutation du système des deux âmes dans l'homme, plus connu sous le nom de double dynamisme humain, par le docteur *Cayol*. Grand in-8 de 34 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr.

Lettres sur le vitalisme, par le docteur *Paul-Émile Chauffard*. 1 vol. in-8 de 152 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 25

Les merveilles du corps humain, précis méthodique d'anatomie, de physiologie et d'hygiène, par le docteur *J.-B. Descuret*. Un vol. de X—510 pages. Paris, Labé. 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 28 MARS 1856. N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 27 mars 1856.

ORGANISATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS : NOUVELLES DISPOSITIONS.

L'Académie de médecine de Paris, sur sa propre demande, et par arrêté ministériel, vient de subir dans son organisation divers changements dont nous préciserons en peu de mots le sens et la portée, espérant que ces éclaircissements ne paraîtront pas inutiles à ceux qui ont l'ambition d'appartenir, de près ou de loin, à ce corps savant.

La plus considérable de ces modifications est celle qui concerne les *correspondants*. Cette classe de membres, constituée par ordonnance du roi lors du remaniement de 1829, avait été formée de tous les *adjoints non résidents*, dont la même ordonnance supprimait le titre. Comme le nombre de ces adjoints non résidents était illimité, celui des correspondants le fut également. De même, sous la nouvelle dénomination comme dans l'ancienne, cette classe de membres ne fut pas catégorisée conformément aux diverses sections de l'Académie. C'est sur ces deux points surtout que porte le changement.

Le nombre des correspondants nationaux sera désormais de cent, et celui des correspondants étrangers de cinquante. Du temps où il existait des adjoints résidents et non résidents, les premiers, répartis entre les sections, pouvaient égaler en nombre les titulaires ; les seconds n'étaient attachés à aucune section et n'avaient pas de nombre déterminé. Quand ceux-ci furent transformés en correspondants, le chiffre des adjoints résidents fut fixé à quarante, qui, réunis aux soixante titulaires existants alors, donnaient un personnel de cent membres ; mais les correspondants restèrent hors sections, et continuèrent à être nommés à volonté, sans limites fixes. Il en fut de même encore en 1835, quand une ordonnance du roi, contre-signée GUIZOT, décida qu'il n'y aurait plus à l'avenir *qu'une seule classe de résidents*, *jouissant tous des mêmes droits et prérogatives* ; c'est-à-dire que la classe des adjoints résidents serait supprimée, comme l'avait été déjà celle des non-résidents, et que le nombre des titulaires serait élevé à cent. Ainsi, par le nouvel arrêté, dont l'ampliation a été transmise mardi à l'Académie, le nombre des correspondants nationaux va être précisément égal à celui des titulaires. Comme il lui est très supérieur en ce moment, et que le chiffre des correspondants étrangers dépasse aussi la limite fixée par l'arrêté, il ne sera fait, jusqu'au rétablissement de la situation normale, qu'une nomination sur trois extinctions.

D'autre part, les correspondants, aussi bien les étrangers que les nationaux, cesseront de former un tout homogène, sans aucun caractère distinctif. Le principe des spécialités médicales leur sera appliqué comme au reste de l'Académie. Seulement, au lieu de les attacher aux diverses sections déjà formées, comme autrefois les adjoints, on a pensé qu'il vaudrait mieux établir pour eux, au lieu des onze sections qui comprennent tout le personnel résidant, quatre grandes divisions dont chacune embrasserait plusieurs spécialités, en ayant soin de rapprocher autant que possible les spécialités analogues. (*Voir* p. 226.)

Ce changement est considérable ; il dérange toute l'économie de l'ancienne organisation, et porte atteinte, jusqu'à un certain point, à l'un des principes de l'institution. Le rôle de l'Académie étant, suivant l'article 2 de l'ordonnance de création, « de répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, *et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties*, etc., » on avait pris l'habitude, pour mieux seconder les intentions du fondateur, de distribuer avec plus ou moins de régularité les correspondants entre les divers départements ou entre les divers pays. On espérait se mettre par là en mesure d'être constamment renseigné sur les variations importantes de la santé publique en France et à l'étranger, mais surtout en France. Si l'on s'exposait à sacrifier parfois le mérite à la position géographique, cet inconvénient pouvait être balancé par le plus précieux des avan-

tages, celui de l'utilité. Malheureusement, l'expérience prouva que le calcul n'était pas sûr. Les correspondants ne correspondent pas; ils envoient bien des communications; mais ces communications n'ont le plus souvent aucun rapport avec les objets pour lesquels la classe a été spécialement instituée: ce sont des *observations* particulières ou des *mémoires* sur des points de science ou de pratique, et non des *renseignements* sur ce qui pourrait intéresser l'Académie en tant que conseil du gouvernement. En suivant donc la tendance marquée par les correspondants eux-mêmes, il y avait lieu de modifier le principe des nominations, de le soustraire à la distribution géographique, pour le rendre tout entier au mérite personnel. Or, c'est ce qu'a fait indirectement l'arrêté provoqué par l'Académie, en établissant entre les correspondants des divisions basées sur les spécialités médicales. Les places devant appartenir désormais aux médecins jugés les plus méritants dans ces spécialités diverses, la considération de lieu disparaît à peu près complétement. C'était, nous le croyons, le meilleur parti à prendre. Il semble, au premier abord, qu'il eût été naturel, du moment où l'on constituait les correspondants en une sorte d'académie *extrà-muros*, de les soumettre au même classement que les titulaires. Mais, en y réfléchissant mieux, on comprend que l'élargissement des cadres, obtenu par la substitution de quatre grandes divisions à onze sections, permettra plus aisément à l'Académie de ne pas laisser longtemps hors de son sein des notabilités médicales dignes de cet honneur, mais que, dans le système d'une catégorisation plus compliquée, le hasard des vacances aurait pu tenir indéfiniment dehors.

Nous n'insisterons pas sur les autres dispositions de l'arrêté. La division en sections reste la même que dans l'ordonnance de 1829. Cette même ordonnance fixait le nombre des associés libres à dix, celui des associés nationaux à quarante, et celui des associés étrangers à vingt. Dorénavant, il y aura le même nombre d'associés nationaux que d'associés étrangers, c'est-à-dire vingt. De plus, ces divers cadres pourront n'être pas remplis, et l'Académie ne sera tenue de pourvoir aux vacances que si elle le juge convenable. Du reste, ce ne sera là qu'une régularisation de l'état de choses actuel; car, en ce moment, si nous ne nous trompons, l'Académie ne possède que six ou sept associés libres et douze ou treize associés nationaux. Les associés étrangers seuls sont au complet.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur une forme peu commune d'hypospadias, par le docteur **Morisson**, professeur de pathologie chirurgicale à l'École de médecine de Lille, chirurgien de l'Hospice Gantois.

Chacun sait que l'hypospadias est un vice de conformation dans lequel le canal de l'urèthre, au lieu de s'ouvrir au sommet du gland, s'ouvre à sa base ou au-dessous, dans une partie de la longueur du pénis. C'est, en un mot, la fissure des nymphes masculines du corps spongieux de l'urèthre.

Tous les auteurs en ont admis plusieurs espèces que l'on peut rigoureusement réduire à trois principales:

Dans la première, l'urèthre s'ouvre vers la base du gland, à la racine du frein du prépuce, au niveau de la fosse naviculaire.

Dans la seconde, il est ouvert près de la naissance du scrotum ou dans un point intermédiaire entre cet organe et le gland.

Dans la troisième, enfin, l'urèthre se termine près de son origine, dans l'épaisseur du scrotum, et celui-ci est séparé longitudinalement en deux parties qui ressemblent, au premier coup d'œil, aux deux grandes lèvres de la vulve.

Le dernier cas est absolument incurable, et comme, dans le second cas, l'urèthre est le plus souvent oblitéré en entier, il n'y a point d'opération praticable. Je ne connais d'autre exception à cette règle que le fait rapporté par Marestin, chirurgien de l'hôpital d'Oleron, et qui est consigné dans le recueil périodique de la Société de médecine. Ici l'urèthre, perforé au périnée, se continuait jusqu'au bout du gland, dont l'ouverture était fermée par une membrane.

Reste donc la première forme d'hypospadias, la plus commune de toutes, celle dans laquelle l'urèthre vient s'ouvrir à la base du gland. Or, ce vice de conformation étant considéré par la plupart des malades comme une simple incommodité, il est bien rare que ceux qui en sont atteints viennent réclamer une opération.

Les chirurgiens eux-mêmes s'abstiennent, du reste, d'opérer en pareille circonstance. Ce ne sont point les difficultés d'exécution qui les arrêtent; il est d'autres considérations qui leur commandent cette retenue.

Ainsi le peu de gravité de la lésion est une de ces considérations. Chez presque tous les malades, en effet, il n'existe aucune entrave dans l'exercice régulier des fonctions. L'urine peut être lancée en jet comme à l'ordinaire, surtout quand on tient la verge relevée. Il en est de même de la liqueur spermatique, de telle sorte que la faculté d'engendrer est conservée.

De pareils faits ne sont pas rares. J'en trouve un fort intéressant au chapitre LXIX des Œuvres de chirurgie de Fabrice d'Aquapendente; j'en lis un second dans les Éphémérides des curieux de la nature, observation 98e; Gunther cite pareillement deux cas dans lesquels la fécondation a pu être accomplie; et à une époque plus rapprochée de nous, en 1853, la Gazette médicale de Paris reproduisit une observation de M. Daniel Noble, tendant à démontrer que l'hypospadias n'est point un empêchement au mariage.

Comme le dit Sanson, l'ouverture terminale du canal étant presque toujours oblique d'avant en arrière et de bas en haut, il s'ensuit que l'urine et le sperme ne peuvent suivre en sortant la direction que leur a imprimée l'urèthre dans son trajet, et que conséquemment cette dernière liqueur, dans l'immense majorité des cas, doit être lancée contre le col de la matrice.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et voici dans quelles circonstances:

1° Lorsque l'ouverture anormale de l'urèthre regarde directement en bas. Dans ce cas, le sperme sortant dans la même direction et venant frapper contre la paroi inférieure du vagin, rend, en général, la fécondation impossible.

2° Lorsque le gland forme au-devant de l'ouverture du canal une saillie qui arrête la liqueur spermatique et la dirige en bas. C'est là encore une circonstance qui peut rendre impropre à la génération.

Dans ces deux cas, le chirurgien est certes autorisé à tenter une opération, et celle-ci ne peut être considérée comme opération de luxe ou même d'utilité, mais bien comme éminemment nécessaire, puisqu'elle a pour objet de soustraire le

malade à une infirmité qui le condamne à l'impuissance et lui ravit ainsi le bonheur d'être père.

L'observation qui va suivre démontrera, je l'espère, qu'ici l'opération était formellement indiquée ; qu'il existait des motifs suffisants pour en justifier l'exécution, et qu'il n'y avait aucune circonstance qui dût détourner de l'entreprendre. Voici le fait.

Obs. — Au mois de mars dernier, un jeune homme de Tourcoing, dont je dois taire le nom, vint me consulter pour savoir s'il était dans les conditions physiques nécessaires pour contracter mariage. Il m'apprit que depuis sa naissance il portait un vice de conformation qui maintenant gênait à la fois l'émission des urines et du sperme, et le prédisposait à contracter des uréthrites fréquentes, dont la guérison avait toujours été très difficile et très longue.

Dans l'examen auquel je me livrai aussitôt, je pus constater les particularités suivantes :

Ce jeune homme est atteint d'hypospadias de la première espèce, c'est-à-dire que l'urèthre se termine et s'ouvre à la racine du frein du prépuce, dans l'endroit qui répond à la fosse naviculaire.

Le gland est imperforé, ce dont je m'assure en cherchant vainement à introduire un stylet boutonné d'arrière en avant par l'ouverture anormale.

L'urèthre se termine au niveau de cette ouverture, immédiatement derrière le gland, par un orifice étroit, ovale et légèrement oblique d'avant en arrière et de bas en haut. Cet orifice est bordé d'une peau mince ; sa circonférence ressemble à une cicatrice enfoncée.

Le prépuce est échancré en bas, sur les côtés de la fosse naviculaire ; en haut, il est largement étalé et constitue une sorte de bourrelet qui recouvre le gland.

Au rapport du malade, le pénis n'est point courbé en bas pendant l'érection ; je constate qu'il n'est ni plus exigu ni plus court que celui des autres hommes de son âge.

Le sommet du gland présente un vestige d'enfoncement qui correspond au méat urinaire ; le gland, du reste, n'est pas plus petit que dans l'état naturel.

Mais ce qui frappe surtout mon attention, c'est une saillie ou promontoire d'environ 8 à 10 millimètres d'élévation, située au-devant de l'ouverture du canal et formée par le gland lui-même.

Ayant fait uriner à diverses reprises le malade en ma présence, je remarquai que chaque fois le liquide allait heurter ou se briser contre cette crête saillante, puis, quand il commençait à perdre de sa force d'impulsion, retombait verticalement entre les jambes, sous forme de nappe ou de spirale plus ou moins fourchue. A plus forte raison, il me parut évident que, lors de l'éjaculation, la liqueur séminale, rencontrant cet obstacle, ne pourrait être dardée contre le col utérin, et viendrait conséquemment tomber sur la paroi inférieure du vagin. Donc tout portait à croire qu'en cas de mariage, la fécondation serait impossible.

Je n'hésitai pas à exprimer une telle opinion devant le jeune homme qui me consultait ; et comme il désirait être débarrassé de cette conformation défectueuse, avec laquelle il pouvait vivre, il est vrai, l'opération fut acceptée. J'ose ajouter que ce ne fut point pour être agréable au malade, ni par condescendance, que je la proposai, mais bien pour satisfaire à un besoin, à une indication réelle, à une nécessité enfin.

J'avais à opter entre l'un de ces deux partis : enlever ou détruire l'obstacle mécanique qui s'opposait à l'éjaculation normale du sperme, ce qui ne constituait, en réalité, qu'un traitement palliatif ; ou bien procéder à la cure complète et radicale de l'hypospadias par une opération. M'étant arrêté à ce dernier parti, je l'exécutai quelques jours après de la manière suivante :

Après avoir plongé un trocart par l'orifice anormal de l'urèthre, je le fis sortir au sommet du gland, au centre même de la dépression qui figurait le méat urinaire. Je plaçai alors une sonde à demeure dans cette ouverture artificielle afin de l'entretenir ouverte ; cette sonde pénétrait jusque dans la vessie.

Pour oblitérer l'ancienne ouverture, je commençai à en rafraîchir les bords avec un bistouri ; après quoi je les réunis à l'aide de deux petites griffes dites serres-fines heureusement imaginées par M. Vidal. J'eus soin de saisir à la fois la peau et la muqueuse, de manière que leurs bords libres fussent étroitement juxtaposés.

Je m'étais rendu au domicile du malade pour pratiquer l'opération dont on vient de lire les détails sommaires. Tout étant terminé, je le fis mettre au lit, lui prescrivis le repos le plus complet, et l'engageai à peu manger et à se priver autant que possible de toute boisson.

J'avais, en effet, à lutter contre deux grands écueils : je savais, d'une part, que le tissu du gland se prêtait mal à la formation d'une cicatrice assez solide pour former un bout de canal suffisamment dilaté, et que, de plus, ce canal de nouvelle formation avait une tendance extrêmement prononcée à revenir sur lui-même ; je savais aussi qu'il était fort douteux que l'ouverture anormale, malgré les moyens de réunion, pût se fermer complétement.

Pour ces motifs, tout en plaçant une sonde à demeure, j'eus soin de prier le malade de faire mouvoir doucement cette sonde de temps à autre pour qu'elle ne se chargeât pas d'incrustations capables, en la retirant, de déchirer la cicatrice. Tous les deux jours, j'enlevais moi-même l'algalie et la remplaçais par une autre d'un diamètre plus considérable. En moins de huit jours, j'étais ainsi parvenu à doubler le calibre de la sonde ; parti du n° 7, elle dépassait alors le n° 15 de l'étalon de M. Charrière.

Ce ne fut que le huitième jour aussi que j'enlevai les serres-fines. J'y procédai avec précaution, et pus constater, non sans quelque surprise, que partout il y avait cicatrisation exacte et linéaire.

Cependant, et pour ne rien omettre, je m'aperçus que, dans le point correspondant à la cicatrice, celle-ci avait laissé un léger rétrécissement du canal de l'urèthre. La coarctation fut aussitôt combattue par l'emploi des bougies, et en moins de trois semaines elle avait cédé à leur usage. A l'heure où j'écris ces lignes (mai 1855), le malade est entièrement rétabli, et les fonctions génito-urinaires s'accomplissent chez lui comme chez tous les hommes bien conformés.

De l'étiologie du choléra, par M. Pettenkofer, professeur de chimie médicale, à Munich.

On lit en tête de la Gazette hebdomadaire du 28 septembre 1855, n° 39, un article intitulé : *Étiologie du choléra ; M. Virchow et l'école de Munich.* M. Picard, élève du professeur de Würzbourg, y démontre au public français (ce que M. Virchow n'a déjà que trop répété en Allemagne) que le gouvernement bavarois a donné beaucoup trop d'importance aux travaux de quelques membres de la commission chargée en 1854 de faire des recherches scientifiques sur le choléra asiatique pendant que l'épidémie sévissait dans le royaume.

M. Picard cherche à faire partager au lecteur l'opinion de M. Virchow, savoir, que ces recherches n'ont obtenu que des résultats presque insignifiants. Une pareille polémique peut avoir l'inconvénient de prévenir contre ces travaux le public compétent de France avant même qu'il en ait la connaissance complète ; et, sur la foi de M. Virchow, beaucoup pourraient regarder comme superflu un examen sérieux des travaux allemands. Que ceux qui se trouvent attaqués se défendent en leur propre nom ; je me bornerai à donner des éclaircissements sur les paroles de M. Picard, en ce qui concerne quelques points essentiels de mon propre travail.

Je me suis occupé d'une partie de l'étiologie du choléra. Mon but principal était la connaissance exacte du caractère des localités, aussi bien que des lieux où l'épidémie a fait les

plus grands ravages que des endroits où, contre toute attente, le fléau n'a eu ni développement ni intensité.

J'ai trouvé deux faits d'une influence constante : 1° les relations personnelles ; 2° certaines prédispositions résultant de la nature même du sol.

Comme le prouvent les nombreuses citations disséminées dans mon ouvrage, je n'en suis plus à découvrir que, depuis l'année 1817, on a partout poursuivi avec le plus grand zèle les observations sur les deux sens, afin d'en tirer parti pour l'étiologie du choléra ; mais, quelque avancées qu'aient été ces observations, elles n'avaient jusque-là obtenu que des résultats douteux et contradictoires, et, jusqu'à ce jour, rien n'était plus facile que de soutenir une controverse avec preuves à l'appui pour détruire chaque opinion l'une après l'autre.

Je me suis efforcé de mettre un terme à cet état de contradiction qui faisait la désolation des praticiens, en poursuivant mes observations d'une manière plus précise et plus exacte qu'on ne l'avait fait précédemment. De l'aveu de M. Virchow lui-même, et avec lui de M. Picard, la plupart de mes efforts ont été couronnés de succès. Mais aurais-je pu y parvenir, si je ne m'étais livré à de nouvelles recherches ?

Le reproche que ces messieurs m'adressent, en disant que mon travail n'offre rien de nouveau, tombe donc de lui-même.

Qu'on me permette, à ce sujet, de donner quelques éclaircissements basés sur des exemples.

Jameson, dans son rapport sur l'épidémie dans les Indes orientales pendant les années 1817, 1818, 1819, a déjà fait mention d'une immunité complète dans les contrées élevées et montagneuses. En 1849, M. Fourcault éleva dans la *Gazette médicale* une nouvelle discussion sur ce point.

C'est un fait qui doit nécessairement être observé de quiconque enregistre les cas d'épidémie sur un terrain plus étendu, et qui suit sur la carte les endroits où la maladie exerce ses ravages. Mais quelles conclusions ces deux observateurs en ont-ils tirées ? Jameson croit que, sur ces hauteurs, l'air est dégagé du poison cholérique, ou, ce qui lui a paru plus vraisemblable, qu'il renferme une substance qui détruit et absorbe le poison. M. Fourcault a conclu, d'après les mêmes observations, que l'humidité du sol dans les fonds est une des causes principales qui donne le plus de prise au choléra (1), et que la formation géologique d'une contrée a, dans cette maladie, la plus grande influence (2). Il est évident que les recherches de M. Fourcault n'ont été ni entreprises ni poursuivies dans le même but que les miennes, quand on lit le passage dans lequel il parle des nombreuses exceptions qui contredisent sa théorie, exceptions qui ont été en partie citées nominativement par M. Dechambre dans son excellent article (*Gaz. hebd.*, t. I, p. 1110-1112).

M. Fourcault en est maintenant à attendre que, par suite d'observations géologiques continuées d'une manière plus exacte, on puisse aussi ranger les exceptions sous une loi. « Du moment que nous connaîtrons mieux les connexions du sol, du sous-sol, avec les couches terrestres profondes, avec les roches primitives qui forment les parties centrales du globe, les grandes chaînes de montagne, etc... (1). »

Jameson et M. Fourcault désavouent tout à fait l'influence des relations personnelles.

J'ai fait des recherches sur le fait de l'immunité des contrées hautes et montagneuses, celles de Jameson et de M. Fourcault ne me paraissant pas suffisantes, et je me suis surtout attaché aux cas qui ont paru des exceptions à mes prédécesseurs. Je n'ai pas suivi les chemins tracés par M. Fourcault ; je ne me suis pas contenté de comparer dans mon cabinet les observations météorologiques ou de jeter les yeux sur une carte géologique ; je me suis rendu sur les lieux mêmes, je suis entré en communication avec les architectes et avec les gens qui creusent les puits, j'ai employé la pelle et la bêche, et j'ai acquis la conviction que j'ai de beaucoup devancé Jameson et M. Fourcault, car j'ai découvert que *sans exception*, dans les endroits situés dans les montagnes et attaqués du choléra, l'épidémie ne s'est jamais déclarée que dans ceux où les maisons, au lieu d'être bâties sur des gangues fermes et liées entre elles par des masses plus grandes, c'est-à-dire sur des roches, reposent sur une couche composée de gravier, de sable, d'argile, etc., etc. J'ai pu observer par plusieurs exemples que le caractère géologique n'est pas décisif, mais bien l'agrégation physique du sol lui-même.

J'ai vu l'épidémie faire des ravages aussi terribles à Freysing, sur le sable quartzeux du Domberg, que sur le sable de Heupen, de Nuremberg, le gravier calcaire de Munich et les argiles d'Augsbourg.

Je crois donc, par ce travail, avoir donné aux recherches une direction nouvelle, et j'espère qu'ainsi qu'à Nuremberg et à Traunstein, qui sont bâties en partie sur le rocher, on trouvera partout des exemples décisifs dans les districts montagneux des autres pays, pour peu qu'on fasse des recherches minutieuses sur les points attaqués de la maladie.

Les maisons fondées sur le roc peuvent présenter des phénomènes en apparence contradictoires. Qu'on s'imagine une ville assise partie sur le roc, partie sur un terrain d'alluvion, et une caserne bâtie sur la partie rocheuse. Le choléra éclate dans la partie basse, construite sur un terrain d'alluvion ; il ne tarde pas à se manifester même avec violence dans la caserne, tandis que les maisons environnantes ont peu ou n'ont rien à souffrir de l'épidémie. Mais n'est-il pas possible que les soldats, après avoir occupé pendant vingt-quatre heures les différents postes de la partie basse, y gagnent la maladie et la développent dans la caserne ? Je citerai encore un autre cas. Qu'on se représente une de ces contrées de formation jurassienne, telles que la Bavière en offre une assez longue étendue le long de la rive gauche du Danube : un village entouré de carrières s'élève sur le plateau rocheux ; les habitants de ce village y sont plus que décimés par le choléra, et tous les endroits d'alentour sont épargnés. Tel est le cas où s'est trouvé le village de Kienberg, district de Monheim, en Bavière, où un tiers de la population succomba à la maladie en peu de temps. N'y aurait-il pas, pensai-je, discontinuité dans la chaîne des montagnes, et la crevasse ne serait-elle pas remplie par des terrains d'alluvions, à tel point que la situation pût même être très élevée ? Or, m'étant rendu à Kienberg à l'effet de procéder à des recherches exactes sur les lieux mêmes, j'eus lieu de me convaincre de l'accord des

(1) *Gazette médicale*, 1849, p. 339. — « L'humidité du sol occupe le premier rang. »

(2) *Gazette médicale*, 1849, p. 340. — « Parmi les éléments minéralogiques qui favorisent les progrès du choléra, on peut placer au premier rang les terrains d'alluvion, le calcaire grossier, les argiles, le terrain carbonifère, et cet autre élément désigné par les Anglais sous le nom de *magnesian limestone*, très abondant à Sunderland, atteint primitivement par les épidémies de 1831 et de 1848. Au contraire, le choléra se développe plus rarement sur les groupes épais de sables moyens et supérieurs, sur les agglomérations de silex et sur le sable de même nature, sur la craie, sur les terrains de transition, et enfin sur les roches primitives. »

(1) *Gazette médicale*, 1849, p. 338.

faits avec mes idées. Effectivement, les quatre cinquièmes des maisons sont assises sur une couche argileuse d'une si grande épaisseur que la profondeur n'en est pas encore connue. Un puits communal de trente pieds n'offre au fond que cette terre grasse qui constitue les terrains de fondation où s'élèvent Gaimersheim et la partie haute d'Augsbourg, deux endroits où l'épidémie a fait tant de ravages.

Je n'ai, jusque-là, constaté que la différence qui existe entre le sol poreux et le sol rocheux; je n'affirme pas cependant que le sol poreux n'ait pas ses degrés dans lesquels il favorise plus ou moins le développement du choléra; je crois plutôt devoir conclure, après quelques observations frappantes, que par une étude minutieuse on pourra encore obtenir des éclaircissements essentiels.

Pendant l'épidémie de 1854, j'ai eu occasion d'observer quelques exemples d'une immunité extraordinaire dans des contrées marécageuses. Le marais du Danube occupe une étendue de 5 milles carrés. L'excès de la population, formée de nombreuses colonies, est tel qu'on compte plus de 1,000 habitants par mille carré de marais. Les villages et les hameaux situés dans le marais même ne furent pas attaqués de la maladie, quoiqu'elle régnât tout à l'entour. La population y est généralement très pauvre, malpropre et démoralisée, affaiblie d'ailleurs par des fièvres intermittentes endémiques, et cependant on n'a observé, sur cette vaste superficie, qu'un très petit nombre de cas isolés, sporadiques et apportés du dehors.

On a fait des observations analogues en France et en Angleterre.

Un autre point de comparaison qui n'a pas moins de valeur à mes yeux, c'est que, dans les plus anciens rapports des médecins anglais dans les Indes, il a été fait mention que la maladie avait eu, en général, un plus grand développement dans les endroits bas et humides que dans les lieux secs et élevés.

Les mêmes observations ont été faites dans toute l'Europe, et, dans le *Reports on the Mortality of Cholera in England in the years 1848 and 1849*, Londres même en a donné la preuve la plus éclatante. M. Fourcault lui-même regarde comme une des causes principales l'humidité du sol d'une contrée, et il ne peut, par contre, s'expliquer l'épidémie violente qui a éclaté dans sa ville natale, dont le sol est entièrement sec (1).

J'ai démontré par plusieurs exemples que le choléra peut faire les plus grands ravages sur des points très élevés, sur des collines escarpées de sable quartzeux, et qu'il peut avoir un caractère assez bénin dans les fonds et même dans les endroits situés immédiatement aux bords des rivières : dans le premier cas, si les collines sont formées d'une terre poreuse (sable), et si elles sont fortement souillées et imprégnées par les immondices des habitants; dans le second cas, si les rivières ne sont pas arrêtées par des digues, et si leur lit se trouve plus bas que le sol, alors, au lieu de refouler les immondices amassées dans le sol et de les y maintenir dans un état d'humidité, le courant les enlève rapidement.

A ce sujet, je renvoie le lecteur à mon rapport sur la ville de Freysing (p. 231-243 de mon livre), où j'ai donné des éclaircissements sur la différence qui existe entre les terrains mous en forme de cuvette, selon que la cuvette est ouverte ou fermée.

Si mes recherches en général ont quelque mérite, il n'existe pas dans la nouveauté des objets, puisqu'ils sont demeurés essentiellement identiques depuis le connaissance de la maladie, mais seulement dans une méthode d'observation plus exacte. On a remarqué depuis longtemps que le choléra n'envahit pas tout à coup une ville entière et ne s'y répand pas en même temps en proportions égales, qu'au contraire il s'y établit, pour ainsi dire, par rues et par quartiers. Dans mon rapport et dans les sept tableaux constatant la statistique de l'épidémie à Munich, j'ai tâché de prouver la régularité du phénomène et les causes de cette régularité. J'ai notamment démontré (p. 253-258 de mon livre) comment l'épidémie, dans une rue, se compose des épidémies dans les maisons simples. Si l'on consulte les tableaux des progrès de l'épidémie dans une rue en prenant les maisons séparément, il s'élève quantité de faits qui combattent la supposition que la cause pernicieuse qui produit le choléra envahit un endroit ou même une rue entière en même temps et par portions. S'il en était ainsi, les habitants d'une même rue devraient en même temps et en même proportion être attaqués de l'épidémie, avec une certaine régularité, selon leur disposition égale, leur âge, leur sexe, leur bien-être et leurs occupations, mais ils ne pourraient jamais être attaqués par maisons partielles, ce qui se voit partout.

Ce fait, pour lequel je possède quantité de preuves, nous contraint à chercher dans les maisons mêmes ou dans leur entourage immédiat la source du développement de cette matière qui produit la maladie, au lieu de la supposer une conséquence des relations générales. On arrivera à mon résultat partout où l'on prendra la peine de poursuivre et de fixer les phases d'une épidémie locale avec la même exactitude que je l'ai fait à Munich. Ailleurs, ces travaux n'existent pas encore, et ils devront être entrepris d'après les modèles de la méthode sévère usitée dans les sciences naturelles, dont je me suis servi moi-même. Tout en m'efforçant de poursuivre jusque dans ses moindres détails la marche des épidémies, je me suis aussi appliqué à examiner l'influence des communications personnelles sur la propagation et sur le développement du choléra. Je renvoie le lecteur aux faits consignés dans mon livre, principalement aux résultats que j'ai obtenus par mes observations concernant 253 gardiens du Palais de l'industrie de Munich (p. 63-82).

Après avoir, par mes expériences, trouvé irrécusable l'influence de la disposition du sol et des communications personnelles sur la propagation et le développement de l'épidémie, j'ai cru devoir établir leur dépendance mutuelle.

J'ai cherché d'autant plus à établir ce fait, que j'ai la conviction qu'une telle combinaison seule pourrait avoir la puissance de mettre un terme à la querelle stérile des contagionistes et des anticontagionistes, qui des deux côtés allèguent des faits et des raisons d'un certain poids en faveur de leur opinion.

Je me suis senti d'autant plus porté à travailler dans cette direction, que, dans le cas où mes observations seraient justifiées, on aurait constaté un facteur essentiel dans l'étiologie du choléra, contre lequel les forces humaines pourraient lutter avec quelque chance de succès.

C'est ainsi que mes idées sur l'extension du choléra sont nées purement de mes observations et de mes propres convictions, et non pas, comme le suppose faussement M. Picard, de l'intention d'accorder des observations faites déjà depuis longtemps avec la théorie de mon ami Thiersch. En général, M. Picard ne semble pas avoir pesé ses mots; il parle avec plus d'assurance que de connaissance de l'état

(1) *Gazette médicale*, 1849, p. 840.

local des Mullerstrasse, Sonnenstrasse et Amelienstrasse, à Munich, et il fait des allusions entièrement incompréhensibles pour moi à la vieille construction des maisons de Nuremberg. Quant à cette dernière ville, je ne peux comprendre de quelle manière j'en serais venu à mettre le choléra en rapport avec l'ameublement des chambres ou avec la construction des parois. M. Picard croit-il, par hasard, que ces bons Nurembergeois barbouillent ou enduisent leurs boiseries dégarnies de vernis et leurs vieilles parois avec les déjections provenant des sujets attaqués de l'épidémie, comme l'a fait M. Thiersch en appliquant à des souris de petites bandelettes de papier trempées dans les selles de personnes infectées de la maladie? Je me rappelle seulement avoir parlé du sol; c'est là l'endroit où l'on dépose les immondices. Quant à la salubrité de la Mullerstrasse, à Munich, M. Picard se trompe fort s'il croit que dans les maisons de la ville la fonte ait remplacé le bois, ou que les fosses d'aisances aient subi nouvellement des améliorations essentielles, ou bien encore qu'à l'apparition de la dernière épidémie on ait employé une mesure hygiénique quelconque avec plan et conséquence. M. Picard se trouverait dans un grand embarras si dans les rues citées par lui il avait à prouver l'existence d'un seul quintal de fonte employée à ce but.

Toutes les fosses d'aisances de la ville de Munich n'ont été, jusqu'à présent, que des puisards qui laissaient échapper leur contenu malfaisant dans les terrains adjacents, de sorte que ces fosses pouvaient rester cinq ou six ans sans avoir besoin d'être vidées. Sous ce rapport, les quartiers de la haute volée de Munich n'étaient pas plus favorisés que ceux habités par la classe la plus pauvre; et ce n'est qu'après l'extinction de l'épidémie que, par suite d'une prise en considération des preuves alléguées contre cet état de choses, S. M. le roi de Bavière fit nommer une commission qui, dans l'intérêt de la salubrité publique, doit pour l'avenir élaborer des ordonnances sévères à ce sujet.

Finalement, M. Picard pose la question: « Qu'ont gagné la prophylaxie et la thérapeutique à ces résultats si pompeusement vantés de l'école de Munich? » Et il répond lui-même: « Peu de chose, si le gouvernement bavarois n'était intervenu et n'avait officiellement clos le débat et tranché la discussion à sa manière. »

C'est un reproche fait au gouvernement bavarois, et je dois le repousser *avec force* comme dénué de fondement.

Nous jouissons en Bavière de la liberté de la presse, même en matière politique; il serait donc absurde de penser que le gouvernement aurait pu exercer la moindre contrainte au sujet de questions scientifiques. Je citerai pour preuve un seul fait.

Dans la polémique engagée dans les colonnes de la *Gazette d'Augsbourg* entre M. Pfeuffer et M. Virchow, M. Virchow a eu le dernier mot, il est vrai, non pas parce que le gouvernement bavarois a tranché la question, mais parce que M. Pfeuffer a trouvé inutile de répondre à la dernière réplique de M. Virchow.

Il ne me convient pas, à la vérité, de me prononcer sur ce que la prophylaxie peut avoir gagné par suite de mes observations, mais je crois qu'il m'est permis de démontrer en quelques mots ce qu'elle pourra en attendre dans le cas où ces observations arriveraient à obtenir une confirmation ailleurs et si elles amenaient des conclusions semblables. Si l'on arrive à la conviction que le choléra s'étend par des communications personnelles, mais que l'épidémie prend naissance dans certaines prédispositions du sol, et qu'un des facteurs essentiels de cette prédisposition est accessible aux forces humaines, il y aura lieu d'espérer qu'on trouvera aussi moyen de prévenir la naissance du mal sans nuire aux communications personnelles.

Une pareille perspective est d'autant plus encourageante qu'une limitation suffisante des communications personnelles a toujours été impossible; ce qui a été démontré par l'impuissance des cordons sanitaires et de toutes les quarantaines.

Une rupture totale des communications personnelles causerait d'ailleurs à la société un dommage beaucoup plus grand que ne le ferait la plus violente épidémie.

J'ai trouvé, sans exception, que le choléra ne se développe jamais dans un endroit où les maisons d'habitation ont leurs fondations sur un sol compacte ou dans les environs d'un terrain analogue, tels que Frauenstein, Ratisbonne, etc., tandis qu'il sévit, au contraire, avec la plus grande intensité dans les maisons du même endroit construites sur des terrains peu cohérents. Pour exemple à l'appui, j'ai vu plusieurs maisons contiguës situées sur le même niveau, mais sur des fonds différents: le choléra s'est généralement et violemment étendu sur les maisons construites sur du gravier, et s'est arrêté à la première maison bâtie sur du rocher, et il a épargné toutes celles qui avaient le même fond pour base.

De tels faits, dont on trouvera un grand nombre si l'on veut les chercher consciencieusement, sont donc une preuve irrécusable qu'il existe dans le sol même plusieurs conditions qui sont des facteurs indispensables dans les progrès de l'épidémie cholérique.

En ce moment, la pratique peut laisser indécise la question de savoir si ces influences de la disposition du sol partout et de tout temps si graduellement distinctes entre elles doivent être mises en rapport avec le développement de la matière qui cause la maladie, ou seulement avec les dispositions personnelles pour l'agrégation et la propagation du choléra. Je me suis déjà néanmoins déclaré pour la première alternative, qui me paraît la plus vraisemblable (p. 264 de mon ouvrage).

Mais si ces influences existent réellement, le but immédiat de toute recherche doit être l'exploration de ces conditions du sol peu cohérent qui se trouve toujours dans les endroits où se déroule l'évolution de la maladie, et où il prend un caractère plus violent qu'ailleurs.

M. Fourcault a cru autrefois qu'à côté des conditions géologiques et météorologiques le degré d'humidité du sol joue le premier rôle; mais il résulte de mes observations que, quoique ce soit en effet la règle, plus ou moins d'humidité dans le sol n'exerce par elle-même aucune influence essentielle, et qu'au contraire un grand nombre de cas épidémiques ont éclaté avec beaucoup plus de violence dans des endroits secs et élevés que dans des lieux bas et humides (Haidhausen Au, faubourgs de Munich, Freysig, etc.). Mais ce qui se trouve constamment aux endroits où la maladie fait les plus grands ravages, ce sont des substances organiques enfouies et entassées dans le sol, qui, en se répandant avec l'eau, sont dans une transformation continuelle.

D'ailleurs, la quantité d'eau nécessaire pour causer dans le sol ces événements physiques et chimiques est suffisamment apportée à la surface de la terre par des précipitations atmosphériques, par l'homme lui-même et par les eaux de rebut; il n'est donc pas besoin, pour cela, d'une rivière ou d'un fleuve. Tout en affirmant cela, je ne puis cependant pas nier qu'une plus grande quantité d'eau dans des conditions égales ne puisse encore aider à propager les substances dont nous

venons de parler, et à en favoriser la décomposition chimique.

En examinant un quartier de ville bâti sur du sable calcaire, nous ne trouvons d'essentiel dans le sol que le carbonate de chaux, l'eau et les substances organiques qui proviennent en grande partie des déjections des habitants. Les intervalles sont remplis d'air et de différents gaz qui sont formés par la décomposition de la substance organique. Si nous demandons lequel de ces agents peut devenir préjudiciable et nuisible à notre santé, nous ne trouvons, selon toutes les expériences, que les substances organiques dans leur réciprocité avec l'air, l'eau, la surface des parties du sol et sa température.

J'ai démontré dans mon rapport sur l'épidémie de Munich (p. 13) de quelle importance sont les déjections des habitants. Ces déjections, enterrées dans le sol comme des cadavres, se corrompent pour la plupart dans le voisinage immédiat des habitations. Selon mon calcul, le poids des excréments liquides et solides d'une population, considéré dans l'état sec, s'élève chaque année à un poids bien supérieur à celui du propre corps des habitants. J'avais donc raison, quand je disais que les déjections d'une population de 100,000 habitants fournissent annuellement à un terrain mou plus de matière pour la putréfaction que l'enterrement annuel de 50,000 cadavres dans un endroit habité. On doit penser que la putréfaction d'une si grande quantité de substances organiques dans l'enceinte d'une ville et dans le voisinage immédiat des habitants ne peut avoir lieu sans entraîner les suites les plus funestes pour la santé des hommes, et que cette fermentation souterraine et cette érémacausie doivent servir de pépinière pour quantité de phénomènes et de productions organiques, et par conséquent être le foyer de germes nombreux de maladie.

Puisqu'il dépend de l'homme d'apprécier jusqu'à quel point il faut permettre à ces substances de s'étendre sur le sol, de s'y transformer continuellement et de devenir par la suite le germe de produits nuisibles, il a donc la possibilité de combattre avec succès le développement d'une épidémie cholérique, si l'on admet qu'elle est en connexion essentielle avec des matières quelconques. Nous pouvons atteindre ce but sans nous préoccuper de quelle espèce est cette cause malfaisante qui existe dans le sol; si elle est le produit soit de la fermentation, soit de la putréfaction, ou bien si ce sont des formations végétales et animales que notre œil n'a pu encore percevoir.

C'est pourquoi je me suis servi du terme *miasme*, dès longtemps usité en médecine pour désigner les germes de maladie invisibles et apportés par l'air.

De même que, sans le connaître, nous faisons disparaître le miasme paludéen par la dessiccation et la neutralisation des marais, nous pouvons espérer aussi chasser le miasme cholérique, du moment que nous serons entièrement d'accord sur les lieux de son développement.

Je crois avoir prouvé que :

1° Les opinions de M. Fourcault et les miennes n'offrent d'autre point de rapprochement que leur base commune, savoir, le fait qui est connu depuis 1817.

2° Mes observations donnent l'explication de tous les cas que M. Fourcault regarde comme une exception.

3° Je suis le premier qui ait mis en rapport la double influence des relations personnelles et de la nature du sol.

4° La circonstance que des endroits à fondements rocailleux restent exempts du choléra n'implique pas la nécessité que tous les endroits qui ne se trouvent pas dans les mêmes conditions en soient atteints.

5° Les attaques de MM. Picard et Virchow contre la priorité de mes observations sur l'influence de la nature du sol ne sont pas fondées.

L'article ci-dessus ayant été communiqué à MM. Virchow et Picard, ces deux confrères ont répondu par les notes suivantes :

RÉPONSE DE M. PAUL PICARD.

Je ne devais m'attendre, de la part de M. Pettenkofer, ni à l'honneur qu'il veut bien me faire en engageant une discussion avec moi, ni aux reproches un peu aigres qu'il m'adresse à ce propos.

J'ai le premier (et je crois le seul) fait connaître en France le livre de M. Pettenkofer sur le choléra, en lui donnant tous les éloges qui lui sont dus (*Gazette médicale* du 14 juillet). Plus tard, j'ai voulu résumer, pour le public français, l'intéressante discussion qui venait d'avoir lieu, sur cette même question du choléra, entre plusieurs professeurs éminents de Munich et de Würzburg, parmi lesquels figurait M. Pettenkofer. En rendant compte de ce débat, je me suis permis (*Gazette hebdomadaire* du 29 septembre 1855) d'exprimer librement mon opinion sur une question que j'avais étudiée avec quelque soin. Si cette opinion a incliné ouvertement du côté de M. Virchow, ce n'est pas parce que j'ai eu l'honneur d'être son élève et que j'ose aujourd'hui me dire son ami, c'est encore moins par suite de quelque injuste prévention contre ses adversaires; et surtout ce n'est pas que j'aie prétendu revenir sur les éloges que j'avais donnés au livre de M. Pettenkofer, au moment de sa publication. J'ai dit, au contraire, dans mon exposé de la discussion entre MM. Virchow et Pfeuffer, « qu'il fallait faire une place à part, dans ce débat, à l'*Histoire du choléra en Bavière*, du docteur Pettenkofer, » et j'ai rappelé que ce travail « plus sérieux et plus complet que tout ce qui a précédé, restait un dossier riche de faits et digne de son titre ; » j'ai pris enfin le soin de répéter ses *conclusions générales*, en sept propositions, dont j'ai de nouveau signalé l'importance.

J'ai donc lieu d'être surpris que l'auteur, en me répondant après six à huit mois, tienne si peu de compte des éloges contenus dans mes deux articles, et s'exprime à mon égard avec une vivacité que je n'avais nullement provoquée.

Il va jusqu'à me reprocher d'avoir signalé, comme mettant fin au débat et tranchant la discussion, l'intervention du gouvernement bavarois, tandis qu'à ce sujet je n'ai fait que traduire, presque textuellement, les expressions d'un journal allemand (*Wiener Wochenschrift*, du 21 juillet 1855), bien connu, certes, pour ne pas faire d'opposition. M. Pettenkofer pouvait donc se dispenser de *repousser avec force*, comme il le dit, une attaque à laquelle je n'ai pas seulement songé, et d'introduire des considérations politiques dans une discussion purement scientifique. Ma qualité d'étranger en Bavière aurait dû lui inspirer plus de réserve à cet égard ; et l'accueil si bienveillant que j'ai reçu dans ce pays m'a été trop précieux pour que j'aie eu jamais la pensée d'y prendre part à aucun débat irritant. Ainsi j'ai passé sous silence plus d'un fait dont la mention pouvait être désagréable à ceux dont je ne partageais pas les opinions ; mais il ne m'était pas permis de pousser l'abnégation jusqu'à continuer l'éloge là où me semblait commencer l'erreur ; et c'est pourquoi j'ai exprimé mon regret de voir un travail méritoire employé à la justification d'une théorie qui m'a paru (et à bien d'autres aussi) inadmissible. M. Pettenkofer prétend aujourd'hui que ce fut de ma part une *fausse supposition ;* pour lui répondre il me faudrait entrer dans le fond de la discussion ; or, n'y ayant pas pris part pendant mon séjour en Allemagne, il ne saurait me convenir de m'y engager aujourd'hui, d'autant que je ne doute pas qu'une réponse directe à son récent mémoire n'arrive en moins de temps qu'il n'en a mis à le préparer. Je relèverai donc simplement ce qui m'est personnel.

Et d'abord, je n'ai pas dit que M. Pettenkofer se soit borné à

suivre les traces de M. Fourcault. J'ai dit et je maintiens que « *la loi de Fourcault a trouvé en Bavière sa constante vérification*, » et M. Pettenkofer ne le nie pas. Je n'ai pas autrement soulevé la question de priorité, et c'est bien à tort qu'il me reproche *des attaques* sur ce point, lorsqu'il aurait pu remarquer, au contraire, que je m'en suis soigneusement abstenu.

L'auteur me reproche ensuite de ne pas connaître aussi bien que lui la nature des matériaux employés dans la construction des quartiers neufs de la ville de Munich et de parler avec trop d'assurance de la disposition intérieure des maisons de ces quartiers, qui ont été le plus maltraités par l'épidémie cholérique de 1854. Ayant habité une des rues indiquées (Sonnenstrasse), et ayant eu l'accès d'un assez grand nombre de maisons de cette partie de la ville, j'ai cru pouvoir affirmer que ces rues sont plus larges, ces maisons mieux disposées sous le rapport hygiénique, « enfin que les lieux d'aisances y sont établis de manière à présenter infiniment moins d'inconvénients que dans les vieux quartiers. » Aujourd'hui encore, lorsque M. Pettenkofer déclare d'un ton absolu que « toutes les fosses d'aisances de Munich n'étaient que des puisards, laissant échapper leur contenu malfaisant » aussi bien dans les quartiers neufs (Ludwigstrasse, Amalienstrasse, Sonnenstrasse, par exemple) que dans ceux habités par la classe pauvre (Rosenstrasse, Thal, Sendlingerstrasse ?), je persiste à dire qu'il exagère, et, qu'en m'exprimant comme j'ai fait, j'ai été beaucoup plus près que lui de la vérité.

En ce qui concerne la ville de Nuremberg, si j'ai rappelé que « dans le plus vieux quartier, généralement respecté par l'épidémie, le bois, le charbon et la brique, et surtout le bois vermoulu et sans vernis, semblaient donner beau jeu à la fermentation et au dégagement des miasmes, » c'est que je venais de mentionner, deux lignes plus haut, l'opinion de l'auteur, « que le linge, le bois et la brique devaient être considérés comme réceptacles et comme conducteurs de miasmes. » Ainsi, il signale les linges souillés d'excréments de cholériques, les vases de bois, les chaises percées, comme les meilleurs véhicules du fléau. Il a en outre déclaré que, *dans les navires* flottants sur les eaux, les parois de bois remplacent le sol poreux et que les miasmes cholériques s'y développent aussi bien et mieux encore. N'était-il donc pas naturel d'opposer à cette théorie l'immunité des vieilles maisons de bois de Nuremberg ? et n'y avait-il aucune analogie entre ces constructions vermoulues et des navires également construits en bois, qui ne sont pas non plus « barbouillés ou enduits de déjections cholériques, » suivant les expressions du professeur de Munich ?

Quant à l'exemple cité par moi, de la caserne du Palais, à Avignon, bâtie sur le rocher qui domine la ville, entièrement construite et voûtée en pierre, et cependant la première envahie par le choléra en 1854, je suis fâché de dire que M. Pettenkofer, en rappelant ce fait, ne l'a pas présenté avec toute l'exactitude désirable. Il suppose que « le choléra a d'abord éclaté dans la partie basse de la ville, construite sur un terrain d'alluvion ; » d'où il déduit cette explication que « les soldats logés dans cette caserne, après avoir occupé, pendant vingt-quatre heures, les différents postes de la partie basse, y ont gagné la maladie et l'ont transportée et développée dans la caserne. » Les choses ne se sont pas passées ainsi ; le choléra s'est manifesté, s'est développé et a sévi avec intensité dans la caserne pendant plusieurs semaines, avant qu'*un seul cas* eût été signalé dans la partie basse de la ville, hors de la caserne. Mais les soldats atteints du choléra étant journellement transportés à l'hôpital, situé à une extrémité de la ville, et la traversant ainsi sur un assez long parcours, on a pu penser que c'est de la sorte que le choléra s'est répandu dans cette ville, où, du reste, il ne sévit sur aucun point avec autant de violence que dans la caserne bâtie sur le roc, et dont les latrines sont creusées dans le roc. M. Pettenkofer voudra bien m'excuser si ce fait, non pas tel qu'il le suppose, mais tel qu'il s'est passé, m'a paru pouvoir lui être objecté, comme étant en contradiction avec sa théorie de l'immunité constante des maisons bâties sur le roc.

En définitive, j'espère qu'on m'accordera, de part et d'autre, que mes communications, adressées d'Allemagne à la presse médicale française, au lieu de *prévenir* le public compétent de France contre les productions de la science allemande (ainsi que paraît le craindre M. Pettenkofer), n'ont eu pour but, au contraire, que de présenter ces productions sous le jour le plus impartial et le plus vrai, suivant ma conscience et la mesure de mes forces. En essayant de contribuer à faire connaître et apprécier plus promptement dans notre pays ces travaux souvent si remarquables et toujours dignes de la plus sérieuse attention, et en les accompagnant parfois de mon jugement personnel, je pourrai me tromper sans doute ; mais je n'oublierai jamais que c'est mon devoir, avant tout, de faire preuve de sincérité et de respect pour les convenances, comme de m'abstenir de toute personnalité.

Paul Picard

Paris, février 1856.

RÉPONSE DE M. VIRCHOW.

Je n'ai exprimé qu'une seule fois, de mon propre mouvement, mon opinion sur les recherches de quelques médecins de Munich. Cet article, dirigé moins contre M. Pettenkofer que contre d'autres, qui avaient exagéré outre mesure le résultat des investigations faites à Munich, avait pour but de réfuter l'opinion répandue par ceux-ci dans des cercles officiels, que les débats scientifiques sur la genèse du choléra étaient clos. Cette critique n'avait jusqu'alors paru que dans les colonnes d'un journal de médecine. M. Pfeuffer, en portant la question devant le forum des lecteurs de l'*Allgemeine Zeitung*, m'obligea ainsi à le suivre sur ce terrain. Qu'il m'ait laissé le dernier mot, parce qu'il trouvait inutile de continuer la controverse, c'est ce qu'il ne m'appartient pas de juger. Je n'ai point provoqué non plus l'article de M. Picard. En tous cas, je n'aurais point porté cette polémique en pays étranger, et, si j'ajoute ici quelques mots, ce n'est que pour éloigner de moi, devant le public français, le reproche d'avoir émis un jugement précipité. Mais je déclare d'abord avoir, à plusieurs reprises, reconnu le mérite des recherches exactes et consciencieuses de M. Pettenkofer. Je n'ai à lui reprocher que deux choses: premièrement, de revendiquer le droit de priorité pour des données établies déjà par des faits tout aussi concluants, et ensuite de prétendre avoir par là amené une conclusion qui, selon moi, n'est point encore permise.

Je ferai remarquer, en ce qui concerne la question de l'importance des communications personnelles (contagion), que des observateurs antérieurs ont fourni des preuves tout aussi convaincantes que celle de M. Pettenkofer. Parmi les auteurs allemands qui, dans ces dernières années, se sont occupés de ce sujet, je citerai: Wachsmuth, *Die Cholera in Gieboldshausen*, Gœttingue, 1851 ; Pagenstecher, *Die asiatische Cholera in Elberfeld*, 1851 ; Mecklenburg ; *Was vermag die Sanitæts Polizei gegen die Cholera?* Berlin, 1854.

La marche de l'épidémie a été reconnue, la formation de foyers d'infection constatée, par presque tous les observateurs. M. Scheitz a beaucoup éclairci la question. (Voyez *Archives d'anatomie pathologique*, t. II, p. 379, et surtout son travail: *Tableau comparatif et statistique des cas de choléra observés à Berlin pendant les épidémies de* 1831, 1832, 1837 *et* 1848, *établi d'après les logements des malades et les listes de l'état civil*, Berlin, 1849.) Quant à la question de l'influence du sol, je citerai: Steifensand, *Du choléra asiatique dans ses rapports avec la cachexie paludéenne*, Crefeld, 1848.

Le mérite incontestable de M. Pettenkofer est d'avoir visité et exploré avec soin un plus grand nombre de foyers d'infection, d'avoir mieux étudié l'importance étiologique du sol, et enfin d'avoir rassemblé une plus grande grande quantité de matériaux que ses prédécesseurs. Le point faible de son argumentation consiste en ce qu'il a voulu trouver une connexion entre la nature du terrain, les communications personnelles et les foyers d'infection. A cet endroit, M. Pettenkofer est, à ce qu'il me semble, encore sous l'impression des conclusions tirées des recherches de M. Thiersch, conclusions dont on a depuis quelque temps reconnu la fausseté à Munich même. J'ajoute que ce fut moi qui attaquai un des premiers

les expériences de celui-ci. Aussi longtemps qu'elles passèrent pour concluantes, le résultat des découvertes faites à Munich, comme le fait observer M. Pfeuffer à plusieurs reprises, amenait la fin des débats. Les déjections des cholériques devaient, à une certaine période de leur décomposition, former le contagium, celui-ci traverser le sol et de là se répandre au dehors. Cela étant, *le sol serait non-seulement la source de la prédisposition, mais encore de l'infection elle-même.* Mais dès que les preuves manquent pour constater que les déjections ne donnent naissance, qu'en se décomposant, au miasme cholérique, les conséquences tirées de ce fait ne peuvent naturellement être concluantes. C'est pourquoi M. Pettenkofer s'exprime peu clairement ; car, en parlant d'une simple prédisposition, qui dépendrait de la nature du sol, il a évidemment en vue l'infection même.

M. Pettenkofer a déclaré que Würzbourg, par les conditions telluriques où se trouve cette ville, jouit d'une complète immunité à l'égard du choléra. Par conséquent, aucun habitant de Würzbourg ne devrait être prédisposé à la maladie. Cependant plusieurs faits prouvant le contraire sont arrivés à notre connaissance. Nous pourrions citer nombre d'habitants de Würzbourg qui, s'étant rendus à Munich lors de l'épidémie, furent bientôt victimes du fléau. De plus, il a été constaté que plusieurs personnes, déjà attaquées par la maladie et habitant, si ce n'est Würzbourg, du moins les environs, sont revenues chez elles et y sont mortes. Quelques-uns de ceux qui les entouraient tombèrent aussi malades, tandis que d'autres, qui pourtant se trouvaient dans les mêmes conditions, furent épargnés. L'épidémie, toutefois, ne se propagea pas plus loin. Ainsi, on pouvait bien parler, dans ce cas, d'une prédisposition, mais il serait difficile de l'attribuer à la nature seule du terrain.

C'est, à mon avis, envisager la question d'une façon trop exclusive que d'attribuer à un seul principe une cause prédisposante, et de ne tenir aucun compte de l'atmosphère, de l'hygiène et de l'état corporel des individus, ainsi que des autres conditions dans lesquelles se trouve leur demeure. Avons-nous bien le droit du reléguer complétement le *genius epidemicus* parmi les chimères des siècles passés ?

Si M. Pettenkofer eût été médecin praticien, il n'aurait vu la chose ni si simple d'un côté, ni si compliquée de l'autre. Il aurait reconnu qu'outre les immondices amassées dans le sol, il peut encore exister bien d'autres sources de développement pour la maladie, et, d'un autre côté, il se serait convaincu que, dans bien des cas, l'infection a lieu sans que le sol y soit pour rien, comme, par exemple, lorsqu'elle est transmise par des pièces de vêtements, ou du linge.

Si les foyers d'infection étaient en effet dans une connexion directe et constante avec le sol, ne devrait-on pas avoir égard aux mêmes considérations dans les fièvres puerpérales, la variole, la scarlatine, en un mot dans toutes les maladies reconnues contagieuses ? Aucun fait n'a jusqu'à présent prouvé indubitablement que le miasme cholérique prit naissance dans les lieux d'aisances ou dans le sol. Si, au contraire, la nature des terrains n'amène qu'une simple prédisposition, il est pour le moins tout aussi probable qu'il existe une foule d'autres sources d'insalubrité et d'infection, telles que l'encombrement, une mauvaise ventilation, des cours remplies d'immondices, etc.

Les résultats pratiques que M. Pettenkofer s'efforce d'obtenir diffèrent, par conséquent, fort peu de ceux auxquels d'autres ont tâché d'arriver, sans être aussi exclusifs dans leurs recherches sur la cause prédisposante. Il s'agit simplement de prendre des mesures d'hygiène générales, lesquelles ont déjà souvent, dans de précédentes épidémies, obtenu le plus grand succès, comme par exemple à Newcastle, à Copenhague. (Consultez à ce sujet : Panum, *Om Cholera Epidemien i Baudholm*, 1850, Copenhagen.)

R. VIRCHOW.

Würzbourg, 4 mars 1856.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Emploi de l'iodure de chlorure mercureux contre la couperose.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du vendredi dernier, 7 mars, vous avez bien voulu consacrer un article à l'appréciation du traitement que j'ai proposé contre la couperose. La forme générale de votre critique dénote une bienveillance dont je devrais peut-être me borner à vous remercier ; mais ce n'est pas à moi à vous apprendre combien les auteurs, si modestes qu'ils semblent devoir être, sont difficiles à contenter ; et vous trouverez tout naturel que les légères restrictions et objections dont vous avez tempéré vos éloges m'aient fait éprouver le besoin de dissiper, dans l'esprit de vos lecteurs, des incertitudes que votre critique, quelque bienveillante qu'elle soit, pourrait laisser planer sur l'efficacité de mon traitement.

Votre première restriction, monsieur le rédacteur, porte sur le nombre de mes expériences, qui doit être très grand, dites-vous, pour justifier ma confiance (page 172, 2e colonne ; mais, comme si vous étiez convaincu d'avance que ce nombre ne remplit pas les conditions que vous exigez, vous vous empressez d'ajouter « qu'on ne peut s'empêcher de désirer, pour porter un jugement, une expérimentation plus étendue. »

Mes expériences sont, en effet, nombreuses, sinon très nombreuses ; mais il faut, toutefois, s'entendre sur ces mots.

Celui qui proposerait un nouveau traitement contre la pneumonie, par exemple, laquelle guérit naturellement six fois sur sept, je suppose, celui-là, sans aucun doute, devrait apporter des faits *très nombreux* pour convaincre ses lecteurs de la supériorité de sa méthode, c'est-à-dire pour établir qu'il s'est soustrait à toutes les influences du hasard et des séries heureuses. Mais s'il s'agissait de démontrer l'efficacité d'un traitement contre la rage ou la morve, pensez-vous qu'il fallût à l'auteur de ce traitement plus de deux ou trois faits de guérison bien constatés pour mettre en évidence l'efficacité de sa méthode? Ce qui est vrai de la rage et de la morve l'est également de la couperose véritable. Or, je n'en suis ni à deux ni à trois observations. J'en ai déjà publié quinze, sur lesquelles une seule est jusqu'à présent demeurée incomplète ; encore n'ai-je quitté la malade qu'après avoir obtenu une amélioration telle que tout faisait présager une guérison. Quant aux quatorze malades qui font le sujet des autres observations, *tous* ont été guéris. Le seul doute permis sur ces quatorze observations ne pourrait porter que sur le diagnostic ; mais, outre que ce diagnostic n'est pas bien difficile dans les cas de couperose, j'ai eu soin de l'entourer de circonstances et de témoignages qui ne peuvent laisser le plus léger nuage dans les esprits les plus prévenus, à plus forte raison dans les esprits impartiaux comme le vôtre.

Dans une autre allégation, vous dites, monsieur et très honoré confrère, qu'*un bon nombre de malades ont été perdus de vue avant guérison complète*. Les détails qui précèdent prouvent que c'est *un* malade sur *quinze* qu'il eût fallu dire ; encore n'est-il pas juste de dire que j'aie perdu de vue la malade qui fait le sujet de ma quinzième observation ; j'en ai de temps en temps des nouvelles, et je sais que l'amélioration que j'ai obtenue persiste toujours.

Vous dites, enfin, que j'ai trouvé des incrédules parmi les dermatologues les plus distingués. Quels sont-ils ? Je n'en connais aucun qui ait manifesté par écrit son incrédulité.

Un mot encore, et je clos cette lettre. Une erreur typographique s'est glissée dans le numéro du MONITEUR DES HÔPITAUX dans lequel se trouve mon second article : la masse des pilules d'iodure de chlorure mercureux doit être divisée, non en *vingt-cinq* pilules, mais en *cent*. Dans un des numéros suivants, cette erreur a été rectifiée.

Agréez, etc. Dr ROCHARD (de Paris).

Paris, ce 12 mars 1851.

— Nous ne connaissons d'observations *publiées* par M. Rochard sur le traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux, que celles qui ont été insérées dans le MONITEUR DES HÔPITAUX ; et c'est sur celles-là seulement que portaient nos remarques. Or, il nous paraît évident, *après vérification*, que les conditions d'une guérison complète et définitive ne sont pas les mêmes pour notre confrère que pour nous. C'est donc une question d'appréciation, sur laquelle le lecteur pourra s'édifier, s'il veut bien consulter les sources indiquées dans notre article (voy. n° du 7 mars, p. 172). Nous n'en reconnaissons pas moins que les résultats annoncés par M. Rochard sont fort encourageants. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

PHYSIOLOGIE. — Note de M. *Girard*, de Washington, sur la contexture de la fibrine. (Nous publierons cette communication dans le prochain numéro.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une ampliation de l'arrêté en date du 15 mars, par lequel il a approuvé les modifications et additions que l'Académie de médecine, dans sa séance du 29 janvier dernier, a proposé d'apporter à son règlement.

Voici le texte de cet arrêté:

Art. premier. — Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 44, 51 et 89 de l'ancien règlement de l'Académie de médecine seront rédigés ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Les membres *titulaires* sont au nombre de 100, distribués en onze sections ainsi qu'il suit :

1re *section* :		Anatomie et physiologie	10
2e	—	Pathologie médicale	13
3e	—	Pathologie chirurgicale	10
4e	—	Thérapeutique et histoire naturelle médicale	10
5e	—	Médecine opératoire	7
6e	—	Anatomie pathologique	7
7e	—	Accouchements	7
8e	—	Hygiène publique, médecine légale et police médicale	10
9e	—	Médecine vétérinaire	6
10e	—	Physique et chimie médicales	10
11e	—	Pharmacie	10
		Total	100

Art. 2. — Les associés libres peuvent être au nombre de dix.

Art. 3. — Les associés *nationaux* (dénomination substituée à celle de *régnicoles*) pourront être portés au nombre de vingt. Les associés étrangers pourront être également au nombre de vingt.

Art. 4. — Le nombre des correspondants nationaux est fixé à cent ; celui des correspondants étrangers à cinquante.

Art. 5. — Les correspondants nationaux et étrangers sont distribués en quatre divisions, ainsi qu'il suit :

1re DIVISION. — Anatomie et physiologie. — Pathologie médicale. — Thérapeutique et histoire naturelle médicale. — Anatomie pathologique. — Hygiène publique et médecine légale.

Correspondants nationaux	50
— étrangers	25

2e DIVISION. — Pathologie chirurgicale. — Médecine opératoire. — Accouchements.

Correspondants nationaux	24
— étrangers	12

3e DIVISION. — Médecine vétérinaire.

Correspondants nationaux	6
— étrangers	3

4e DIVISION. — Physique et chimie médicales. — Pharmacie.

Correspondants nationaux	20
— étrangers	10
Total	150

Art. 44. — Nul ne pourra obtenir le titre de membre titulaire de l'Académie, 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou pharmacien, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire ; 2° s'il n'en a pas fait la demande expresse.

Art. 51. — L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel ; celle des associés et correspondants se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'article 49. Pour les uns et pour les autres, il faut la majorité absolue des membres présents.

Art. 89. — Jusqu'à ce que les classes des correspondants nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'article 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

Art. second. — Les chiffres des autres articles du règlement seront changés en raison de ces additions.

— M. *le secrétaire perpétuel* fait observer, après avoir donné lecture de cet arrêté, qu'il ne sera pas difficile à l'avenir de classer les membres correspondants dans les quatre divisions établies par les nouveaux articles du règlement. Mais la tâche du bureau, actuellement chargé de la répartition des correspondants dans ces quatre sections, n'est pas sans difficulté. Il a fallu écrire à cet effet à tous les membres correspondants de l'Académie. Quarante-deux seulement ont répondu jusqu'à présent. Il faudra attendre que le plus grand nombre ait répondu pour les répartir dans telle ou telle division, d'après leurs travaux ou leurs aptitudes.

2° L'Académie reçoit : — *a*. Un mémoire sur l'ergot de seigle comme anti-abortif dans les premiers mois de la grossesse, par le docteur *Joulin*. (*Comm.:* M. Danyau.) — *b*. Un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul et combiné à l'action des instruments ; — un mémoire sur le traitement des calculs urinaires par le toucher combiné avec l'action des instruments, dans lequel se trouve exposée une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle la *lithothlibie ;* — une nouvelle observation d'un calcul vésical guéri en une seule séance par la lithothlibie, suivie de considérations à l'appui de cette méthode opératoire. (*Commission du prix d'Argenteuil.*)

— M. le *président* annonce que MM. *Haime* (de Tours) et *Négrier* (d'Angers), membres correspondants de l'Académie, assistent à la séance.

— M. le *président* fait part à l'Académie du décès de M. *Gerdy*, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, et de celui de M. *Lasserre* (d'Agen), membre correspondant.

— Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques de M. Gerdy.

Lectures et Mémoires.

POLICE MÉDICALE. — M. le docteur *Tardieu*, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De la qualification d'escroquerie appliquée au charlatanisme médical.* (*Comm. :* MM. Guérard, Chevallier, Robinet.)

Discussion sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

M. *Bonnafont :* « En parcourant mon mémoire et en lisant le discours de M. Velpeau, je trouve que la distance qui nous sépare n'est pas aussi grande qu'il le dit au commencement. Ainsi, après avoir condamné de la manière la plus absolue la méthode de l'occlusion, M. Velpeau ajoute que ce moyen peut être appliqué très avantageusement dans les conjonctivites, les chémosis, les lésions traumatiques de l'œil, les abcès, les dépôts plastiques de la cornée, les kératites, etc.; mais je n'ai jamais employé ce mode de traitement que dans des affections pareilles, et, de plus, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique, deux cas de kératite ulcéreuse, un cas d'ophthalmie purulente et un cas d'iritis.

» M. Velpeau m'a reproché d'avoir introduit une véritable obscurité dans la classification des ophthalmies et une regrettable confusion dans le diagnostic différentiel des maladies oculaires. Je regrette que la force des circonstances m'ait toujours tenu éloigné de l'enseignement de M. Velpeau, et je confesse que j'ai dû partager ainsi les errements de mes anciens maîtres.

» Je conviens très volontiers de mon inclination pour la doctrine étiologique des ophthalmies, parce qu'elle a l'avantage immense, en découvrant la cause de la maladie, de conduire à poser les bases d'une thérapeutique rationnelle. Pourtant je suis loin de repousser la doctrine anatomique ; je cherche autant que possible à concilier les deux doctrines dans la mesure d'un sage éclectisme.

» Mais, pourquoi donc M. Velpeau, qui se déclare partisan

exclusif de la doctrine anatomique dans la classification des ophthalmies, reprochait-il naguère aux micrographes de ne pas attacher assez d'importance à la cause générale, à la constitution individuelle, et de vouloir trop expliquer la nature du cancer par la lésion anatomique des tissus? Cette contradiction chez un maître aussi éminent que M. Velpeau ne dit-elle pas suffisamment combien, en médecine et en chirurgie, il est difficile d'adopter sans danger, des idées trop exclusives dans une classification quelconque?

» Quoi qu'en dise M. Velpeau, les ophthalmiques présentent quelquefois des symptômes de réaction : cette opinion est formulée par Jourdan dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. XXXVII, page 423; et l'appareil des symptômes généraux était franchement développé chez deux des malades dont je rapporte l'observation. Dans ces deux cas, les émissions sanguines ont produit d'excellents effets.

» M. Velpeau, qui se montre si hostile à l'occlusion dans le traitement des ophthalmies, ne se doute guère que ce qui m'a surtout engagé à recourir à cette méthode, c'est la lecture de son article du *Dictionnaire* en 30 volumes, où il dit d'une manière positive que l'occlusion de l'œil est un des moyens les plus efficaces contre les chémosis, et que c'est là un traitement qui mérite d'être étudié et généralisé.

» M. Velpeau conteste l'utilité de maintenir dans l'obscurité les sujets affectés de maladies oculaires. Les chirurgiens militaires professent une doctrine tellement opposée que, dans la plupart de nos hôpitaux, il existe des salles réservées aux ophthalmiques, où l'on peut à volonté diminuer ou intercepter l'action de la lumière. Pendant mon séjour en Afrique, j'ai été deux fois atteint d'ophthalmie : si M. Velpeau avait éprouvé comme moi les souffrances horribles que cause la double influence de la lumière et de l'air sur l'œil enflammé, je doute qu'il eût jamais eu l'idée de contraindre les malades à braver, l'œil ouvert, le contact affreusement douloureux des rayons lumineux et de l'atmosphère.

» M. Bégin a souvent eu recours à l'occlusion dans le traitement des ophthalmies, concurremment il est vrai avec d'autres moyens thérapeutiques, et il déclare que l'occlusion a été pour lui une sorte de topique plus favorable que les collyres, les pommades, les cautérisations et autres applications locales variées, qui se partagent les prédilections des oculistes; et M. Bégin a employé l'occlusion avec succès, non-seulement dans l'inflammation superficielle de l'œil, mais bien plus encore dans les altérations qui atteignent les parties profondes de l'organe, contre l'iritis, contre la kératite ulcérée et surtout contre les ophthalmies scrofuleuses des enfants avec photophobie excessive et insupportable.

» M. Furnari a traité avec succès 61 cas variés d'affections oculaires par l'occlusion simple des paupières : 16 ulcérations simples et primitives de la cornée; 10 ulcérations entretenues par les vaisseaux de la conjonctive; 5 ulcérations chroniques entretenues par des granulations; 6 photophobies opiniâtres; 12 blépharites granuleuses sans ulcération cornéenne; 2 staphylômes commençants de la cornée; 2 staphylômes de l'iris consécutifs à l'opération de la cataracte par extraction; 4 ectropions commençants; 4 névralgies sus-orbitaires. (*Gazette des hôpitaux* du 18 mars 1856.)

» M. Bouvier, dans la dernière séance, est venu parler en faveur de l'occlusion. Par des détails empruntés à la clinique des enfants malades, il a réfuté victorieusement les arguments théoriques de M. Velpeau relativement à la prétendue inefficacité de l'occlusion naturelle dans la majeure partie des ophthalmies de l'enfance.

» Voilà certainement de nombreux et importants témoignages en faveur de l'occlusion.

» M. Velpeau me reproche encore assez rudement d'avoir préconisé cette méthode contre toute espèce d'ophthalmie et d'avoir, dans son emploi, une confiance exagérée. Mais n'ai-je pas dit dans mon mémoire que je n'avais pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses, granuleuses ou purulentes, etc.? Et encore, que dans les ophthalmies dues à une cause spécifique, telle que la syphilis, la blennorrhagie, les scrofules, etc.; il fallait avant tout combattre la cause première du mal par des moyens spéciaux, tout en plaçant l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser sa guérison? N'ai-je pas eu soin de dire enfin que je n'avais pas encore employé l'occlusion dans un assez grand nombre de cas pour pouvoir en conseiller l'usage d'une manière générale; mais que c'était une méthode recommandable que je venais soumettre à la sanction de l'Académie et signaler à l'attention des praticiens?

» Afin de prouver à M. Velpeau et à l'Académie qu'il n'y a ni doute ni confusion dans le diagnostic des ophthalmies qui ont été soumises par moi au traitement de l'occlusion, je vais rappeler la dénomination que j'ai donnée à chacune d'elles : 1re obs. kératite intense avec ulcération de la cornée, 2e chémosis très prononcé avec inflammation de toute la conjonctive, 3e iritis, 4e kérato-conjonctivite très intense, 5e idem, 6e, 8e, 9e, 11e, 13e, conjonctivite aiguë, 7e conjonctivite blennorrhagique, 10e kératite ulcéreuse, 12e conjonctivite avec chémosis, 14e ophthalmie purulente, 15e kératite superficielle et légère, 16e conjonctivite suppurée, 17e chémosis, 18e ophthalmie franche. Cette dernière, qui seule, peut-être, mérite le reproche de M. Velpeau, était une conjonctivite générale aiguë.

» Je reconnais que j'ai commis une erreur dans le relevé de mes chiffres relatif à la moyenne de la durée du traitement; mais je crois que M. Velpeau s'est trompé aussi, et qu'il faudrait substituer le chiffre 15 au chiffre 17 pour être exact. Encore, si l'on retranche le nommé Lacroix, qui, après avoir été guéri de son ophthalmie, a prolongé assez longtemps son séjour à l'hôpital pour y être opéré d'une adénite cervicale légère, ne trouvera-t-on plus qu'une moyenne de traitement de 12 jours pour les 17 malades restants.

» Voici deux faits tout récents, propres encore à établir que les malades traités par l'occlusion des yeux guérissent plus promptement que les autres : 1° Une dame de cinquante ans est atteinte, depuis trois ou quatre jours, d'une conjonctivite oculaire très intense avec photophobie. Elle conserve mon appareil pendant deux jours entiers, et, au bout de sept à huit jours, elle est parfaitement guérie. 2° Un coutelier est frappé d'un éclat de meule qui trace sur la cornée une plaie de 5 ou 6 millimètres. Les collyres émollients et narcotiques avaient été prodigués en vain. J'applique sur l'œil malade mon appareil d'occlusion, et, au bout de sept ou huit jours, la cornée est cicatrisée, l'œil a repris ses fonctions.

» Je ne crois pas que M. Velpeau soit autorisé, comme il l'a fait, à comparer l'action de l'air et de la lumière sur la plaie d'un membre, par exemple, avec l'influence que ce double agent exerce sur un œil malade; car il existe, dans l'organe de la vision de plus que sur toutes les autres parties du corps, une sensibilité fonctionnelle spéciale, dont la susceptibilité est toujours exagérée dans l'état de maladie; de sorte que l'occlusion, comme le dit M. Bégin, agit autant et plus peut-être en condamnant l'œil à un repos absolu, qu'en soustrayant cet organe au double contact de l'air et de la lumière. »

M. Bonnafont termine par quelques paroles sur l'efficacité du collodion dans le traitement des orchites, en remerciant M. Velpeau de lui avoir fourni cette nouvelle occasion de proclamer devant l'Académie les avantages de ce puissant topique.

M. *Larrey*. J'avais l'intention de prendre une seconde fois la parole dans ce débat; mais je pense qu'aujourd'hui l'Académie doit être suffisamment édifiée sur la question en litige. Il serait assurément superflu de prolonger plus longtemps une discussion qui n'ébranlerait probablement point les convictions arrêtées des partisans et des adversaires de l'occlusion. Je renonce donc à la parole, et je demande la clôture de la discussion.

M. *Velpeau*. J'appuie bien volontiers la motion de M. Larrey. Ce qu'a dit M. Bonnafont dans cette séance, pas plus que ce qu'il avait dit précédemment en faveur de l'occlusion ne serait capable de changer mes idées à cet égard; et si je ne partageais pas l'opinion de M. Larrey sur l'inutilité d'un plus long débat, je pourrais encore ajouter bien des choses à ce que j'ai déjà dit.

Je me contenterai de déclarer que depuis cinq ou six semaines je suis revenu au traitement des maladies des yeux par l'occlusion. Je l'ai essayée sur huit malades de mon service. Eh bien! je dois avouer que ces nouvelles tentatives n'ont fait que confirmer les

résultats de mes premiers essais ; elles m'ont convaincu, plus que jamais, que les appareils d'occlusion peuvent être utiles dans le traitement des conjonctivites simples, qu'ils agissent surtout par la compression douce et continue qu'ils exercent sur les tissus enflammés, et qu'enfin la méthode de M. Bonnafont ne procure point des guérisons plus rapides que les moyens de traitement ordinaires. J'invite M. Bonnafont à tenter des expériences comparatives à ce sujet ; j'y convie également les praticiens qui désireraient savoir pour qui, de M. Bonnafont ou de moi, se prononcera l'expérience.

M. *Bussy*, président, déclare que la discussion est close.

La séance publique est levée à quatre heures et demie.

L'Académie se forme en *comité secret*, dans le but d'arrêter une liste de candidats pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Société de chirurgie de Paris.

Séance du 19 mars 1856.

TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE.

(Suite. — Voir le n° 12, t. III, page 213.)

M. *Demarquay*. J'ai eu occasion de mettre en usage la trépanation de l'os unguis dans le traitement de la fistule lacrymale. Sur six malades que j'ai traités de cette manière, quatre portaient des fistules graves ; le séton et la canule avaient été essayés inutilement; une fois j'ai été obligé moi-même de retirer la canule de Dupuytren, à cause des accidents qui s'étaient développés. Dans les deux autres cas, il s'agissait seulement d'une tumeur lacrymale. J'ai pu suivre tous mes malades, à l'exception d'un seul que j'ai perdu de vue; la guérison s'est toujours maintenue. J'ai revu l'un d'eux au bout de trois ans; il n'était rien survenu de nouveau. Plusieurs fois j'ai fait des injections par les points lacrymaux, et je me suis assuré qu'au bout d'un temps variable entre quinze jours et deux mois, la communication établie artificiellement entre les voies lacrymales et les fosses nasales est interrompue. Et cependant le mal ne se reproduit pas ! M. Demarquay croit qu'il se fait une oblitération du sac, et que la perforation de l'os unguis est un excellent moyen de produire cette oblitération ; elle détermine peu de douleurs, et guérit très bien. Il est d'avis qu'on n'obtient jamais la perméabilité du canal nouveau.

M. *Huguier*. Si l'on échoue souvent en appliquant la canule, c'est qu'on n'opère pas convenablement. Que fait-on, en effet? Après avoir ponctionné le sac, on plonge le bistouri dans les voies lacrymales plus ou moins oblitérées ; le bistouri, au lieu de rester constamment dans la lumière du canal, perfore la muqueuse, s'engage entre elle et les os ; le stylet, puis la canule, suivent le même chemin. Il est évident que cette dernière ne peut être d'aucune utilité dans ce cas, et qu'il faudra la retirer tôt ou tard, à cause des accidents qu'elle provoquera, tels que la suppuration, la carie, la nécrose de l'os unguis, et même des apophyses montantes de l'os maxillaire supérieur. D'autres fois, le bistouri perfore la paroi des fosses nasales, du sinus maxillaire, et la canule pénètre dans ces cavités, provoquant des accidents assez sérieux sans guérir les malades.

Pour éviter ces inconvénients, M. Huguier a imaginé un procédé qui lui donne des résultats bien meilleurs. Dans l'opération, il supprime le temps qui consiste à plonger le bistouri dans le canal nasal. M. Huguier commence par sonder l'orifice fistuleux ; il cherche à rétablir, à désobstruer les voies lacrymales au moyen d'un stylet de trousse droit ou coudé; ce stylet, une fois engagé, lui sert de mandrin pour placer la canule. M. Huguier a agi de cette façon sur quatre ou cinq malades, et toujours, dans ces cas, la canule a bien fonctionné. Il est vrai qu'elle peut remonter ou bien descendre ; mais le malade ne court aucun danger.

M. *Guersant*. Dans l'opération de la fistule lacrymale, comme dans toutes les autres, le succès dépend en grande partie du *modus faciendi*. J'ai vu près de cent malades traités par Dupuytren ; il est certain qu'un grand nombre guérissaient ; plusieurs sont restés guéris après que la canule eut été retirée. Mais Dupuytren, dans ses leçons, entrait dans des détails minutieux relativement aux temps de l'opération, à la confection de la canule ; il voulait que cette dernière eût une courbure et des dimensions déterminées, qu'elle fût terminée en bec de flûte, qu'elle fût de platine, etc. Ce sont là mille petits détails peu importants en eux-mêmes, mais qui font le succès d'une opération.

M. *Cloquet* pense que le clou de plomb donne absolument les mêmes résultats que la canule de Dupuytren.

M. *Guersant*. Si l'on a souvent été obligé de retirer la canule, c'est qu'ordinairement cette canule était mal faite.

M. *Larrey*. Dupuytren a été souvent dans l'obligation de retirer des canules qu'il avait placées lui-même ; ce qui le prouve, c'est qu'il a fait faire par M. Charrière un instrument spécial pour faciliter cette extraction. Dès que la canule s'oblitère, ce qui arrive souvent, elle agit comme un corps plein, ou comme le clou de plomb.

M. *Verneuil* rappelle à la Société un remarquable mémoire de M. Béraud sur la fistule lacrymale. Le traitement actuel de la fistule lacrymale est dominé par cette idée générale, qu'il y a dans les voies lacrymales un obstacle qui s'oppose à l'écoulement des liquides ; dès lors l'indication capitale devait être de désobstruer le canal. M. Béraud a démontré qu'il existe plusieurs variétés de fistule lacrymale. L'une de ces variétés est produite par l'altération fongueuse de la muqueuse du sac, altération chronique qui quelquefois ne produit aucun obstacle physique aux liquides ; l'air passe très bien de bas en haut, et souvent, en pressant sur la tumeur lacrymale, on fait écouler le liquide dans le nez. Une autre variété résulte de l'hypertrophie des glandules de la muqueuse du sac, d'une formation, dans cette région, de kystes analogues à ceux que M. Giraldès a démontrés constituer ce qu'on a appelé l'hydropisie du sinus maxillaire. Dans tous ces cas, que peuvent la canule, le séton, le clou, etc.? Serviront-ils à dilater un rétrécissement qui n'existe pas ? Dans les cas de valvule, de gonflement de la muqueuse, ils pourront détruire la valvule, atrophier les fongosités et procurer la guérison. — Lorsque la muqueuse est tellement altérée qu'on ne peut espérer la ramener à des conditions physiologiques, il faut la détruire complétement : c'est ce qui explique les succès obtenus par les caustiques, le fer rouge. — Ce qu'il importe de faire avant tout, quand il s'agit de guérir une tumeur, une fistule lacrymale, c'est donc d'établir rigoureusement le diagnostic de l'altération qu'on a sous les yeux ; et ce n'est que lorsqu'on aura précisé la variété morbide que l'on a à combattre, qu'on pourra déterminer la méthode de traitement qui lui est applicable.

Dans cette même séance, M. *Denonvilliers* a exposé un nouveau mode de suture destiné à remplacer la suture entortillée, généralement usitée dans le traitement du bec-de-lièvre.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Contribution à l'explication des phénomènes dits d'irradiation, par A. Cramer.

Deux disques de même diamètre, l'un blanc sur un fond noir, l'autre noir sur un fond blanc, étant observés à la même distance, paraissent inégaux ; toujours le disque blanc semble plus grand que l'autre. Lorsque la lune a la forme d'un croissant, et que la partie non éclairée par le soleil est rendue visible cependant par les rayons lumineux réfléchis par la terre, cette portion obscure se montre à nous comme appartenant à une sphère plus petite que celle dont fait partie le croissant. Ces phénomènes et une foule d'autres analogues sont attribués à ce qu'on appelle l'*irradiation*. Plateau, qui le premier a cherché à en donner l'explication, a sup-

posé que, lorsqu'un objet est fortement éclairé, son image sur la rétine impressionne non-seulement les portions de cette membrane sur lesquelles elle se forme, mais encore les parties voisines ; en d'autres termes qu'un point de la rétine qui reçoit une forte impression, communique son état aux points qui l'entourent immédiatement ; d'où il résulte que l'objet est vu sous des dimensions plus grandes que ne le comporte l'angle visuel. Cette théorie fut admise par tous les physiologistes jusqu'à l'époque où certains faits, dont elle ne pouvait rendre compte, conduisirent Welker à une autre interprétation. On comprend très bien, en effet, que les mêmes phénomènes attribués à l'irradiation doivent se montrer également lorsque l'image de l'objet observé se produit en avant ou en arrière de la rétine; c'est-à-dire lorsque l'œil n'est pas adapté parfaitement à la distance où se trouve l'objet ; or, Welker prétend que les phénomènes d'irradiation dépendent simplement d'un défaut d'adaptation ; les motifs qu'il donne à l'appui de son opinion sont les suivants :

1° Tous les phénomènes d'irradiation, sans exception, s'expliquent aisément de cette manière, tandis que la théorie de Plateau est impuissante à nous faire comprendre quelques-uns d'entre eux.

2° L'irradiation cesse de se produire quand l'objet est vu à travers une petite ouverture. Mais on pourrait objecter que, dans ce cas, la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil, est trop petite pour produire le phénomène.

3° Une adaptation convenable fait disparaître l'irradiation ; des lunettes concaves peuvent produire le même effet.

Une expérience très ingénieuse de Cramer démontre d'une manière irréfragable que la théorie de Welker est la seule véritable ; une carte à jouer est percée de deux petits trous comme dans l'expérience si connue de Scheiner : à travers cette double ouverture, on regarde une bande blanche sur un fond noir, à côté de laquelle se trouve une bande noire de même largeur sur fond blanc ; à une distance d'environ 10 mètres, la raie blanche paraît plus large que la noire ; mais si, sur l'un des champs noirs se trouve une ligne blanche, l'œil dirigé sur elle la voit double, preuve qu'il n'est point adapté à cette distance. Un effort d'adaptation parvient cependant à faire voir cette ligne simple ; mais on constate alors qu'il n'y a plus d'irradiation, c'est-à-dire que les deux bandes ont la même largeur.

Un instrument inventé par Cramer rend la chose encore plus palpable. Sur une monture de lunettes, on remplace les verres par deux lames opaques et noires ; l'une de ces lames présente une large ouverture qui peut se fermer par une petite lamelle de cuivre noirci, percée de deux trous, comme dans l'expérience de Scheiner. Cette lamelle est fixée en avant d'une lentille d'environ 10 centimètres de foyer ; au-devant de la lentille se trouve un tube formé de deux pièces qui rentrent l'une dans l'autre, et permettent de l'allonger ou de le raccourcir ; à l'extrémité du tube est une lame de verre sur laquelle a été tracée au diamant une raie verticale. En pressant sur un bouton, on fait partir un ressort qui éloigne subitement la lamelle de cuivre et la lentille fixée derrière elle, soit ensemble, soit séparément.

Pour étudier l'irradiation au moyen de cet instrument, on place d'abord la lame de verre au foyer de la lentille ; dans cette position, les rayons qui partent de la ligne verticale sont devenus parallèles après avoir traversé la lentille. On dispose ensuite les lunettes de manière à voir par les deux trous la ligne tracée sur le verre. En pressant alors sur le bouton, la lentille et le diaphragme s'écartent. Un observateur dont les yeux sont susceptibles d'adaptation pour le lointain, regarde en ce moment à travers l'ouverture l'objet qui donne lieu aux phénomènes d'irradiation ; ceux-ci étant constatés, il lâche le bouton, et aussitôt lentille et lamelle de cuivre reviennent en place ; mais au lieu d'une raie simple, il en voit deux sur la lame de verre, preuve évidente que ses yeux ne sont pas adaptés à la vue des objets éloignés, c'est-à-dire dont les rayons sont parallèles. L'expérience peut se faire également d'une manière inverse, c'est-à-dire qu'après avoir adapté exactement ses yeux à la vision de la raie verticale, on constatera, en portant la vue sur un objet éloigné, la lentille et la lamelle de cuivre étant écartées, que les phénomènes d'irradiation ont complétement disparu. Le même appareil sert aussi à démontrer ce fait pour les objets rapprochés donnant lieu aux phénomènes dits d'irradiation.

Il faut donc reconnaître comme exacte l'opinion de Welker, qui attribue les phénomènes d'irradiation à un vice d'adaptation. Mais il est démontré que l'état de repos de l'œil est celui dans lequel il est approprié à la vue à distance ; nous ne sommes obligés de faire des efforts que pour la vue de près. Comment se fait-il donc que cet effort survienne spontanément, pour ainsi dire, et vienne produire des troubles quand nous regardons certains objets éloignés ? Cela tient au mode d'éclairage. Les objets susceptibles de produire l'irradiation sont ceux qui sont le plus fortement éclairés. Or, nous établissons une relation constante entre la distance qui nous sépare d'un objet et la quantité de lumière qu'il nous envoie. De ce qu'un objet nous envoie plus de lumière que le fond sur lequel il tranche, notre œil le juge, à notre insu, plus rapproché que ce dernier, et de là un défaut d'adaptation qui donne naissance à des cercles de diffusion. Si après avoir fermé les yeux pendant quelque temps on les porte ensuite sur un objet éloigné, on ne constatera pas d'irradiation dans les premiers moments, et ce n'est qu'après quelques secondes qu'elle apparaîtra.

On considère souvent comme se rattachant aux phénomènes d'irradiation le rayonnement des étoiles ou des lumières vives placées à de grandes distances : la transmission de l'impression produite sur la rétine, dit-on, ne se fait, dans ces cas, que suivant certaines lignes déterminées. Déjà Purkinje avait expliqué ce rayonnement par la réfraction spéciale que subissent certains rayons lumineux par suite de la structure de notre œil. D'après Plateau, Josselin aurait eu de la tendance à le faire dépendre des secteurs dont se compose le cristallin. Donders donne la même explication ; il admet en outre que le phénomène survient parce que l'œil n'est pas convenablement adapté. Des recherches récentes ont donné à Cramer les mêmes résultats que ceux auxquels a été conduit ce dernier auteur. Lorsque nos yeux sont parfaitement disposés pour la vue des objets qui nous envoient des faisceaux lumineux parallèles, nous voyons les étoiles et les lumières éloignées sans rayons. Le rayonnement des étoiles prouve combien est générale cette disposition à adapter les yeux pour des objets rapprochés. L'auteur n'a rencontré que quelques marins qui vissent les étoiles et la lumière des phares sans rayons, encore n'était-ce qu'au commencement de l'observation ; au bout de quelques instants, les rayons se montraient. Jamais les rayons n'apparaissaient à ces marins quand leur vue était portée sur des phares à éclipses, dont la lumière n'est visible que très peu de temps.

C'est la substance celluleuse, fortement réfringente, qui sépare les secteurs du cristallin, qui est la cause productrice de ces rayons. Une expérience bien simple en donne une preuve palpable. Dans l'ouverture du porte-objet d'un microscope on place un cristallin humain aussi frais que possible : un miroir plan est placé au-dessous, et très près du miroir, la flamme d'une bougie dont l'image se produit derrière le cristallin : cette image est examinée à un faible grossissement. A mesure que la flamme est éloignée du miroir, on voit son image se garnir de rayons de plus en plus longs, et l'on finit par avoir sous les yeux la figure que voient les myopes en regardant un objet éloigné. Les personnes opérées de la cataracte voient également les objets sans rayons ; ainsi le rayonnement des objets lumineux éloignés doit être attribué à un phénomène de réfraction et non à l'irradiation.

Reste le fait qui concerne le *punctum cæcum*. On sait que, lorsque nous regardons d'un seul œil un objet blanc ou coloré, disposé sur un fond noir, ou réciproquement, il arrive qu'à une certaine distance l'objet disparaît ; c'est lorsque l'image tombe sur le *punctum cæcum*, mais le fond se voit tout entier, sans aucune interruption. Ce fait, dit Plateau, démontre que la région de la rétine qui répond à l'entrée du nerf optique, est excitable par sympathie, en d'autres termes que le *punctum cæcum*, non excitable directement, peut partager l'excitation portée sur des points voisins. Mais Volkmann a démontré que ce phénomène repose simplement sur un acte intellectuel.

Faut-il, en conséquence, rejeter d'une manière absolue la théorie

de l'irradiation ? A considérer les choses *à priori*, et comparativement avec ce qui a lieu pour les autres sens, on voit immédiatement que l'impression portée sur un point de la rétine ne peut se communiquer à des points voisins, mais que dans l'encéphale les points excités par suite de cette impression peuvent faire partager leur état à des parties rapprochées, et que nous sentons dans ces cas comme si l'impression eût porté sur les nerfs périphériques Comprise de cette façon, l'irradiation existe certainement. C'est ainsi qu'une étoile, qui doit produire nécessairement sur la rétine une image réduite à un point mathématique, nous apparaît cependant constamment avec certaines dimensions. (*Vierteljahrschrift, f. die prakt. Heilk.* 1855, 4e vol.)

De l'opération du bec-de-lièvre, par M. BUTCHER.

La communication de M. Butcher nous reporte à une question récemment discutée avec un talent auquel nous nous sommes plu à rendre hommage (voy. *Gaz. hebd.*, n° 5, p 66), mais dont la solution a néanmoins encore besoin du tribut de l'expérience de chacun. Après avoir apporté huit exemples d'opérations pratiquées par lui avec succès, l'auteur examine à quel âge il convient de la faire, et opine pour les premières semaines après la naissance.

Aucune des objections élevées contre ce choix ne lui paraît, en effet, valable. Dira-t-on que les tissus du nouveau-né ne sont pas favorablement disposés pour la réunion ? Mais, répond M. Butcher, comment se fait-il donc que des solutions de continuité beaucoup plus graves, et subies à un âge encore plus tendre, guérissent avec une si merveilleuse facilité ? Comment se ferment, par exemple, les plaies succédant à l'amputation spontanée des membres durant la vie extra-utérine ? Pour nous, cette réponse ne serait point décisive ; car il convient d'attribuer en grande partie un résultat aussi favorable au mode lent et progressif de séparation du membre, ainsi qu'à l'influence du milieu où la cicatrisation s'opère alors.

Pendant les premiers temps après la naissance, l'enfant supporte mieux l'abstinence. Il dort et ne songe qu'incidemment à teter. C'est un des arguments sur lesquels s'appuie M. Butcher. Il y a effectivement là un moment très propice, et qui mériterait d'être utilisé pour l'opération, si d'autres considérations ne venaient s'y opposer. Mais cette période ne s'étend pas au delà des quatre à cinq premiers jours. Passé ce terme, l'appétit s'éveille avec une vivacité proportionnée aux besoins réels de la nutrition. Aussi sommes-nous étonné que M. Butcher étende le temps convenable pour l'opération jusqu'au troisième mois, et que celle de ses opérations qui a été la plus précoce n'ait été pratiquée que le dixième jour. En présence des données physiologiques précédentes, c'est déjà trop tard.

Enfin, que faut-il penser de cette dernière indication mise en avant par l'auteur en faveur de l'opération précoce, que, si l'on attend, la langue augmentant de volume avec l'âge, deviendrait assez grosse pour gêner les manœuvres que le chirurgien aurait à exécuter dans l'intérieur de la bouche ! (*The Dublin Quarterly Journal*, février 1856, p. 1.)

Du diagnostic et des complications des rétrécissements uréthraux, par M. WILMOT.

Il s'agit surtout, dans cet article, de l'appréciation des causes qui peuvent à tort faire supposer au chirurgien l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre. L'une des plus usuelles est l'arrêt de la bougie exploratrice dans une lacune du canal. Trop souvent le praticien voit dans cet accident, commun aux canaux les plus larges et aux plus étroits, la confirmation de ses soupçons sur la présence d'un rétrécissement dans ce point. Au lieu d'introduire un cathéter volumineux qui, affaissant le pli de la muqueuse, passerait sur-le-champ, il se croit obligé, parce qu'une première bougie n'a pu pénétrer, d'en employer une seconde plus petite. Celle-ci, bien entendu, bute comme la précédente, et ce nouvel insuccès ne fait qu'ajouter aux causes de déception qui, dès lors, viennent peser sur le pronostic et rendre la thérapeutique aussi périlleuse qu'impuissante.

M. Wilmot note, en second lieu, parmi les motifs d'erreur, un relâchement des parois uréthrales qui, ayant perdu leur tonicité, ne peuvent plus aider au jet de l'urine, la laissent couler sans force, et donnent, par conséquent, l'idée d'un rétrécissement qui n'existe point. Cet état affecte soit toute la longueur du canal chez les sujets nerveux ou épuisés par des excès, soit une partie seulement de son étendue. Ceci s'observe principalement à la racine du scrotum, et alors il se produit un effet singulier. Le canal, affaibli localement, ne peut résister en ce point à la force avec laquelle l'urine y est poussée, et il y subit une dilatation où, à chaque excrétion, ce liquide est retenu plus ou moins longtemps. Il en résulte un suintement continuel d'urine, à moins que le sujet ne prenne soin de vider chaque fois cette poche par la pression. Puis la présence de cette quantité d'urine à demeure empêche celle qui est chassée par la contraction vésicale de sortir avec sa force ordinaire ; de là un état qui simule de plus en plus le rétrécissement de l'urèthre.

Cette condition anormale, qui est d'ailleurs bien connue des chirurgiens, dépend, en général, suivant l'auteur, d'une inflammation chronique. Mais, limitée originairement à une partie de la longueur du canal, elle se développe bientôt dans une plus grande étendue par le fait même de la stagnation de l'urine, qui agit comme cause essentiellement irritante. Ajoutons que l'inflammation ne joue pas seule un rôle dans la production de cette disposition anatomique et que des rétrécissements dans la partie antérieure du canal, une forte tension des corps caverneux dans le coït, en retenant le sperme dans la portion membraneuse au moment de l'éjaculation, y contribuent très probablement.

M. Wilmot a vu un homme de quarante ans, qui, à la suite d'érections violentes, offrit peu à peu l'ensemble complet de ces symptômes. Vers les bourses, la pression exercée sur le canal déterminait l'expulsion d'une quantité considérable d'urine, et il en sortait continuellement quelques gouttes. L'irritation produite par le séjour de ce fluide avait occasionné un écoulement blennorrhoïde, quoique cet individu, marié, ne se fût, disait-il, exposé à l'action d'aucune cause contagieuse.

Il s'entend de soi-même, et M. Wilmot l'exprime formellement, que l'état opposé, l'exagération de la *tonicité* ou *contractilité* (selon l'idée qu'on se forme de leur texture) des parois uréthrales, peut également, quoique par un mécanisme tout différent, simuler les symptômes de la stricture uréthrale. (*The Dublin Quarterly Journal*, février 1856, p. 76.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre ; *analyses chimiques des eaux minérales de Médague, Châteldon, Brugheas et Seuillet ;* par M. J.-P. BOUQUET. 1 volume in-8, de 300 pages, accompagné de la carte géologique des environs de Vichy ; de la coupe géologique des terrains traversés par le sondage du puits foré de Cusset ; et d'une planche d'appareils pour l'analyse des gaz spontanément émis par les sources minérales. Paris, VICTOR MASSON, 1856.

Cet ouvrage remarquable, et qui fera époque dans l'histoire de la chimie des eaux minérales, a déjà été apprécié par les juges les plus compétents.

Il a été l'objet d'un rapport très favorable fait par MM. Thenard, Chevreul, Balard, Dufrénoy et de Senarmont, rapporteur, à l'Académie des sciences, qui a ordonné la publication du travail de M. Bouquet dans le *Recueil des savants étrangers*, et a décerné à l'auteur un prix Montyon. Voici comment s'exprime M. de Sénarmont.

« L'étude chimique des eaux minérales est encore loin de la perfection. Les recherches de cette nature exigent non-seulement une

pratique habile des méthodes les plus délicates, mais avant tout un sage esprit de critique, capable d'en discuter les résultats, d'apprécier avec justesse et d'avouer avec franchise jusqu'où vont, mais où s'arrêtent les ressources de l'analyse ; un jugement certain, en un mot, qui sache faire à chaque expérience sa part de certitude.

« Aucune de ces qualités ne manque au travail de M. Bouquet ; aucune des ressources de l'analyse chimique ne lui est étrangère : le choix judicieux des méthodes, les détails de toute nature donnés sur leur emploi doivent inspirer une pleine confiance dans l'exactitude de l'opérateur. »

Ce qui précède suffira sans doute pour donner une idée de la haute valeur du livre de M. Bouquet. Il nous reste à en indiquer sommairement le contenu.

L'*Histoire chimique des eaux minérales et thermales du bassin hydrologique de Vichy* est appuyée sur tous les documents qu'on est aujourd'hui en droit de demander à la science. L'auteur y donne plus de soixante-dix analyses complètes ou déterminations analytiques spéciales. Pour mener à bonne fin une œuvre aussi considérable, il n'a pas fallu moins de deux années d'un labeur assidu.

Dans une revue bibliographique très instructive, M. Bouquet reproduit tous les résultats analytiques obtenus par ses prédécesseurs. Il n'oublie point la part de découvertes qui revient à chacun d'eux ; il discute leurs dosages, fait ressortir les similitudes, ou cherche la raison des dissemblances, qui sont en général peu considérables.

Des tableaux résument, sous la forme synoptique, les analyses des seize sources du bassin de Vichy, comparées à celles de Châteldon et d'autres sources qui surgissent vers les limites du même bassin et qui s'éloignent aussi à divers degrés de la nature des premières.

Les proportions des acides et des bases sont d'abord inscrites dans ces tableaux séparément, tels que les donnent les méthodes de séparation. Cette forme est en effet la seule qui ressorte immédiatement des données expérimentales, et qui rende directement comparables les résultats obtenus par des opérations différentes ; elle doit précéder toute autre traduction des résultats analytiques. Les groupements salins que chaque chimiste imagine ensuite entre les divers éléments, ne sont, pour la plupart, que des créations plus ou moins arbitraires, trop souvent illusoires, produites par la fantaisie du calculateur.

C'est alors que l'observation et la clinique médicale doivent venir en aide au chimiste. Nous-même, dans nos *Études sur les eaux minérales*, nous avons cité à ce sujet l'exemple des analyses des sources thermales de Bath (Angleterre), faites par des chimistes très distingués, et dans lesquelles les uns indiquent, au nombre des éléments minéralisateurs principaux : 1° du chlorure de sodium et du sulfate de chaux; les autres, 2° du sulfate de soude et du chlorure de calcium. Or, après avoir étudié les résultats cliniques et les effets thérapeutiques de ces eaux, et vu dans les hôpitaux le grand nombre d'individus que l'on envoie aux eaux de Bath pour des affections du système lymphatique, des engorgements scrofuleux, etc., que l'on y traite avec un grand succès, nous en avons induit la présence très probable du *chlorure de calcium*, qui est, comme l'on sait, un excitant très puissant du système glandulaire.

« Comme il est, d'ailleurs, impossible de prévoir et de suivre avec quelque certitude les réactions complexes qui peuvent prendre naissance sous les influences multiples de l'organisme, nous croyons, dit M. Bouquet, que, dans l'étude des effets thérapeutiques des eaux, il est encore préférable de s'en rapporter à l'observation médicale pratique. »

Si l'on compare entre elles les analyses des différentes sources de Vichy, on est frappé d'une identité presque complète de leurs éléments minéralisateurs caractéristiques.

M. Bouquet déduit de ses recherches les conclusions suivantes : 1° Les eaux minérales qui émergent des sources naturelles ou des puits forés de Vichy et des environs ont toutes la même origine et procèdent de la même formation géologique (roches porphyriques, volcaniques ou basaltiques) ; 2° la composition chimique des eaux de Vichy n'a pas éprouvé de variations bien sensibles depuis un tiers de siècle : d'où il est permis de conclure à la permanence de leur constitution chimique ; 3° de l'ensemble des sources naturelles ou artificielles du bassin de Vichy, jaillissent, par vingt-quatre heures, environ 630,000 litres d'eau contenant 5,000 kilogrammes de principes minéraux, dont 3,065 kilogrammes de bicarbonate de soude = 1,122,375 kilogrammes par an, et 714 kilogrammes d'acide carbonique libre par jour = 260,640 kilogrammes par an ; au total près de 2 millions de kilogrammes de principes minéraux par an. L'acide carbonique forme à lui seul plus de la moitié de cette quantité.

Les eaux minérales de Vichy peuvent être modifiées dans leur composition chimique par une exposition prolongée au contact de l'air, par le bouchage incomplet, enfin par l'action des variations de la température sur les eaux conservées. Elles sont susceptibles d'éprouver deux genres d'altération, 1° par perte de l'acide carbonique, déterminant la précipitation de la silice, de la magnésie, du fer, etc.; 2° par oxydation, sous l'influence de laquelle se séparent une partie de l'arsenic et du principe ferrugineux.

Dans le cours de son ouvrage, M. Bouquet donne la description et la figure d'un appareil habilement disposé pour analyser les gaz spontanément émis par les sources minérales, spécialement l'acide carbonique et l'acide sulfhydrique. Le procédé consiste à recueillir les gaz dans une cloche, à les mesurer, à les dessécher, à les mettre en contact avec l'ammoniaque, pour retenir les gaz acides ; enfin, à recueillir les autres dans une cloche graduée.

M. Bouquet donne la préférence à l'ammoniaque, à l'exclusion des autres substances alcalines, et il a constaté que cette base peut parfaitement et complétement absorber et fixer l'acide carbonique.

Il a reconnu de cette manière : 1° que tous les gaz émis par les sources de Vichy ne contiennent ni oxygène ni azote ; 2° qu'ils sont, dans le plus grand nombre des cas, entièrement constitués par l'acide carbonique ; 3° que quelques sources seulement dégagent de l'acide sulfhydrique, dont la proportion la plus élevée n'excède pas 1/10,000 du volume du mélange gazeux.

On a pu voir, d'après l'exposé sommaire et fort incomplet que nous venons de présenter, que le travail de M. Bouquet se distingue par un grand nombre de recherches neuves, importantes, difficiles, et faites avec autant de conscience que de soin et d'habileté.

Nous ne saurions trop engager M. Bouquet à poursuivre les recherches qu'il a commencées d'une manière si heureuse, et à les continuer, non-seulement pour les principaux groupes ou bassins hydrologiques que nous possédons en France, mais encore sur les diverses sources minérales salines qui présentent des analogies dans leur composition chimique, tels que les groupes d'eaux *chlorurées : chlorosulfatées*, *chlorocarbonatées*, etc.

Les comparaisons et les rapprochements des éléments chimiques de ces eaux, appuyés sur les faits thérapeutiques, donneraient assurément les renseignements les plus précieux et les plus utiles pour la pratique et l'emploi médicinal, en un mot pour la *spécificité* de ces eaux. D[r] HERPIN (de Metz).

Ophthalmiatrik (TRAITÉ D'OPHTHALMOLOGIE), *d'après les recherches les plus modernes, à l'usage des élèves et des praticiens*, par C.-H. SCHAUENBURG. In-16 de 269 p., avec gravures sur bois et 4 planches lithographiées. Librairie de J.-H. Geiger. Lahr, 1856.

L'auteur s'est proposé, en écrivant ce livre, de concentrer dans le moindre espace possible l'ensemble de nos connaissances en ophthalmologie, de manière à présenter aux élèves un tableau fidèle de l'état actuel de la science, aux praticiens un guide commode et sûr. Il faut avouer qu'il a atteint ce but avec un rare bonheur. Il serait difficile, en effet, d'être à la fois plus complet, plus concis et plus clair que ne l'a été M. Schauenburg ; et le lecteur est fort surpris de trouver dans un volume de si petites dimensions des détails qui feraient supposer un ouvrage beaucoup plus étendu. Le chapitre qui a trait aux méthodes physiques d'exploration de l'œil a reçu des développements en rapport avec la grande importance qu'ont acquise ces moyens d'observation et de diagnostic, par suite des travaux les plus récents. On sait que cette partie de

la science doit à M. Schauenburg des progrès notables, qu'il a exposés dans ses additions à l'ouvrage de Van Tright, intitulé : *L'ophthalmoscope, son usage et ses modifications, avec considérations sur le diagnostic des maladies internes de l'œil.*

MARC SÉE.

VII.

VARIÉTÉS.

— M. Sappey, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera un cours public d'anatomie descriptive le mercredi 16 avril, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Ce cours comprendra l'histoire complète de l'appareil des sensations (organes du sens, système nerveux) ; il aura lieu trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures.

— M. Cl. Bernard reprendra ses leçons de physiologie au Collége de France, le mercredi 2 avril, à une heure, et continuera à traiter des effets des substances toniques et médicamenteuses.

— M. le docteur J.-J. Cazenave (de Bordeaux) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

— M. le docteur de Dominicis vient de succomber à Orléansville, M. Camps à Alger, et M. Venator, à Barr (Bas-Rhin).

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 1856. N°ˢ 3 et 4. De la glycogénie hépatique, par *Brachet*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. N° 2. Nouveau procédé de chéiloplastie, par *Sedillot*. — Clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, par *Schützenberger*. — Clinique ophthalmologique de M. Stœber, par *Belin*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Février. Oblitération de la veine porte, par *Gintrac*. — Fécondation chez une nourrice non menstruée ; écoulement périodique non sanguin pendant les quatre derniers mois de la grossesse, par *Rousset*. — Hémorrhée pétéchiale, par *Gintrac*. — Fracture de la voûte du crâne, avec enfoncement, par *Azam*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — 1856. Février. Tumeur sarcomateuse chez un cheval; excision ; guérison, por *Dessart*. — Mort apparente des nouveau-nés et soins à leur donner, par *André*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 12ᵉ livraison. Pneumonie aiguë, par *Macario*. — Moyens d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme, par *Plouviez*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°ˢ 9. Coarctures de la région membraneuse de l'urèthre et de l'orifice uréthro-vésical, par *Aucianx*. — 10. *Idem*. — L'huile de foie de morue comparée à d'autres préparations iodées, par *Seutin*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — 1855. N°ˢ 97 à 103. 1856. N°ˢ 1 à 12. — 98. Contribution à l'histoire des maladies des nouveau-nés, par *Blaschko*. 99. Choléra et ozone, par *Flemming*. — 5 à 12. Revues et critiques.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — 13ᵉ vol. 1ᵉʳ cahier. Sur la simulation de la folie, par *Snell*.

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — IXᵉ vol., 1ᵉʳ et 2ᵉ partie. L'ancien et le nouveau vitalisme, par *Virchow*. — L'embolie capillaire, par *le même*. — De l'hystérie aiguë et mortelle, par *Lud. Heyer*. — Du *myoma cysticum*, par *Billroth*. — Kystes des reins, por *Ott. Beckmann*. — Des tronssudations séreuses, par *Hoppe*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, de Vierordt. — Production et transmission de l'oxygène dans le monde organique, par *Schoenbein*. — Influence des saignées dans la pneumonie, par *Wuenderlich*. — Études sur l'urine, par *Kaupp*.

DEUTSCHE KLINIK. — 1856. N°ˢ 1 à 9. — 1. Sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde cérébrale, par *Stromeyer*. — Hydrohématocèle ; opération radicale. Hydrohématothorax métastatique ; mort, par le professeur *Uhde*. — 2. Bases physiques des résultats de la percussion, par *Geigel*. — Sur l'asthme, par *Santlus*. — 3. Sur des sacs valvulaires contractiles existant sur les veines de l'homme, par *Remak*. — 4. Nouveau moyen de fixer les corps étrangers des articulations, par *Wolff*. — Une cause célèbre (maladie du prince Paskiewitsch). — 6. Des récentes attaques contre la vaccination, par *H. Hœser*. — Traitement des moignons d'amputation, par *H. Vezin*. — Traitement du lupus par la potasse caustique, par *Th. Billrath*. — 7. Physiologie pathologique du choléra épidémique, par *G. Zimmermann*. — Traitement du typhus à Munich, par *A. Vogel*. — 8. Production de la leucine et de la tyrosine, per *Th. Frerichs* et *G. Staedeler*. — Simplification de la trachéotomie, par *Bardeleben*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Janvier et février. Inflammation interstitielle du foie chez un enfant, par le professeur *V. Mauthner*. — Contributions à l'étude de incurvations de la colonne vertébrale, par *Culenburg*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N° 49. Empoisonnement par le salpêtre, par *Deutsch*. — La salivation mercurielle n'est pas toujours un signe de saturation, par *Inozemzoff*. — Métastase purulente, par *Linden*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — VIIᵉ vol. 1ᵉʳ cah. Mémoires de la société obstétricale de Berlin : cas probable de grossesse extra-utérine, par *Hecker*. — Phlébite ombilicale. — Inflammation et suppuration des deux glandes sous-maxillaires et sublinguales, por *Schulze*. — Douze cas où l'on a employé le forceps-scie pour terminer l'accouchement, par *de Billi*. — Part. 2. Comptes-rendus. — De l'influence des contractions utérines sur le corps du fœtus. — Critiques.

NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG. — N°ˢ 1 à 4.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N° 50. Observations faites à Roznau sur le traitement des tubercules, par *Polansky*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE, de Prager. — Du cancer du col de la vessie, par *Lambl*. — Influence des divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus sur les nerfs ischiatiques, par *A. Meissner*. — De l'amaurose, par *Heymann*. — Revues cliniques, par *Streng* et *Petters*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — 1855. N° 52. 1856. N°ˢ 1 à 9. — 52. Sur le traitement de l'épididymite blennorrhagique par le froid, par le professeur *Sigmund*. — 1. Cours d'anatomie pathologique de Virchow : rapports du typhus avec la tuberculisation. — 3. Trouble de la cornée survenant chaque fois après le sommeil, observé par *Rosas*. — 4. Distome hématobe, ses rapports avec certaines modifications pathologiques des organes urinaires de l'homme, par *Bilharz*, du Caire. — 6. Règles pour les exhumations judiciaires, par *Engel*. — 7. Cas de fibroïde de l'utérus, par *R. Virchow*. — 8. Rapports du typhus avec la phthisie tuberculeuse, par *R. Virchow*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N°ˢ 7 à 10. Traitement des parasites végétaux par les spiritueux, par *Küchenmeister*. — Études sur le *conium maculatum*, par *D. Schroff*. — 8. Le son tympanique, par *Eug. Kolesko*. — 9. Cas d'hémorrhagie pulmonaire, stomacale et intestinale, por *Skoda*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE, von Behrend. — 1850. Trimestre. Sur l'empoisonnement saturnin survenant chez certains ouvriers qui travaillent le sucre, par *Behrend*.

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFT. ZOOLOG., de Siebold. — VIIIᵉ vol. Part. 1. Recherches anatomiques et physiologiques sur la rétine, par *Henri Müller*. — Recherches sur le développement et les mouvements des fils spermatiques, par *Ankermann*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — 1856. N° 164. Sur la fracture de la base du crâne, par *Greaves*. — Amputation du pied dans l'article, par *H. Thompson*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°ˢ 894. Leçons sur les maladies des voies urinaires, par feu *Kirby*. — 895. Cas de névrôme, par *Mac Swiney*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°ˢ 295. Blessures à l'armée d'Orient, par *F. Roberts*. — Inflammation de l'utérus, par *Rigby*. — Sur la fréquence de la déchirure du périnée chez les primipares, por *Snow Beck*. — Cas dans lequel cent calculs sont sortis ou ont été extraits de la vessie, par *J. Adams*. — 296. — Sur les blessés du 55ᵉ régiment, par *J.-H. Cowan*. — Traitement ancien et moderne de la lèpre, por *E. Wilson*. — Nouveau moyen de produire la respiration artificielle, par *Marshall Hall*.

THE LANCET. — N°ˢ 8. État présent de la pathologie utérine, par *H. Bennet*. — Sur les rapports anatomiques de la mère et du fœtus, par *H. Madge*. — Cas de douleur épigastrique chez un petit enfant, par *C. Croft*. — 9. Pathologie utérine, por *Bennett*.

EL SIGLO. — N° 3. Questions professionnelles. — Des cordons sanitaires relativement à la propagation du choléra, par *G. Lozano*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 75. Particularités relatives aux os du carpe et du métacarpe, par *T. Carvalho*. — Influence des rizières sur la santé publique (Rapport de l'Institut agricole de Lisbonne). — Clinique.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 4. Clinique médicale (scarlatine, apoplexie cérébrale, congestion pulmonaire, commotion et compression du cerveau, méningo-encéphalo-myélite ; paralysie partielle ; guérison par le calomel), par *Ortega*. — Clinique chirurgicale : symptômes tertiaires de la syphilis, par *José Benavides*.

Livres nouveaux.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES, spécialement de celles de Vichy, dans le traitement de la goutte, par le docteur *Constantin James*. In-8 de 44 pages. Paris, Victor Mosson. 1 fr. 50

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, sur la température animale, la circulation et la respiration, ou Essai sur l'action physiologique des bains d'eau, par le docteur *Frédéric Duriau*. In-8 de 36 pages. Paris, Rignoux

TABLEAUX DES OPÉRATIONS qui se pratiquent sur l'homme, ou résumé analytique des règles principales qu'il convient de suivre pour exécuter les diverses opérations chirurgicales, par le docteur *Fano*. I. LIGATURE DES ARTÈRES. Gr. in-18 de 32 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

TRAITÉ D'HYGIÈNE NAVALE, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par le docteur *Fonssagrives*. 1 vol. in-8 de xx—770 pages, avec 57 fig. Paris, J.-B. Baillière. 10 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 4 AVRIL 1856. | N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu l'arrêté du 22 mai 1855 qui a conféré provisoirement aux doyens des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg l'autorisation de réduire à un mois, en faveur des étudiants qui aspirent à entrer dans la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois au moins par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837,

Considérant que les motifs qui ont déterminé la disposition transitoire ci-dessus rappelée n'existent plus,

Arrête :

Art. 1er. L'arrêté du 22 mai 1855 est rapporté.

Art. 2. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris et MM. les recteurs des Académies de Montpellier et de Strasbourg sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté.

H. FORTOUL.

Fait à Paris, le 29 mars 1856.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a ouvert ses Cours d'été le 2 avril 1856. Les cours continueront à avoir lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Physique médicale	Gavarret	Lundi, mercredi, vendredi,	A 10 h. 3/4.
Accouchements (maladies des femmes et des enf.)	Moreau	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Hygiène	Bouchardat	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Pathologie chirurgicale	J. Cloquet, remplacé par M. A. Richard.	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Histoire naturelle médicale	Moquin-Tandon	Mardi, jeudi, samedi.	A 11 h.
Pathologie médicale	Duméril, remplacé par M. Roger	Mardi, jeudi, samedi.	A 2 h.
Anatomie pathologique	Cruveilhier	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Thérapeutique et matière médicale	Grisolle	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Rostan, Trousseau	à l'Hôtel-Dieu. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Laugier, Velpeau	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
Clinique d'accouchements	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 avril 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : GLYCOGÉNIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON : GLYCOGÉNIE HÉPATIQUE.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire d'Alfort, vient de lire à l'Académie de médecine un mémoire intitulé : *De la formation du sucre dans l'intestin, et de son absorption par les chylifères.* M. Colin, dans son *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques*, publié l'an dernier, avait déjà annoncé, en partie, au moins, les faits qu'il vient de soumettre au jugement de l'Académie de médecine. Le livre de M. Colin, rempli d'expériences originales et d'aperçus ingénieux, est un livre de progrès que nous recommandions il y a quelques mois à peine à l'attention des physiologistes. En ce qui nous concerne, nous nous associons pleinement au tribut d'éloges que lui rendait dans les colonnes de ce journal M. Tabourin, et, comme lui, nous regrettons seulement qu'au milieu des excellentes choses que ce livre renferme, se soient glissées quelques critiques peu mesurées dans la forme et parfois tout à fait inexactes dans le fond.

D'après les expériences rapportées dans son mémoire, M. Colin conclut : 1° qu'il y a du sucre dans le chyle; 2° que ce sucre se forme dans l'intestin; 3° qu'il se forme aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation; 4° enfin, que ce sucre y est puisé, sinon en totalité, du moins en partie, par les vaisseaux chylifères, d'où il passe dans le canal thoracique pour être versé dans la circulation générale.

La première conclusion de M. Colin est incontestable; il y a du sucre dans le chyle. Ce fait repose non-seulement sur les expériences de l'auteur, mais sur celles d'autres expérimentateurs.

M. Colin annonce tout d'abord, comme un fait nouveau, qu'il y a du sucre dans le chyle des herbivores soumis à

leur alimentation habituelle. Mais il n'est pas nécessaire d'être profondément versé dans la connaissance des travaux physiologiques de ces dix dernières années pour savoir que la présence du sucre dans le chyle a été signalée à diverses reprises, et c'est faire peu d'honneur aux membres de l'Académie de médecine que de les supposer aussi étrangers au mouvement scientifique. Le mérite de M. Colin, et nous sommes loin de le contester, consiste à avoir ramené l'attention sur un fait que la controverse qui s'est récemment élevée sur la présence ou sur l'absence du sucre dans le sang de la veine porte, avait un instant fait perdre de vue. M. Colin, en pratiquant le premier, sur de grands animaux, des *fistules* au canal thoracique, et en élucidant certains points encore obscurs concernant le cours du chyle et les qualités de cette humeur, dans ses rapports avec le mode d'alimentation, a été conduit en même temps à rechercher la présence du sucre sur de grandes quantités de liquides, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à ce genre de recherche. Un autre mérite de M. Colin, c'est d'avoir montré qu'il y a du sucre dans le liquide du canal thoracique des animaux, non-seulement quand ils sont soumis au régime des féculents (ce qui est assez naturel), mais même quand ils sont depuis quelque temps soumis au régime de la viande.

La seconde et la troisième conclusion de l'auteur nous paraissent moins bien justifiées. Qu'a fait M. Colin pour chercher à les établir? Il a recueilli du chyle sur des animaux soumis pendant longtemps, et exclusivement, au régime de la viande; il a cherché à recueillir et à analyser un chyle *pur* de tout mélange avec la lymphe qui *revient du foie*, lymphe qui s'unit dans le canal thoracique avec le chyle qui revient des intestins.

De ce que le liquide cupro-potassique révèle la présence de traces de sucre dans le chyle des chiens exclusivement nourris de viande, on n'en peut pas évidemment conclure que ce sucre provient de l'intestin; car il peut avoir été apporté dans le canal thoracique par les lymphatiques du foie. M. Colin a bien senti l'objection; aussi s'est-il efforcé de se procurer (chez les animaux nourris de viande) du chyle pur de tout mélange avec la lymphe hépatique. Mais l'auteur avoue lui-même que l'artifice expérimental est difficile à réaliser sur les chiens; et, en lisant plus loin le résumé de ses tentatives, on pourra se convaincre que l'obstacle n'a été que très imparfaitement surmonté.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur est parvenu à nourrir des herbivores exclusivement avec de la viande, et, chez ces animaux, le chyle recueilli par une canule adaptée à la partie supérieure du canal thoracique a aussi révélé la présence du sucre tout comme chez les carnivores. Sur un taureau, entre autres, qui avait été soumis durant vingt-deux jours au régime exclusif de la chair, une fistule établie au canal thoracique donna pendant dix heures une grande quantité de chyle dans lequel la présence du sucre fut constatée, soit par l'épreuve cupro potassique, soit par l'épreuve de la levûre de bière, et même par la distillation de l'alcool formé dans la fermentation. Pour répondre à l'objection que le sucre trouvé dans le chyle provenait des lymphatiques du foie, M. Colin ouvre l'abdomen du même animal, et établit, sur le canal chylifère qui accompagne la grande veine mésaraïque, une fistule par laquelle il recueille, pendant deux heures et demie, une assez forte proportion de chyle. Dans ce chyle, M. Colin constate aussi la présence du sucre.

Cette dernière expérience, il est vrai, semble plus concluante; mais avant de décider que le sucre trouvé dans le chyle s'est formé dans l'intestin, ne faudrait-il pas examiner la lymphe sur d'autres points de son parcours, sur les lymphatiques du cou, par exemple? Le sang qui circule dans les vaisseaux sanguins contient de petites proportions de sucre dans sa masse; car le sucre versé par le foie n'y est pas instantanément détruit, comme M. Bernard le pensait autrefois. Or, comme les lymphatiques se chargent dans la trame des organes du plasma du sang exhalé hors des vaisseaux, il n'est point impossible que la lymphe ne ramène dans certaines conditions (sur les animaux sur lesquels on a pratiqué des opérations graves en particulier) la plupart des éléments solubles du sang. Ajoutons que la grande quantité de chyle recueilli par M. Colin dans ses expériences permet d'ailleurs de mettre le sucre en évidence, alors même qu'il n'en existerait que de très faibles proportions.

Si le sucre se formait réellement dans l'intestin aux dépens des matières animales qui en sont dépourvues (fibrine, albumine, caséine), ainsi que le croit M. Colin, on devrait retrouver ce sucre dans l'intestin. Nous sommes surpris que M. Colin, qui affirme le fait et qui en fait le titre même de son mémoire, ne se soit pas préoccupé de le rechercher en ce point. Il est vrai qu'il n'en aurait vraisemblablement pas trouvé; car, jusqu'à présent, les efforts des chimistes les plus habiles ont échoué dans cette voie. La seconde conclusion de M. Colin (les autres conclusions n'en sont que le corollaire) ne nous paraît donc pas être, dans l'état actuel de la science, la déduction rigoureuse des faits.

— Du reste, la question de la formation du sucre dans l'économie est remise à l'ordre du jour de plusieurs côtés à la fois. La glycogénie *hépatique* a été récemment le sujet de deux lectures faites devant la Société de médecine de Lyon, l'une par M. Brachet, l'autre par M. Chauveau. Ces deux communications ont provoqué, de la part de MM. Teissier et Foltz, plusieurs observations judicieuses. Les travaux de M. Bernard, ceux de MM. Lehmann, Figuier, Colin, etc., ont principalement défrayé la discussion. M. Chauveau, qui a répété une partie des expériences de M. Bernard, et qui en a confirmé la justesse, s'est surtout préoccupé de cette question: Que devient le sucre versé par le foie dans les veines sus-hépatiques? quelles transformations subit-il? Après avoir rappelé que les expériences faites dans ces derniers temps démontrent qu'on assigne généralement des limites trop restreintes au temps nécessaire pour la disparition du sucre dans le torrent de la circulation, et après avoir montré que la métamorphose de la glycose en acide lactique n'est qu'une hypothèse qui ne repose point sur des expériences, M. Chauveau conclut que le sucre formé dans le foie et versé dans le sang est destiné à la fabrication de la graisse. Il y a là une grande probabilité. La composition du sucre et celle de la graisse sont assez rapprochées l'une de l'autre, et M. Chauveau n'est pas le premier qui ait fait cette supposition. Mais il s'agit de la démontrer, et l'expérience seule peut nous apprendre ce que cette hypothèse a de fondé. M. Brachet a disserté assez longuement; mais nous regrettons qu'il n'ait pas cherché ses arguments dans la voie de l'expérience. Nous n'avons pas oublié qu'il s'y était autrefois engagé avec succès.

Jules Béclard.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, OU DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT DANS UNE AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS, par M. le docteur E. VIDAL, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique.

Suite. — Voir le t. III, nos 7, 10 et 12.

Dans le but d'élargir autant que possible les bases sur lesquelles s'appuient mes considérations sur les caractères cliniques de la leucocythémie splénique, j'ai médité attentivement et analysé, d'après la méthode numérique, la plupart des observations relatées dans les auteurs. Négligeant les faits incomplets ou douteux, j'ai mis à profit des observations offrant tous les caractères désirables d'authenticité, et contenant toutes, à l'exception de l'obs. III, les résultats de l'analyse du sang. Ces observations, au nombre de *trente-deux*, sont indiquées dans le tableau suivant :

Observations que j'ai recueillies ou qui m'ont été communiquées.	6
Observations empruntées au mémoire de Bennett (*Leucocythemia*, 1852). (Obs. I à XVinclus. — Obs. 36 et 37).. ...	17
Observations empruntées à Virchow (1° *Froriep's Notizen*, n° 780 — 1845; 2° *Archiv für path. Anat. und Physiol.*, Bd II, p. 587)........	2
Observation de Vogel........	1
— de Uhle de Leipzig........	1
— de Craigie........	1
— de Fuller........	1
— de Parkes........	1
— du docteur Leudet........	1
— du docteur Charcot........	1
Total......	32

Vingt-deux observations ont été suivies jusqu'à la mort, et peuvent servir à l'étude de toutes les phases de la maladie.

Les dix autres, publiées avant la terminaison de la maladie, ne contiennent que les symptômes de la première et de la seconde période. J'ai fait rentrer dans cette série le fait recueilli par le docteur Charcot, le malade s'étant suicidé dans le cours de la deuxième période.

Vingt de ces observations sont complétées par la relation détaillée des altérations anatomo-pathologiques révélées par l'autopsie.

ÉTIOLOGIE. — *Sexe.* — Les hommes paraissent plus prédisposés que les femmes à la leucocythémie splénique. Sur trente-deux malades, nous trouvons dix femmes et vingt-deux hommes.

Age. — Les âges des malades sont compris entre treize ans et demi et soixante-neuf ans ; ils peuvent se répartir ainsi :

	Femmes.	Hommes.
Au-dessous de 20 ans.	1 (13 ans 1/2).	2 (17 ans)
De 20 à 30.........	2	6
De 30 à 40.........	3	5
De 40 à 50.........	2	7 (dont 5 âgés de 45 ans).
De 50 à 60.........	1	2
De 60 à 70.........	1 (69 ans).	»

C'est dans l'âge adulte de vingt à cinquante ans que cette maladie paraît avoir son maximum de fréquence ; elle doit être très rare dans la première enfance, puisque nous n'en trouvons pas un seul cas.

En voyant l'aspect cachectique des malades et l'hypertrophie de la rate, la première idée qui vient à l'observateur est celle d'une cachexie paludéenne. Les malades ont été interrogés avec soin sur cette cause possible de la maladie. Voici ce que nous trouvons au point de vue de la fièvre intermittente, soit antérieure de plusieurs années, soit au début de la maladie, et au point de vue du séjour dans un pays marécageux. Sur cinq malades qui ont accusé des fièvres intermittentes, un les avait eues sous le type tierce dix-sept ans avant le début des accidents de leucocythémie; un autre huit ans avant, et également avec le type tierce. Chez un autre, après avoir duré pendant six ans, elles disparurent trois ans avant le début de la nouvelle maladie (obs. VI). Chez le quatrième, il y eut quelques accès de fièvre quotidienne douteuse quatre mois avant le début. Dans l'obs. V, nous voyons la maladie succéder sans transition à des accès fébriles intermittents bien caractérisés.

De ces cinq malades, trois habitaient des pays où la fièvre intermittente règne endémiquement. Un autre malade habitait un pays marécageux, mais n'a jamais eu de fièvre intermittente.

Des excès alcooliques antérieurs au début de la maladie sont notés dans trois observations.

Deux malades avaient été affectés de rhumatisme aigu peu de temps avant les premiers accidents; un autre avait éprouvé des douleurs rhumatismales.

Quatre femmes faisaient remonter la maladie à leur dernière grossesse.

Un homme la regardait comme suite d'un effort. Chez un autre la maladie avait succédé à de violents chagrins.

Au point de vue des professions, nous ne trouvons rien de bien marquant ; elles ne semblent pas avoir d'importance étiologique. Il résulte de nos relevés que la maladie s'est présentée chez plusieurs sujets de la même profession dans les conditions sociales suivantes : 5 laboureurs, 3 marchands de vin, 2 marins, 2 blanchisseuses ; viennent ensuite les professions les plus diverses. Les faits recueillis jusqu'à ce jour sont encore trop peu nombreux pour pouvoir éclairer ce point d'étiologie.

Plusieurs des malades avaient souffert de privations, de mauvaises conditions de logement et de nourriture; mais presque toutes les observations ont été prises dans les hôpitaux, et par conséquent ces causes se rencontrent à peu près dans toutes les affections qu'on observe dans ces asiles ouverts à l'indigent malade.

SYMPTOMATOLOGIE. — Dès le début, les malades s'affaiblissent et maigrissent parfois assez rapidement ; ils deviennent pâles ; les téguments et les muqueuses se décolorent, et, lorsque la maladie est avancée, l'économie porte l'empreinte d'un état cachectique. Cet état de cachexie est indiqué comme très prononcé dans dix observations. L'amaigrissement arrive souvent à un degré d'émaciation aussi marqué que dans la phthisie pulmonaire.

L'anémie est constante et s'accompagne souvent d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, de palpitations, et plus rarement de lipothymie. Six malades ont accusé de la céphalalgie, presque continue chez les uns, revenant à intervalles irréguliers chez les autres; chez quatre elle s'est montrée comme un des symptômes du début.

Un malade (obs. VI) a éprouvé des accès de névralgie sus-orbitaire.

Dans trois faits on a constaté de la dureté de l'ouïe et même de la surdité dans le cours de la deuxième période de la maladie.

On n'a pas signalé d'accidents du côté du sens de la vue.

Comme dans toutes les affections qui s'accompagnent d'anémie, le caractère des malades se modifie; ils deviennent très impressionnables et souvent tristes et moroses, quelques-uns même ont des hallucinations; et dans le fait publié par M. le docteur Charcot (*loc. cit.*, p. 44), nous voyons se manifester, sous l'influence de la leucocythémie, une lypémanie avec hallucinations, suivie de suicide.

Le délire est rare; il ne s'est présenté que trois fois, toujours à la période ultime, et sous forme de subdélirium.

Chez la plupart des malades, le sommeil s'est conservé jusqu'à une époque assez avancée; l'insomnie et les rêvasseries ne se sont montrées que dans les derniers jours.

La voix était faible et rauque dans nos trois observations et dans celle de M. Leudet.

Les gencives étaient fongueuses et saignantes dans trois observations; elles étaient ulcérées dans un cas (obs. XII de Bennett).

La langue reste normale jusqu'à la dernière période; ce n'est que dans les derniers jours que nous trouvons notés, soit une teinte grisâtre, soit un état un peu saburral; la sécheresse est exceptionnelle.

Les digestions sont bonnes, et l'appétit persiste généralement jusqu'à une époque très avancée de la maladie; quatre fois seulement l'anorexie a été notée avant les dernières semaines.

Les nausées et les vomissements sont indiqués chez trois malades à la période de début; chez un quatrième, ces accidents n'ont paru qu'au bout de quelques mois.

Pendant les premiers mois, on a observé chez deux malades des alternatives de constipation et de diarrhée; chez dix une constipation plus ou moins opiniâtre; chez sept la diarrhée s'est montrée à des reprises plus ou moins fréquentes. Comme accident des dernières semaines et comme un des symptômes ultimes, la diarrhée, soit muqueuse, soit hémorrhagique, a été très fréquente; elle a été constatée seize fois sur vingt-deux cas suivis de mort. En France, dans les six cas où la mort est survenue par le fait de la maladie, la diarrhée a été le phénomène ultime le plus constant; elle n'a manqué dans aucune de ces six observations.

La soif est généralement très marquée, surtout vers les derniers temps; dans neuf cas, les malades étaient très altérés, et le besoin de boire se répétait fréquemment, même en l'absence de tout mouvement fébrile.

Le ventre, distendu par le développement de la rate, compliqué souvent de l'hypertrophie du foie et assez souvent d'ascite, s'élargit notablement et présente une saillie remarquable de l'hypochondre et du flanc gauches; les veines superficielles de ce côté de l'abdomen et même de la poitrine jusque vers le mamelon se distendent, deviennent saillantes et se dessinent sous la peau.

On sent à travers les téguments une tumeur dure se perdant dans l'hypochondre gauche, descendant dans le flanc qu'elle remplit, envahissant souvent la fosse iliaque, débordant dans quelques cas la ligne blanche pour s'étendre à droite. Cette tumeur, que la palpation limite très bien à son bord interne et à son extrémité inférieure, ne peut se limiter en haut et en arrière que par la percussion. Sa forme, sur laquelle nous reviendrons à propos de l'anatomie pathologique, rappelle souvent la forme d'un croissant; dans d'autres cas, le bord interne présente une échancrure plus ou moins profonde vers sa partie moyenne.

Fixée dans sa partie supérieure, la tumeur ne se déplace pas dans les mouvements du malade, quoiqu'elle s'abaisse un peu pendant la station; l'extrémité inférieure, qui est libre, est souvent un peu mobile, et l'on peut lui imprimer quelques petits déplacements. Cette extrémité inférieure est généralement mousse, arrondie, et en plongeant les doigts sous les téguments on peut la soulever.

Presque chez tous les malades, la palpation et surtout la percussion de la tumeur provoquent des douleurs. Ces douleurs se présentent souvent sans être provoquées; dans quelques cas même, elles peuvent être assez vives pour appeler l'attention du médecin; mais dans le plus grand nombre des cas, les malades, surtout au début, n'éprouvent qu'un sentiment de gêne et de pesanteur qui s'augmente par la marche, par la pression des vêtements autour de la ceinture, et qui se fait sentir surtout après les repas pendant le travail de la digestion.

Le foie est souvent hypertrophié; il élargit l'hypochondre droit et s'étend jusqu'à la rate, remontant jusque vers le mamelon et descendant de plusieurs travers de doigt au-dessous des fausses côtes; rarement il est le siége de douleurs spontanées. Dans les trente-deux observations que nous avons analysées, cette hypertrophie est mentionnée vingt et une fois. Dans les observations détaillées, on trouve que ce développement du foie n'a lieu qu'après celui de la rate.

L'engorgement des ganglions lymphatiques ne doit pas être rare dans cette affection; on le trouve assez souvent mentionné dans les autopsies; cependant les adénites ne sont indiquées pendant la vie que dans trois observations.

Chez vingt et un malades, mais en France sept fois sur huit, une dyspnée plus ou moins forte existait dès le début de la maladie; chez quelques-uns, simple sentiment de gêne dans les premiers temps, elle s'augmentait par la marche et par le mouvement; chez d'autres, elle était augmentée après l'ingestion des aliments, surtout après le repas du soir. S'accroissant avec les progrès de l'affection sans que rien dans l'état des organes respiratoires pût en donner la raison, cette dyspnée chez quelques malades est arrivée dans les derniers jours à l'état d'orthopnée, parfois même jusqu'au sentiment de strangulation.

Dans treize cas, cette dyspnée s'est accompagnée de toux; cette toux était généralement peu fréquente, courte et sèche.

Huit fois seulement on a noté l'expectoration; muqueuse, filante et peu abondante dans quatre cas, elle a été purulente dans deux cas et sanguinolente dans deux autres.

Le pouls est faible et dépressible dans le plus grand nombre des cas et ne dépasse guère 75 à 80 pulsations dans les deux premières périodes; pendant la fièvre hectique des derniers jours, il s'élève et dépasse rarement 110 ou 120 pulsations.

Exceptionnelle dans les deux premières périodes, la fièvre est irrégulière, s'accompagne souvent de frissons et est suivie de sueurs. Chez quelques malades, elle s'est montrée vers le moment où la tumeur se révélait ou même dès que la santé commençait à s'altérer. Cette fièvre est très différente de la fièvre intermittente par son extrême irrégularité; ses accès consistent en des mouvements fébriles irréguliers, revenant parfois à des intervalles éloignés de plusieurs jours ou même de plusieurs semaines, pour apparaître ou se reproduire plus fréquents avec les progrès de la maladie. Le pouls s'élève peu pendant ces accès fébriles qui sont très passagers, ne durent que quelques heures, se montrent surtout vers le soir, et ressemblent beaucoup aux mouvements fébriles des phthisiques.

Dans la période ultime, la fièvre devient continue avec exacerbations le soir et frissons irréguliers, fait monter le pouls à 110 et 120 pulsations, et prend tous les caractères de la fièvre hectique.

Dans les observations publiées en Allemagne et en Angleterre, il est bien fait mention de l'état anémique des malades, mais on ne parle pas de l'auscultation du cœur et des vaisseaux. Sur les huit faits recueillis en France, on constata dans quatre des bruits de souffle anémique au cœur et dans les carotides, bruits dont l'intensité et l'étendue offraient des variations en rapport avec les progrès de l'anémie.

Sous l'influence de l'état cachectique dans lequel se trouvent ces malades, état cachectique qui s'accompagne d'un abaissement souvent considérable de la proportion de l'albumine contenue dans le sang, les infiltrations séreuses sont fréquentes, et les analyses du sang expliquent cette prédisposition. Chez quatorze malades, l'œdème était borné aux membres inférieurs; dans deux cas, il a été douloureux, limité au membre inférieur gauche, et passager.

Une ascite plus ou moins considérable, mais généralement peu abondante, s'est montrée chez neuf malades, soit isolée, soit accompagnée d'anasarque ou d'œdème. L'anasarque a été observée quatre fois; l'œdème pulmonaire deux fois.

Ces infiltrations séreuses surviennent le plus souvent à une époque avancée de la maladie; cependant chez quelques malades elles se sont montrées à différentes reprises dans la première période, cessant parfois pendant un laps de temps assez long.

La tendance aux hémorrhagies est très marquée; elles ont eu lieu chez dix-neuf malades. Cet accident, qui indique un état de cachexie avancée, a surtout signalé la dernière période et parfois hâté le terme fatal. Dans sept observations, les hémorrhagies se sont montrées, chez le même sujet, sur plusieurs points de l'économie.

Les épistaxis sont notées	10 fois.
L'hémorrhagie cérébrale	1
L'hémorrhagie par les gencives	4
L'hémorrhagie dentaire	1
L'hématémèse	1
L'hémoptysie	1
L'hémorrhagie intestinale	8
La métrorrhagie	2

Le sujet de l'obs. III du mémoire du docteur Bennett, une blanchisseuse âgée de cinquante-trois ans, présentait des taches de purpura hémorrhagique répandues sur le corps et sur les membres.

Le sujet de notre deuxième observation nous a présenté une forme d'hémorrhagie qui a les plus grandes analogies avec celles qu'on observe dans le scorbut; une hémorrhagie sous-cutanée et sous-musculaire abondante donna lieu à une tumeur sanguine considérable de la région axillaire, tumeur qui s'est reproduite à plusieurs reprises à mesure qu'elle était vidée, et, fait digne de remarque, une diminution très sensible du volume de la rate coïncida avec cette énorme perte de sang.

Pour six malades, il est fait mention d'hémorrhoïdes, soit avant, soit depuis l'hypertrophie de la rate.

Des sueurs abondantes, profuses mêmes, augmentant surtout pendant la nuit, obligent le malade à changer plusieurs fois de linge, se sont montrées chez huit malades. En France, elles ont été notées dans la moitié des cas.

Les urines restent acides; normales et généralement limpides dans les premières périodes, souvent dans la dernière période elles sont peu abondantes et troublées par une grande quantité d'urates. Jamais diabétiques, elles étaient albumineuses dans trois cas compliqués de maladie de Bright avec altération caractéristique des reins démontrée par l'autopsie; dans un cas de complication d'ictère, elles étaient colorées par la bile.

Comme phénomènes ultimes rares, nous trouvons dans deux cas des éruptions furonculeuses, accompagnées, dans l'un, de formations d'eschares au sacrum développées sur le siége de furoncles (obs. II), dans l'autre, d'éruption pemphigoïde de la main suivie de phlegmon et d'abcès (obs. I^re de Virchow).

Chez deux de nos malades, la mort a été accélérée par deux accidents que nous n'avons rencontrés dans aucune des observations de leucocythémie splénique que nous avons consultées; chez l'un (obs. III), une parotide se manifeste trente-six heures avant la mort et acquiert du jour au lendemain le volume d'un œuf de poule; chez l'autre, c'est une énorme tumeur sanguine (obs. II), une hémorrhagie sous-cutanée et sous-musculaire qui en une nuit envahit toute la région axillaire, soulève l'omoplate et précède de quatre jours les derniers moments du malade. Dans un des faits qui peuvent se rapporter à la leucocythémie, nous trouvons une hémorrhagie de même ordre. Le docteur Livois lut, en 1838, à la Société anatomique (*Bulletins*, 13^e année, p. 289) l'observation d'un homme de quarante-six ans, mort avec une hypertrophie de la rate et du foie; dans ce cas, qui, par les phénomènes observés pendant la vie et après la mort, se rapproche beaucoup de ceux que nous étudions, on trouva à l'autopsie une tumeur sanguine développée dans les parois de l'abdomen, au niveau de la région épigastrique.

Complications. — Les affections concomitantes de la poitrine, notées dans cette maladie, sont peu nombreuses. Trois malades offraient des signes de tubercules au premier degré; chez deux un épanchement pleurétique s'est développé dans les derniers jours; chez cinq malades on a constaté des signes de congestion sanguine ou d'œdème des poumons, survenus probablement sous l'influence de l'état cachectique.

Trois malades ont été atteints d'ictère pendant le cours de la maladie; chez les trois, le foie était volumineux, et chez l'un d'eux on trouva des calculs dans la vésicule biliaire (obs. V).

Dans un autre cas, on reconnut à l'autopsie que le foie était cirrhosé.

Trois fois il y a eu complication de maladie de Bright.

Marche. — Les phénomènes morbides par lesquels se révèle la leucocythémie splénique peuvent se diviser en trois périodes.

Première période. — Le premier symptôme qui attire l'attention des malades est l'intumescence du ventre et la perception d'une tumeur dans la région de la rate; cette hypertrophie splénique est rarement accompagnée de douleurs; elle n'occasionne le plus généralement qu'un sentiment de gêne et de pesanteur qu'augmentent la station debout, la marche et le travail de la digestion. A ces accidents locaux se joignent un affaiblissement et un amaigrissement progressifs et continus, un sentiment vague de malaise général et une disposition plus ou moins prononcée à la tristesse. L'appétit est conservé, la digestion se fait bien, et les malades s'étonnent de se voir maigrir. Dans cette première période, on a signalé de la constipation ou des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans quelques faits rares, nous trouvons, dès

le début, chez les uns des nausées et des vomissements, chez d'autres de la céphalalgie, chez d'autres enfin quelques mouvements fébriles très irréguliers et ne se montrant qu'à intervalles très éloignés.

Deuxième période. — La rate continue à augmenter de volume, souvent le foie s'hypertrophie, et il n'est pas rare de voir les ganglions lymphatiques devenir le siége d'un engorgement passif et indolent. Les symptômes produits par la dyscrasie font des progrès et se trahissent bientôt par les signes les plus manifestes d'un état cachectique : amaigrissement rapide et considérable, affaiblissement extrême, incompatible avec toute espèce de travail; anémie très prononcée avec pâleur de la face, que je ne puis mieux comparer qu'à celle des albuminuriques, avec décoloration des téguments et des muqueuses; céphalalgies, bourdonnements d'oreilles, tendance aux lypothymies, palpitations avec bruits chloro-anémiques du cœur et des carotides. Dans cette période, à part quelques cas exceptionnels, la langue reste normale, l'appétit persiste, la soif augmente; la digestion est bonne, mais la tendance à la diarrhée se rencontre presque aussi fréquemment que la constipation.

La voix s'affaiblit et parfois devient rauque ; chez presque tous les malades une dyspnée plus ou moins intense signale le début de cette période; fréquemment accompagnée d'une toux sèche et courte, elle augmente par l'exercice et surtout après le repas du soir.

Cette période est apyrétique, et ce n'est que par exception que nous trouvons notés quelques frissons et quelques mouvements fébriles irréguliers.

Sous l'influence de l'état cachectique, des infiltrations séreuses et des hémorrhagies, de siéges très variés, se montrent d'autant plus fréquemment qu'on est plus avancé dans cette période.

Des sueurs abondantes, profuses même, presque continues, redoublant pendant la nuit, épuisent les malades.

Les urines restent normales au début : elles deviennent plus rares et plus chargées d'urates vers la fin de cette seconde période.

Troisième période. — Les principaux accidents de cette période ultime rappellent ceux que l'on observe chez certains phthisiques. Une émaciation et un affaiblissement extrêmes, des syncopes parfois mortelles; chez quelques malades tendance à l'anorexie; chez le plus grand nombre, l'appétit, quoique diminué, se fait sentir presque jusqu'au dernier moment. La dyspnée fait des progrès, devient très pénible surtout vers le soir, et va parfois jusqu'à l'orthopnée. La fièvre revêt tous les caractères de la fièvre hectique et devient continue. Des hémorrhagies très abondantes, parfois ultimes, se produisent à la surface des muqueuses, ou sous les téguments, ou dans les viscères. Les membres s'infiltrent, et l'œdème des poumons, l'ascite, l'anasarque, se montrent fréquemment. La diarrhée est constante dans cette dernière période, et lorsqu'elle devient continue et abondante, que les selles se répètent souvent, parfois avec ténesme, lorsque surtout elles sont sanguinolentes, la mort ne tarde pas à arriver.

Des sueurs continues et colliquatives persistent jusqu'au dernier moment chez la plupart des malades.

Durée. — La marche de la maladie est chronique; sa durée est longue. Nous avons pris pour terme de comparaison le moment où le malade ~~s'est~~ aperçu de la tumeur, quoique généralement, et il faut tenir compte de ce fait, elle ne se révèle à lui que lorsqu'elle est arrivée à un certain degré de développement, et que la maladie existe déjà depuis un temps probablement assez long.

Dans dix-sept observations, nous avons pu calculer la durée de la maladie depuis l'époque à laquelle la tumeur a été perçue pour la première fois jusqu'au moment de la mort. Ces observations peuvent se répartir ainsi :

Ayant duré	de 3 mois à 6 mois.	3
—	de 6 mois à 1 an	5
—	de 1 an à 1 an 1/2	5
—	2 ans	2
—	2 ans 1/2	1
—	4 ans	1

En résumé, la durée a été en moyenne de treize à quatorze mois; au minimum de trois mois, et au maximum de quatre ans.

Terminaison. — Le pronostic semble devoir être toujours funeste; nous n'avons trouvé aucune observation de guérison. La marche est plus ou moins rapide, mais aboutit dans tous les cas à une terminaison fatale. Les accidents ultimes les plus fréquents sont la diarrhée et les hémorrhagies; à l'exception de trois malades qui ont présenté un peu de subdélirium, et d'un autre qui est mort dans le coma, la connaissance se conserve jusqu'au dernier moment, les malades s'éteignent. Chez un la mort a été subite ; chez un autre il y a eu une apoplexie mortelle; chez un autre enfin une parotide a semblé accélérer le dénoûment.

Traitement. — Divers traitements ont été essayés et souvent suivis avec persévérance. Impuissants à amener la guérison, ils n'ont même pas semblé enrayer la marche de la maladie ou déterminer une amélioration passagère.

Les uns, croyant à une influence paludéenne ou à une analogie avec l'hypertrophie de la rate des fièvres intermittentes, ont donné le sulfate de quinine. Neuf malades ont été soumis à cette médication. Chez plusieurs, le médicament a été porté à doses assez élevées pour produire des phénomènes physiologiques; mais il est resté sans action sur les symptômes et sur la marche de la maladie.

D'autres se sont surtout préoccupés de l'état cachectique des malades, et ont administré des ferrugineux et des toniques. Six malades ont été traités par les ferrugineux; deux par l'huile de foie de morue.

D'autres encore ont cherché par les fondants et les résolutifs à combattre l'hypertrophie de la rate, et, malgré leurs efforts, la tumeur a continué à s'accroître. L'iodure de potassium a été employé à l'intérieur et en pommade dans cinq cas; le bromure de potassium dans un cas. Le mercure a été donné à l'intérieur jusqu'à salivation à trois malades.

Quant au traitement palliatif, si certains symptômes tels que la diarrhée et les hémorrhagies peuvent être combattus dans les deux premières périodes, ils se montrent généralement rebelles à toute espèce de médication pendant le cours de la période ultime.

Anatomie pathologique. — Les altérations nécroscopiques, étudiées d'après les relations de vingt autopsies, sont très caractéristiques, et ne permettent de confondre la leucocythémie splénique avec aucune autre affection.

Les cadavres sont dans un état d'émaciation extrême ; les membres inférieurs sont souvent infiltrés.

Tête. — Le cerveau ne présente pas d'altération. Dans quelques cas, nous trouvons noté un peu d'épanchement séreux dans le tissu sous-arachnoïdien ou dans les ventri-

cules. Dans un cas, la mort survint par apoplexie, et un énorme caillot sanguin déchirait l'hémisphère gauche.

Les enveloppes du cerveau restent saines; mais dans les veines et dans les sinus de la dure-mère on a constaté, dans sept observations, tantôt un sang mi-fluide grumeleux, couleur chocolat, mélangé de coagulations blanchâtres, tantôt des caillots un peu plus consistants, cylindriques, moulés sur le calibre des vaisseaux, mais n'adhérant pas aux parois restées saines. Dans ces cas, le sang contenu dans toutes les autres veines du corps offrait un aspect analogue.

Poitrine. — Dans sept cas il y avait adhérence des poumons; dans quatre cas un peu de congestion ou d'infiltration sanguine à la base; dans deux cas de l'œdème. Dans deux observations il y avait un peu d'épanchement, séreux dans l'une, séro-sanguinolent dans l'autre. Trois fois on a trouvé quelques tubercules peu nombreux et à la période de crudité au sommet des poumons.

Le cœur, sans altération notable, contenait, surtout dans ses cavités droites, des caillots moulés, quoique peu consistants et s'écrasant facilement, d'une couleur chocolat ou rouge brique foncé, mélangé de coagulations jaunâtres. C'est dans cet état que le sang s'est présenté dans le cœur, l'artère pulmonaire et les grosses veines dans neuf observations. Dans deux autres, il était mélangé de caillots mous, blanchâtres, d'apparence purulente. D'autres fois il est trouble et grumeleux.

Abdomen. — Les lésions intestinales semblent être rares, ou elles ont été négligées. En France, sur quatre autopsies, on a trouvé deux fois des ulcérations dans l'intestin. Dans l'obs. V, l'iléon présentait, à sa terminaison, dans l'étendue d'un mètre, une trentaine de petites ulcérations ovalaires transversalement, grisâtres et taillées à pic; les follicules isolés étaient plus volumineux qu'à l'état normal. On a signalé aussi le gonflement des plaques de Peyer coïncidant avec l'hypertrophie des ganglions mésentériques. Dans l'obs. IV, de petites ulcérations superficielles avec injection de la muqueuse siégeaient dans l'S iliaque du côlon, plus étendues en descendant vers l'anus.

Le péritoine, dans nombre de cas, présentait des adhérences à la rate et au foie. Dans un cas, ces adhérences contenaient des dépôts blanchâtres; l'épiploon a été trouvé ratatiné sur lui-même, et présentant les traces d'une inflammation chronique; dans quelques cas un peu d'ascite. Dans l'obs. XII de Bennett, on trouva des extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Rate. — Elle adhérait au diaphragme et au péritoine par des exsudations plastiques plus ou moins étendues dans onze observations. La capsule présente parfois des plaques laiteuses et a été trouvée épaissie. L'hypertrophie peut être portée à un très haut degré sans que la forme primitive se trouve altérée. Ainsi, soit que la rate hypertrophiée affecte la figure d'un croissant dont le hile forme la concavité, soit qu'elle présente le long de son bord interne deux échancrures produites par l'exagération des deux scissures, qui, à l'état normal, indiquent les trois lobes correspondants aux divisions de l'artère splénique, nous trouvons deux formes correspondant aux deux variétés les plus fréquentes de la forme normale. La figure primitive ne subit aucune modification; elle est exagérée, amplifiée, mais, avec des proportions différentes, les traits restent les mêmes.

Dans dix cas et dans toutes les autopsies faites en France, le tissu de la rate était d'un rouge brun, très dense, cassant, résistant; la coupe, que les uns comparent à celle du foie, les autres à celle du jambon, était nette, luisante, et laissait béantes les ouvertures des vaisseaux.

Cinq fois elle contenait dans son tissu un ou plusieurs dépôts de matière blanchâtre, ou d'un blanc jaunâtre, ressemblant à ces dépôts fibrineux que l'on rencontre quelquefois dans la rate, coïncidant avec des affections du cœur. Deux fois elle était parsemée, comme criblée de petits points ramollis blanchâtres. Dans l'obs. V, elle contenait des petits corpuscules durs, brillants, jaunâtres, cristallins, du volume d'un grain de millet, et ressemblant, vus au microscope, aux cristaux de cholestérine. Dans l'observation du docteur Charcot (*loc. cit.*, p. 49), le tissu de la rate renfermait des amas considérables, mais visibles seulement au microscope, de cristaux lozangiques fort réguliers légèrement colorés en jaune rougeâtre.

Le volume le plus considérable que nous trouvons noté est de 41 centimètres de hauteur sur 20 centimètres de largeur et 7 d'épaisseur. Le volume le plus fréquent varie entre 30 et 32 centimètres de hauteur sur 16 à 18 de largeur. Le poids le plus considérable est de sept livres, le moins considérable de deux livres.

Foie. — Quatorze fois sur vingt autopsies, on a trouvé le foie augmenté de volume; dans quelques cas cette augmentation était considérable et atteignait le triple du volume normal, le poids s'élevant à douze et treize livres. Dans un petit nombre de faits il était adhérent. Dans aucun cas il n'a présenté d'altération de structure.

Les veines du foie, de la rate et toutes les veines de l'abdomen de la plupart des sujets étaient remplies d'un sang analogue à celui contenu dans le cœur et dans les gros vaisseaux. Dans quelques cas, et surtout dans l'observation recueillie par le docteur Fuller (*the Lancet*, july 1846), ces vaisseaux étaient très dilatés.

Les reins étaient congestionnés dans un cas; dans trois autres, où il y avait eu complication d'albuminurie, ils offraient les lésions de la maladie de Bright. Dans un fait, les capsules surrénales avaient subi une dégénérescence graisseuse.

Les *ganglions lymphatiques*, et surtout les ganglions mésentériques, quoique moins fréquemment que le foie, sont souvent hypertrophiés. Chez dix malades, on a trouvé les ganglions mésentériques augmentés de volume, parfois un peu ramollis; chez un, il y avait en même temps hypertrophie des ganglions bronchiques et des ganglions lymphatiques du cou, de l'aisselle et du pli de l'aine; chez deux, avec l'hypertrophie des ganglions mésentériques, on constatait en même temps celle des ganglions lymphatiques du cou; chez deux autres, des ganglions du cou, de l'aisselle et de l'aine.

A la coupe, ces ganglions laissaient échapper un suc blanchâtre, parfois un peu rosé, dans lequel le microscope retrouvait une grande quantité de globules blancs et de globulins.

(La fin prochainement.)

FRAGMENT D'UN TUYAU DE PIPE INTRODUIT DANS LE LARYNX PENDANT UN ACCÈS ÉPILEPTIQUE; EXPULSION SPONTANÉE DU CORPS ÉTRANGER. — Observation par M. DELASIAUVE.

L'introduction d'un corps étranger dans le larynx n'est pas un événement rare. Tantôt c'est un liquide, d'autres fois un solide de dimension, de consistance, de forme variables. La présence en est aussi plus ou moins gênante, suivant sa nature,

sa configuration et le siége qu'il occupe. Par l'occlusion qu'il occasionne, il peut amener une suffocation rapide. Dans certaines circonstances, il séjourne longtemps impunément dans les voies aériennes. Ordinairement, la dyspnée plus ou moins menaçante présente des rémissions qui diminuent, pour faire place à un état permanent et fâcheux, si la cause, par un procédé quelconque, ne vient à disparaître.

Toutes ces particularités, du reste, sont mentionnées dans les traités de pathologie chirurgicale, et nous hésiterions à grossir d'un nouveau fait la liste des cas déjà connus, s'il n'était bon d'éveiller de plus en plus l'attention sur l'incertitude ou les méprises auxquelles ils exposent.

Tel est le caractère de celui dont l'exposé va suivre.

Obs. — Un de nos épileptiques de Bicêtre, âgé de vingt-trois ans, se promenait en fumant sa pipe, lorsqu'il fut surpris par une violente attaque. Il fut bientôt remis; mais sa pipe avait été brisée, et il commença à ressentir dans la région laryngienne une souffrance obtuse dont il ne se préoccupa pas d'abord.

Les jours suivants, cette douleur, devenue fixe, ayant augmenté, il s'en plaignit à la visite. La pression la rendait plus vive; elle s'accompagnait de différents symptômes : voix rauque, toux fréquente, pénible et déchirée, oppression légère, sifflement des bronches, expectoration muqueuse très claire. Il y avait, en outre, avec une forte injection de la muqueuse de l'arrière-gorge, une animation spéciale de la face, dont la coloration rouge se nuançait d'un reflet vineux, indice de quelque obstacle à la fonction respiratoire.

Cependant, comme la fièvre était nulle, et que, en raison d'une température froide et humide, les bronchites abondaient dans les salles, nous nous bornâmes à prescrire une boisson pectorale et un julep béchique.

A notre grand étonnement, ces moyens, si efficaces chez les autres malades, ne procurèrent à celui-ci aucun soulagement. Successivement, nous appliquâmes, au-devant du cou, des sangsues et un emplâtre stibié qui développa une belle éruption. L'insuccès de ce traitement nous engagea à recourir à plusieurs émétiques, dont le dernier seul provoqua des évacuations.

Cette nouvelle médication fut elle-même inutile, et nous ne cessions de nous demander la cause d'une opiniâtreté que ne justifiait ni la nouveauté des accidents, ni la bonne santé habituelle du sujet, ni l'absence de toute réaction fébrile.

Le mystère devait s'éclaircir : après trois semaines de souffrances plutôt aggravées qu'amendées, vers quatre heures du matin, le malade rejeta, au milieu d'une quinte prolongée de toux, un fragment de tuyau de pipe de terre brune, d'environ 6 millimètres de long. Dès lors, le sentiment de strangulation fut notablement diminué, la toux se calma, et il ne resta plus que les traces de l'irritation due au séjour persistant du corps étranger.

Où s'était logé ce corps? Le point fixe exaspéré par la pression, la toux rauque et l'altération de la voix indiquaient certainement la cavité du larynx. D'un autre côté, pour demeurer inoffensif, bien qu'il n'offrît pas d'aspérités, il ne pouvait que s'être caché dans l'un des ventricules.

En tout cas, le fait nous a paru instructif. Il montre, en effet, quelle circonspection on doit apporter à la formation du diagnostic. Cela est surtout nécessaire, quand, soit dans les symptômes ou la marche, l'affection révèle des anomalies qui, comme ici, sont susceptibles de susciter le doute dans l'esprit de l'observateur. Il est presque infaillible alors qu'on soit dupe d'une illusion; car les contradictions dans la nature n'existent le plus souvent que pour notre vue impuissante. Peut-être eussions-nous évité l'écueil, si, obéissant à un secret pressentiment, et recherchant la signification de phénomènes insolites, nous eussions soumis les antécédents de l'affection à une enquête plus sévère.

Choléra-morbus transmis de l'homme a la poule par des matières cholériques mêlées aux aliments, par M. le docteur Charcellay. — Observations recueillies à l'ambulance de Saint-Étienne par MM. Remoneau et Homo, chefs de clinique et premiers élèves à l'hospice général de Tours. — Travail lu à la *Société médicale du département d'Indre-et-Loire* en 1854 (1).

Le 23 août 1854, l'ambulance de l'hospice général de Tours étant devenue insuffisante pour les cholériques fournis par la ville et par la population hospitalière, l'administration municipale décida, avec la commission administrative de cet établissement, qu'une ambulance-annexe serait immédiatement ouverte pour recevoir exclusivement les malades provenant de la ville ou de la banlieue. Cette succursale fut en conséquence établie ce jour-là même dans la maison de l'école communale de Saint-Étienne, située sur l'avenue de Grammont. Plusieurs volailles y furent laissées par l'instituteur et cette petite basse-cour se composait de sept pigeons, d'un coq et de deux poules.

Pendant treize jours, des malades furent reçus et traités à l'ambulance de Saint-Étienne sans qu'aucune des volailles présentât le moindre symptôme de malaise, bien qu'on leur eût donné à deux reprises différentes des pâtées de mie de pain mélangées avec des déjections alvines fournies par les cholériques ou trouvées dans les intestins des sujets décédés. Il est vrai que ces animaux, les pigeons surtout, manifestèrent de la répugnance pour cette alimentation. Le coq et les deux poules en mangèrent plusieurs fois, mais en petite quantité, et n'en parurent point incommodés. L'expérience semblait devoir rester sans résultat, lorsque le quatorzième jour, à minuit, l'une des poules éprouva du malaise. Elle parut triste, abattue, peu soucieuse de chercher sa nourriture, et indifférente à ce qui se passait autour d'elle. Sa démarche était lente, mal assurée; ses ailes, légèrement tombantes, étaient écartées du corps; ses plumes, celles du dos et du cou principalement, avaient quitté leur position inclinée pour se redresser à la surface du corps. Enfin, vers les sept heures du soir, la poule se retira dans son nid, d'où il nous fallut la sortir à neuf heures pour l'examiner et juger de son état. Elle n'était ni montée sur le perchoir, ni couchée à terre; elle était restée debout, immobile, ne cherchant ni à fuir, ni à éviter la main qui la saisissait.

Alors nous assistâmes aux accidents vraiment cholériques qui devaient précéder la mort de quelques minutes. Ainsi la poule, qui était froide, s'affaissa sur son ventre, laissant appuyer son bec et même sa tête sur le sol; elle se renversa de côté, éprouva des mouvements convulsifs dans les pattes, les cuisses et les ailes, se débattit, se tordit sur elle-même, et rejeta plusieurs fois, par des efforts de vomissements, un liquide gluant, visqueux, blanchâtre et légèrement spumeux. Elle eut aussi plusieurs déjections alvines, liquides, d'un blanc jaunâtre, et très fétides; elle se releva et s'agita violemment sur ses pattes comme si elle avait eu des crampes. La chaleur du corps s'abaissa notablement; la crête, d'un rouge vif et même d'un violet foncé, ridée, flasque et tombante, prit une teinte bleuâtre de plus en plus prononcée, puis se refroidit. La peau elle-même se cyanosa, les plumes se hérissèrent. Enfin, la poule éprouva quelques dernières convulsions, et s'éteignit en allongeant et tordant le cou. Cette petite scène dura deux à trois minutes.

(1) Le lecteur est prié de rapprocher ce travail des articles déjà publiés sur ce sujet par la Gazette hebdomadaire (tome Ier, pages 939 et 1041, et tome II, page 394).

Autopsie faite quinze heures après la mort, le jeudi 7 septembre, à midi, par une température extrêmement élevée.

La crête, cyanosée et flétrie, était d'une couleur plus violacée que les paupières et les commissures du bec. La peau avait conservé la teinte bleuâtre qu'elle avait prise la veille; les chairs offraient également cette coloration, mais beaucoup moins prononcée. Les bords du bec et toute la cavité buccale étaient mouillés d'un liquide filant et citrin; l'épithélium de la pointe de la langue était blanc et notablement durci. Les plumes du pourtour de l'anus étaient salies par la matière séchée des déjections, matière assez semblable alors à un dépôt de plâtre légèrement coloré en jaune. On n'a trouvé ni ecchymoses, ni taches quelconques sur le corps.

Une incision pratiquée à la cavité abdominale laissa échapper un peu de liquide albumineux jaunâtre, d'une odeur fétide, offrant une certaine consistance et humectant la plus grande partie des organes abdominaux. La face antérieure du foie était recouverte d'une couche assez épaisse de ce liquide, légèrement adhérente à son tissu. Quant au foie lui-même, la nature de sa substance et sa coloration ne semblaient nullement modifiées. Néanmoins il était friable et peu consistant. Nous n'avons rien trouvé qui parût anormal du côté de la rate, des reins et du pancréas. Dans l'oviducte existait une injection manifeste, mais dont la cause doit être sans doute attribuée à la suractivité de l'organe à cette époque, qui, pour la poule nécropsiée, était celle d'une ponte quotidienne et régulière. L'ouverture du jabot, du gésier et du ventricule succincturié ne nous a offert aucune particularité. Il n'en fut pas de même pour l'intestin grêle, qui, dans une longueur de 20 à 25 centimètres environ, à partir du gésier, présentait quatre taches ecchymotiques assez larges, très visibles à travers le péritoine, et beaucoup plus saillantes sur la muqueuse, à la surface de laquelle nous n'avons pas rencontré les petites granulations sanguines observées fréquemment sur l'intestin des gallinacés qui ont succombé pendant l'épizootie de 1851. Tandis que les follicules isolés de Brunner étaient assez nombreux pour constituer une psorentérie évidente, quelques plaques de Peyer parurent légèrement saillantes sans qu'il fût cependant permis de considérer cette disposition comme un état morbide. Les matières contenues dans l'intestin et les cæcums étaient en tout semblables à celles qui avaient été expulsées par les selles pendant la vie.

Le cœur et les poumons, explorés avec soin, n'ont présenté aucune ecchymose ni altération morbide; mais le sang contenu dans le ventricule droit était réuni en caillots noirs et résistants; le ventricule gauche était vide. Nous n'avons pas cherché à reconnaître le degré d'adhésion du sang avec la membrane interne des veines, ni l'influence que le séjour prolongé du sang dans ces vaisseaux pouvait avoir eue sur la coloration des membranes composant le tissu des parois veineuses.

Quant au système nerveux, nous n'avons rien vu qui nous parût digne de remarque.

A peu près vers la même époque, c'est-à-dire dans les premiers jours de septembre, l'autre poule et le coq, ainsi que deux ou trois pigeons, éprouvèrent une soif assez vive, tandis qu'ils avaient moins d'appétit. Les 8, 9 et 10 septembre, le coq avait perdu complétement la voix; il faisait de vains efforts pour chanter.

Voici, du reste, un extrait des notes journalières tenues d'abord par M. Homo avant la cholérine grave qui, un peu plus tard, le força de quitter l'ambulance de Saint-Étienne et d'interrompre violemment son service, où il fut remplacé par M. Paumier, premier élève suppléant, assisté de M. Carrignon (1).

(1) Par suite de leur courageux dévouement, ces deux élèves ont ressenti, d'une manière assez grave et répétée, les premières atteintes du fléau épidémique. Enfin, quelques mois plus tard, M. Paumier fut atteint de fièvre typhoïde, comme plusieurs autres personnes que leur service appelait à faire un séjour plus ou moins prolongé dans les foyers cholérigènes.

Lundi 4 septembre. La poule blanche et le coq ont refusé de prendre la pâtée, tandis que la poule noire en a mangé une fois et l'a rejetée immédiatement.

Mardi 5 septembre. La poule noire en a pris trois fois et s'est retirée sans vouloir retourner au plat. Le coq en avait mangé une assez grande quantité cinq ou six fois; la poule blanche s'était retirée.

Mercredi 6 septembre. L'infirmière s'aperçoit à midi que la poule noire est malade, mais elle n'en parle qu'à six heures du soir. Cette poule était alors accroupie sur la paille dans la loge où d'habitude elle se retirait la nuit; elle ouvrait fréquemment le bec et semblait avoir de la peine à respirer.

Ces différentes expériences, qui ont duré trois semaines (fin d'août et commencement de septembre), ont été faites avec les plus grandes précautions et doivent offrir toutes les garanties possibles d'authenticité. Les poules ne sortaient pas de la cour, et on leur donnait à manger en présence des infirmiers ou des élèves. Les trois pigeons expérimentés étaient retenus en cage. De telle sorte que les oiseaux domestiques voisins furent dans l'impossibilité de se nourrir des pâtées cholériques.

Tout ce que je viens d'exposer se rapporte à l'*ingestion* dans les voies digestives. Un autre ordre d'expériences, que je projetai vers la fin des premières, devait comprendre l'*inoculation* des liquides cholériques, sang, déjections, etc. Mais différentes circonstances ne m'ont point permis de mettre ces essais à exécution. Ainsi, à part les motifs graves que j'ai indiqués plus haut pour ce qui est relatif aux vives préoccupations, aux terribles agitations des masses pendant les épidémies de choléra, il me fallait un local isolé, à une certaine distance de la ville, afin de soustraire à l'action épidémique les animaux expérimentés. A ces tristes époques de tourmente révolutionnaire, de pareilles difficultés constituaient des obstacles véritablement insurmontables pour le praticien de province, dont les trop courts instants sont déjà entièrement absorbés par de fréquentes visites dans les hôpitaux ou dans certains établissements publics, et par les exigences multipliées de la clientèle particulière ou du service municipal des cholériques à domicile. Du reste, il me serait impossible de continuer aujourd'hui ces essais, puisque fort heureusement notre épidémie est terminée.

III.

CORRESPONDANCE.

Ectropion guéri par l'emploi du collodion.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

A l'occasion du travail de MM. Stœber et Batteu sur l'emploi du collodion dans le traitement de l'ectropion (GAZ. HEBD., t. III, p. 115), permettez-moi de vous rappeler que mon maître, le professeur Rau (de Berne), a déjà fait connaître ce mode de traitement en 1849 (*Schw. Zeitschrift für Med.*, oct. 1849, p. 320). Il trouva aussi que des solutions de gutta-percha et de caoutchouc agissaient moins favorablement, la première n'ayant pas au même point les qualités voulues, et l'autre étant trop douloureuse. Au reste, j'ai déjà fait connaître ces faits dans le tome XXIX des *Annales d'oculistique* de Bruxelles, p. 106.

Agréez, etc. Dr CORNAZ.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

Physiologie. — *Note de M.* Girard (*de Washington*) *sur la contexture de la fibrine.* « J'ai fait une observation que je crois importante : J'ai trouvé la fibrine, ou partie nutritive du fluide nourricier ou sang, composée de cellules à peine visibles sous un grossissement de 900 diamètres. Ces cellules sont difficiles à analyser et à isoler par les moyens ordinaires de manipulation. Pour les obtenir dans un état d'isolement, il est nécessaire que le sang soit maintenu dans des conditions telles, qu'il perde sa température naturelle d'une manière insensible et graduelle. Lorsque l'abaissement de la température s'opère d'une manière subite, il se forme alors ce que nous appelons le caillot, dont les éléments essentiels sont les cellules de la fibrine agglomérées en filières ou d'autres manières. Dans cet état, les cellules de la fibrine ont déjà, en majeure partie, perdu leur structure et forme primitives ; elles sont presque méconnaissables. Dans leur état d'isolement, les cellules de la fibrine ressemblent, à s'y méprendre, aux cellules vitellaires de l'œuf ; les unes et les autres jouent un rôle analogue dans la fabrique animale.

» Sur de tels faits, je fonde une doctrine nouvelle de la vie physique, brièvement exposée dans le travail que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. »

SÉANCE DU 24 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

— M. *A. Breton* adresse une description d'une pile toujours humide, destinée aux usages médicaux, sur laquelle il avait, dans une précédente séance, sollicité le jugement de l'Académie.

« Cette pile, dit M. Breton, est composée, pour l'un des pôles, d'un mélange de poudres de cuivre rouge avec des poudres neutres de bois, destinées à diviser les parties métalliques. Ces poudres sont mélangées ensemble dans une dissolution saturée de chlorure de calcium qui en fait une mixture toujours humide, le chlorure de calcium ayant la propriété d'absorber toujours l'humidité de l'air. La préparation du deuxième mélange, qui forme l'autre pôle de la pile, est identiquement la même, sauf que la poudre de cuivre est remplacée par une poudre de zinc. Ces deux préparations, mises dans un vase, et séparées entre elles par une cloison poreuse, établissent une pile à effet constant qui garde toujours la même intensité d'action, vu son état d'humidité constante et le nombre indéfini de ses éléments. »

Élections. — La section de médecine et de chirurgie déclare, par l'organe de M. Serres, qu'elle maintient la liste qu'elle a présentée dans la séance précédente, ainsi que les *ex æquo* qui s'y trouvaient. Voici cette liste :

Médecine. — Au 1er rang : MM. *Cruveilhier* et *Longet*, ex æquo. Au 2e rang : MM. *Poiseuille* et *Piorry*, ex æquo.

Chirurgie. — Au 1er rang : MM. *Jobert de Lamballe* et *Jules Guérin*, ex æquo. Au 2e rang : MM. *Baudens*, *Laugier* et *Malgaigne*, ex æquo.

La majorité de la section recommande à l'Académie la liste de médecine.

Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance. (Voir aux *Variétés*.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a.* Un rapport de M. *Lemoine* sur une épidémie de rougeole dans l'arrondissement de Château-Chinon. — *b.* Le compte rendu de la préfecture de l'Oise et les rapports de plusieurs médecins des épidémies de ce département pour l'année 1855. — *c.* Le tableau des épidémies du département de la Nièvre pendant la même année. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Martin Duclos* sur les épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne). — *e.* Une série de rapports de médecins cantonaux sur les épidémies du département de la Moselle et des Basses-Alpes. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Une demande en autorisation d'exploitation de deux sources minérales sises au hameau d'Usson (Ariége). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Deux notes, l'une sur la vaccine, l'autre sur la vaccine, la varioloïde et la varicelle, par M. le docteur *Zandick*, de Dunkerque. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Une note sur l'emploi du feu dans les tumeurs blanches et sur l'utilité des agents anesthésiques, par M. le docteur *Pons*, de Bez. (M. Malgaigne, *rapporteur.*) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Baraillier*, de Toulon, sur le traitement du typhus, et principalement sur l'utilité de l'huile essentielle de valériane à la dose de 30 à 50 centigrammes contre certains accidents de cette maladie, stupeur, somnolence, coma. (*Commission déjà nommée.*) — *d.* Un mémoire de M. le docteur *Claude*, de Paris, intitulé : *Études sur la coloquinte.* (*Comm.* : MM. Soubeiran et Jolly.)

Élection. L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de chimie et de physique médicales.

La section a présenté la liste suivante : 1° M. *Würtz* ; 2° MM. *Figuier* et *Regnault*, *ex æquo* ; 3° MM. *Langlois* et *Grassi*, *ex æquo* ; 4° M. *Robiquet*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 71 et la majorité absolue de 36, M. *Würtz* obtient 33 suffrages ; M. *Regnault*, 15 ; M. *Figuier*, 9 ; M. *Robiquet*, 7 ; M. *Langlois*, 5 ; M. *Grassi*, 1 ; M. *Mialhe*, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des voix, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Votants, 68 ; majorité, 35.

M. *Würtz* obtient 50 suffrages ; M. *Regnault*, 13 ; M. *Langlois*, 2 ; M. *Robiquet*, 1 ; M. *Figuier*, 1 ; M. *Grassi*, 1.

M. *le président* proclame M. *Würtz* élu membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Lectures et Mémoires.

Glycogénie. — M. *Colin*, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'école d'Alfort, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la formation du sucre dans l'intestin et de son absorption par les chylifères.* L'organisme des animaux possède incontestablement la faculté de former des principes immédiats. Je vais essayer, en ce qui concerne le sucre, de déterminer le point ou l'un des points de l'organisme où il est susceptible de prendre naissance. J'espère prouver : 1° qu'il se forme du sucre dans l'intestin aux dépens des matières animales qui en sont dépourvues, et 2° qu'une partie de sucre est absorbée par les vaisseaux chylifères.

Il est un premier fait, méconnu jusqu'ici, c'est la présence du sucre dans le chyle des herbivores laissés à leur régime habituel ; c'est ce dont il est facile de s'assurer en opérant sur le chyle obtenu en insérant un tube d'argent à l'extrémité antérieure du canal thoracique. Sur un bœuf ou sur une vache de moyenne taille, et par une seule des branches du canal thoracique, on peut obtenir en vingt-quatre heures jusqu'à 50 kilogrammes de chyle. Ce fait se reproduit chez les omnivores et chez les carnassiers soumis à un régime mixte. Il prouve, contrairement aux idées reçues, que les vaisseaux chylifères jouissent de la faculté d'absorber les matières sucrées, quels que soient le mode d'organisation et le mode d'action de l'appareil digestif. Peut-il en être ainsi chez les animaux exclusivement nourris de chair, qui ne reçoivent par l'alimentation ni sucre ni principe isomérique au sucre ? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Ayant obtenu sur des chiens vivants des quantités assez grandes de chyle, 130 à 140 gr. par heure, on y a constaté la présence du sucre, à l'aide du réactif cupro-potassique et de la fermentation. Celle-ci, il est vrai, s'y est établie avec lenteur, particularité qui peut s'expliquer parce que l'ébullition nécessaire pour concentrer le chyle permet au sucre de s'altérer en partie au contact des alcalis de ce liquide, et que la forte proportion de ce sel peut mettre obstacle à la fermentation.

D'où vient ce sucre du chyle ? Les partisans de la glycogénie hépatique diront peut-être que ce sucre provient du foie ; mais s'il est vrai que le canal thoracique reçoit avec le chyle une partie de la lymphe du corps et qu'une fraction de cette lymphe provenant du foie contient du sucre, il ne faut pas oublier que cette fraction est minime ; et, en reproduisant expérimentalement un liquide chargé d'une quantité aussi imperceptible de sucre, on ne constate aucune action de la part de la solution cupro-potassique.

Puisque le liquide du canal thoracique est mêlé à la lymphe puisée dans le foie, il faut de toute nécessité recueillir du chyle absolument pur, condition difficile à réaliser. Voici par quelle série de combinaisons expérimentales je suis arrivé à ce but.

1° On lie rapidement les vaisseaux à l'origine du mésentère chez des chiens en pleine digestion tués par la section du bulbe rachidien ; au bout de quelques moments, on pique les branches chylifères gonflées au-dessous de la ligature. — 2° On lie sur le chien en pleine digestion la veine porte avec les vaisseaux biliaires et les lymphatiques qui sortent du foie ; on ouvre le thorax, on pique le canal thoracique en avant de la citerne de Pecquet ; on comprime celle-ci pour en expulser le contenu, puis on lie le canal en arrière de l'ouverture, afin qu'il se remplisse de chyle dont l'absorption continue encore pendant un certain temps. En enlevant la ligature, on obtient le nouveau liquide, qui ne contient plus une proportion sensible de lymphe hépatique. — 3° Ou, mieux encore, on établit une fistule au canal thoracique sur un chien vivant pendant que la digestion est active, puis on lie en masse la veine porte avec les conduits biliaires et les lymphatiques.

Pour avoir une quantité plus grande du liquide qui puisse fermenter, j'ai institué une autre série d'expériences. Chez les herbivores, existent des dispositions remarquables des vaisseaux chylifères, qui, jointes au volume des animaux, permettent de recueillir une grande quantité de chyle pur ; seulement, pour utiliser ces dispositions, il faut changer le régime de ces herbivores ; il faut les rendre carnassiers pendant un assez long temps.

(L'auteur rapporte une série d'expériences dans lesquelles il est parvenu à nourrir exclusivement de chair des solipèdes et des ruminants.)

Chez un taureau nourri de chair cuite, continue M. Colin, j'établis une fistule gastrique afin de pouvoir le nourrir par là, si dans la suite de l'expérience il venait à se dégoûter de cet aliment. Vingt-deux jours après celui où l'animal fut soumis au régime de la chair, j'établis au canal thoracique une fistule dans laquelle fut fixé un tube d'argent. Le chyle fut recueilli pendant dix heures ; il était blanc, laiteux, opaque, absolument semblable à celui des carnassiers ; constamment il détermina une réduction très abondante de la liqueur cupro-potassique. Une partie de ce liquide fut soumise à l'évaporation, puis additionnée de levûre de bière ; la fermentation y fut constatée, et le produit dégagea, par la distillation, une légère odeur alcoolique.

J'ai examiné ensuite le chyle pris dans le mésentère. A cet effet, je fis une seconde fistule au canal chylifère qui suit le trajet de la grande veine mésaraïque et reçoit les vaisseaux lactés de l'intestin grêle et du gros intestin. Ce chyle fut recueilli pendant deux heures et demie : même réaction qu'avec celui du canal thoracique.

Le sang de la veine porte liée sur l'animal vivant et recueilli au-dessous de cette ligature, et, après la mort, le sang des veines sus-hépatiques, le liquide céphalo-rachidien, la sérosité du péricarde et des plèvres, tous ces liquides réduisirent le réactif cupro-potassique.

De ces expériences, j'ai cru pouvoir conclure :

1° Qu'il y a du sucre dans le chyle ; 2° que ce sucre se produit dans l'intestin ; 3° qu'il s'y forme aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation ; 4° enfin, qu'il y est puisé, sinon en totalité, du moins en partie, par les vaisseaux chylifères, d'où il passe dans le canal thoracique pour être versé dans la circulation générale. (*Comm. :* MM. Bouley, Longet, Bussy.)

Vacances. — M. *Chatin*, au nom de la commission des *onze*, donne lecture d'un rapport sur les vacances à déclarer au sein de l'Académie. La commission propose de déclarer : 1° qu'il y a lieu de remplir immédiatement deux vacances ; 2° que les deux vacances déclarées soient attribuées, l'une à la section d'*anatomie pathologique*, l'autre à la section de *thérapeutique et d'histoire naturelle médicale*.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Kyste de l'ovaire ; nouveau mode de traitement. — M. *Barth*. Une femme de trente-sept ans est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, 43, pour une varioloïde qui n'a offert aucune particularité digne d'être notée. Elle est atteinte d'un kyste volumineux et uniloculaire de l'ovaire, qui s'est développé avec lenteur depuis l'époque de sa dernière couche, qui date de deux ans. Que faire, en présence de cette énorme tumeur ? Abandonner le mal à lui-même, c'était exposer la femme à des accidents mortels résultant du refoulement des viscères abdominaux, de la compression des gros vaisseaux et de la gêne des mouvements respiratoires. Pratiquer une simple ponction, c'était recourir à un traitement ordinairement insuffisant, à une méthode le plus souvent palliative, et après laquelle l'épanchement se reproduit presque à coup sûr. Faire suivre la ponction d'une injection iodée, c'était courir les chances d'une péritonite promptement mortelle, par suite de l'effusion de la liqueur iodée en dehors du kyste, dans la séreuse abdominale.

Voici donc le procédé auquel j'ai eu recours : Avec un trocart recourbé, j'ai pratiqué sur la ligne médiane de la paroi antérieure de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, afin de laisser à la vessie un espace pour se distendre, une première ponction d'avant en arrière, ou, si l'on préfère, de dehors en dedans. J'ai retiré le poinçon du trocart, et après quelques minutes, quand le liquide du kyste a fini de s'écouler par la canule, j'ai de nouveau armé l'instrument. L'ayant alors redressé, et, par un mouvement de rotation, portant sa concavité en avant et sa pointe en haut, de manière à sentir sa saillie à travers la paroi du ventre, j'ai opéré une seconde ponction d'arrière en avant ou de dedans en dehors, à 8 centimètres environ au-dessus de la première ; c'est-à-dire que, cette fois, j'ai traversé la paroi du kyste et celle de l'abdomen des parties profondes aux parties superficielles. Le trocart ayant été retiré, j'ai glissé à sa place dans la canule une longue aiguille courbe et flexible, à laquelle était fixée une sonde de caoutchouc vulcanisé, destinée à remplacer la canule que j'ai enlevée sur-le-champ. Cette sonde était ainsi placée que ses extrémités passaient à travers les deux ponctions, tandis que sa partie moyenne, percée de deux œils, séjournait dans le kyste.

Cette opération, que j'ai pratiquée le 10 mars, n'a été suivie d'aucun accident. A mesure que le liquide du kyste avait de la tendance à se former, il s'écoulait d'une manière continue par la sonde laissée à demeure. Le 18 mars, dans le but de tâter la susceptibilité du kyste, j'ai fait une injection d'eau tiède par l'orifice supérieur de la sonde. Dix jours après, le 28, voyant que le kyste était considérablement réduit, que sa cavité était notablement amoindrie, et que par conséquent la liqueur médicamenteuse agirait sur une surface moins étendue et exposerait la malade à moins de dangers, je me décidai à pratiquer, toujours par la sonde, une injection iodée. Le liquide qui s'écoula par l'orifice inférieur de la sonde les jours suivants, devint de moins en moins abondant et prit des qualités, pour ainsi dire, plus louables. Le 31 mars, une seconde injection iodée a été pratiquée, et la malade est dans un état satisfaisant.

Je crois que le procédé que je viens de décrire a l'avantage de rendre, en quelque sorte, le médecin maître du kyste, de lui permettre d'évacuer d'une manière continue le liquide qui s'y forme, d'y pratiquer des injections toutes les fois qu'il le juge à propos, sans être obligé d'opérer de nouvelles ponctions. Enfin la sonde, ainsi laissée à demeure, rapproche les parois du kyste de la paroi abdominale, les met au contact, ce qui, d'une part, empêche le liquide injecté de s'épancher dans le péritoine, et, d'autre part, favorise ou provoque des adhérences salutaires.

M. Barth présente ensuite à l'Académie la femme qu'il a opérée par ce procédé.

M. *Ségalas* pense qu'on pourrait peut-être favoriser mieux encore l'issue du liquide du kyste en disposant la sonde en siphon.

M. *Depaul.* M. Barth a paru s'effrayer d'une injection pratiquée prématurément dans un kyste de l'ovaire; il aime mieux attendre quelques jours après la ponction et l'évacuation de la tumeur, parce qu'il pense qu'alors, les parois du kyste étant revenues sur elles-mêmes, l'injection se fera sur une moindre surface, dans une plus petite cavité. Je ne crois pas, comme M. Barth semble l'admettre, qu'un kyste puisse se comporter à la manière de la vessie, de l'utérus, d'un organe contractile. Après la ponction, ses parois s'affaissent parce qu'elles ne sont plus repoussées par le liquide, mais elles n'éprouvent aucun mouvement de retrait véritable; si bien que, même plusieurs jours après l'évacuation du kyste, si l'on injectait assez fortement une quantité de liquide égale à celle qui a été évacuée, la tumeur reprendrait son développement primitif. Je ne pense donc pas que M. Barth, en ajournant le moment de l'injection iodée, atteigne le but qu'il se propose, celui d'agir sur une cavité moins étendue et revenue sur elle-même.

M. *Barth.* Le retrait des kystes ovariques, après leur évacuation, est pour moi un fait incontestable. Je l'ai constaté plusieurs fois sur le cadavre, et particulièrement chez une malade morte d'un squirrhe du corps thyroïde, laquelle avait été ponctionnée trois fois pour un kyste de l'ovaire. La tumeur avait notablement diminué de volume après chaque ponction. A l'autopsie, j'ai trouvé ce kyste réduit, ratatiné, et offrant le volume d'une tête de fœtus.

Chez la malade que je vous présente, on ne peut plus injecter aujourd'hui que la valeur d'un verre ou un demi-verre de liquide.

M. *Depaul.* Peut-être les kystes anormaux, c'est-à-dire ceux dont les parois sont épaissies, sont-ils susceptibles d'une rétraction véritable; mais je ne crois pas que les kystes simples, ceux dont les parois sont minces et transparentes, soient capables de se contracter. Si la capacité du kyste que vient d'opérer M. Barth lui a paru diminuée, cela tient sans doute, non point aux effets d'une rétraction, mais aux adhérences des parois provoquées par la teinture d'iode injectée.

M. *Barth.* J'ai observé cette diminution de la capacité du kyste dès ma première injection, qui était simplement aqueuse, c'est-à-dire huit jours après la ponction et huit jours avant l'injection iodée.

M. *Gimelle* partage l'opinion de M. Depaul. Il connaît une jeune personne qui a été opérée d'un kyste volumineux de l'ovaire il y a huit mois. Depuis ce temps, l'épanchement ne s'est pas reproduit, et l'on n'a jamais senti dans l'abdomen une tumeur qui pût faire supposer que le kyste fût revenu sur lui-même. Ses parois s'étaient donc simplement affaissées, ce qui ne permettait plus de percevoir trace de tumeur par la palpation.

M. *Moreau.* J'estime, comme M. Barth, que les parois d'un kyste ovarique peuvent revenir sur elles-mêmes, en vertu de cette contractilité des tissus décrite par Bichat, et qui fait que les parois de l'utérus reviennent encore sur elles-mêmes quand les contractions proprement dites ont cessé. Je loue pleinement le conseil que donne M. Barth, de ne pratiquer d'injection qu'un certain nombre de jours après la ponction, parce que, d'une part, on est exposé à moins d'accidents inflammatoires, et que, d'autre part, beaucoup de kystes de l'ovaire guérissent par la simple évacuation du liquide, sans injection. Je pense aussi que les injections, qui peuvent être si utiles, si salutaires dans les kystes simples et purement séreux, seraient dangereuses dans les kystes purulents ou sanguinolents, à cause de l'altération plus ou moins profonde de leurs parois.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 4 AVRIL 1856.

Discussion sur les procédés opératoires du bec-de-lièvre.
Lecture de plusieurs rapports.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Etudes microscopiques, par le docteur THÉOD. BILLROTH, interne à la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin.

1° *Structure de nouvelles formations pathologiques analogues aux dents.* — Après s'être étendu longuement sur la texture de dents trouvées dans les kystes de l'ovaire, l'auteur décrit une tumeur enlevée par M. Langenbeck à une jeune fille de seize ans, et qui s'était développée dans la deuxième molaire droite supérieure. Le produit pathologique était gros comme une forte noix. Examinée au microscope, la tumeur fut reconnue être composée d'ivoire traversé par de petits conduits dentaires; çà et là se trouvaient des corpuscules osseux: l'intérieur ne contenait aucun prisme d'émail; on ne les rencontrait que vers la couronne de la dent, entièrement conservée.

2° *Métamorphose de nerfs et de muscles en tissu fibro-plastique.* — Dans plusieurs cas de carcinome de la mamelle, M. Billroth eut l'occasion d'observer le changement des fibres musculaires du grand pectoral en tissu conjonctif ou fibro-plastique. Le fascia du muscle, puis les fibres musculaires forment avec la tumeur une masse cicatricielle dans laquelle l'œil ne peut reconnaître les éléments histologiques des tissus primitifs. Les fibres musculaires pénètrent dans la tumeur, prennent d'abord un aspect grisâtre, puis blanc nacré, tout en conservant en quelques points leur position fasciculée. A l'endroit où se produit cette métamorphose, on trouve d'ordinaire une grande quantité de cellules et de noyaux. Les fibres musculaires sont très cassantes, comme rubanées, d'un aspect homogène, les stries peu marquées. En même temps se forment des noyaux ovales, de couleur foncée, au-dessous du sarcolemme. La substance des fibres devient brillante; elle réfléchit la lumière d'une manière plus intense; les fibres elles-mêmes perdent de leur largeur.

Entre les fibres, on voit alors se former de nouvelles cellules, qui remplacent et détruisent peu à peu les fibres. Leur tissu devient tout à fait friable, et les stries transversales disparaissent totalement.

L'auteur a observé des changements analogues dans les fibres primitives des nerfs. Un grand nombre de noyaux allongés se développent dans leur intérieur; ils les compriment, et leur nombre s'accroît si rapidement, que les fibres nerveuses sont détruites et disparaissent. L'auteur conclut de ses recherches que le tissu formé par les muscles et les nerfs dégénérés est composé de *tissu fibro-plastique* entremêlé de nombreuses fibres élastiques.

3° *Kyste du testicule contenant des fibres musculaires à stries transversales.* — La science possède aujourd'hui deux cas dans lesquels les formations pathologiques ont contenu des fibres musculaires striées, développées anormalement. Le premier appartient à M. Rokitansky. Il trouva chez un jeune homme une tumeur du testicule composée presque entièrement des éléments en question. La deuxième observation est rapportée par M. Virchow: c'était une tumeur de l'ovaire.

Le sujet de M. Billroth avait un cystoïde du testicule qui contenait des masses cartilagineuses. Le jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, avait eu jusque-là une bonne santé. La tumeur s'était développée en une année, et avait atteint la grosseur d'un œuf d'oie. Le mucus jaunâtre du kyste était entouré d'un tissu mollasse, d'un jaune rougeâtre, et une couche normale de tissu testiculaire (au milieu duquel la nouvelle formation s'était produite) recouvrait le tout. L'épididyme n'était pas modifié. L'examen microscopique fit découvrir que les parties rougeâtres les plus résistantes étaient composées de fibres musculaires striées, d'une largeur de 0mm,009 à 0mm,01, brillantes et contenant des noyaux ovales. Les stries étaient très fines et de couleur foncée. Le myolemme n'était visible que dans les endroits où les noyaux le soulevaient. Les fibres n'étaient pas disposées parallèlement: elles s'entrecroisaient comme les fibres du tissu conjonctif. Plusieurs d'entre elles étaient ramifiées comme les fibres musculaires du

cœur. D'autres étaient renflées, variqueuses, ou bien présentaient la dégénérescence graisseuse. (Publié dans *Virchow's Archiv.*, t. VIII, part. 1, 2, 3, et séparément, chez G. Reimer, 1855, Berlin, avec planches.)

Examen de la doctrine de la nécrose et de la régénération des os, au point de vue clinique, par le docteur C. W. Klose.

Les inflammations du périoste, quelle que soit leur nature, forment la cause la plus fréquente de la mortification des os. Une rougeur érysipélateuse des parties molles superficielles indique, dans ces cas, non-seulement qu'il s'est fait une exsudation à la face profonde du périoste, entre lui et l'os, mais encore que cette exsudation commence à se transformer en pus. La suppuration survient très rapidement dans ces circonstances, à cause de la résistance qu'oppose l'os aux produits épanchés, et de l'irritation que produit en eux la tension du périoste. Le pus agit, et sur l'os qu'il prive de ses matériaux nutritifs en détruisant ses connexions vasculaires, et sur le périoste, dont il dissocie et mortifie les éléments, comme cela a lieu dans toutes les inflammations des aponévroses; toute périostite suppurée, règle générale, a pour résultat la nécrose de l'os et la destruction du périoste.

Il résulte de là que c'est à tort qu'on a attribué au périoste le rôle principal dans la reproduction des os. Mais comment comprendre cette régénération en l'absence du périoste détruit? Quand un os nécrosé est mis à découvert, on voit qu'il est entouré de toutes parts de granulations charnues, excepté dans les points par où s'écoule le pus; peu à peu dans ces granulations se déposent des noyaux osseux, qui deviennent bientôt confluents, de manière à constituer autour du séquestre une couche osseuse de nouvelle formation, dont l'épaisseur augmente graduellement; les points où les granulations avaient fait défaut sont alors transformés en ouvertures, et forment ce qu'on appelle les *cloaques*.

On remarque, en général, que le séquestre présente une surface rugueuse, irrégulière, et l'on a attribué cette disposition à l'action d'un pus acide qui dissoudrait une partie du phosphate calcaire de l'os, exactement comme ferait l'acide chlorhydrique, par exemple. Mais il n'existe aucune analogie entre cet aspect des séquestres et celui d'un os qui aurait macéré quelque temps dans un acide. Lorsque l'os nouveau est formé, de la moelle tend à se déposer dans son intérieur; il se développe alors à sa face interne des prolongements vasculaires, de nature veineuse principalement, auxquels sont appendues des masses adipeuses, imprégnées d'oléine, et qui finissent par entourer complétement le séquestre; ces lobules de graisse s'appliquent sur ce dernier, prennent une forme granuleuse et le résorbent peu à peu. Une portion d'os nécrosée peut ainsi disparaître d'une manière complète, sans laisser la moindre trace de son existence.

Si l'os nécrosé est à découvert, les granulations se forment au-dessous de lui, et le séparent graduellement des portions profondes non mortifiées. S'il est couvert de parties molles, et dans les cas de nécrose partielle, non-seulement les granulations le séparent de l'os vivant, mais elles se développent également sur les parties molles qui le recouvrent, et toutes ces granulations, incrustées de matière osseuse, forment encore une sorte d'étui dans lequel le séquestre est emprisonné. — Lorsqu'une diaphyse tout entière a été frappée de mort, la régénération suit une marche un peu différente; elle se fait encore par des granulations, mais les sources de développement sont plus restreintes. Les muscles semi-penniformes et les muscles interosseux sont ceux qui fournissent là le plus de matériaux pour cette régénération : on voit les granulations se déposer sur tout le trajet de l'os ancien, suivant une ligne qui répond aux insertions musculaires. Ces muscles, en effet, dans toute l'étendue de leurs insertions, sont dépourvus d'enveloppe celluleuse, et fournissent de petites branches vasculaires qui pénètrent dans l'os. — C'est à tort qu'on a cru que la régénération partait des épiphyses; celles-ci ne sauraient suffire à un travail si considérable.

On explique du même coup comment les muscles prennent insertion sur l'os nouveau, car ce dernier n'est autre chose que les granulations développées sur les muscles eux-mêmes, et par conséquent adhérentes avec eux. Une fois l'os reproduit, il se forme autour de lui un périoste nouveau.

On observe de semblables ossifications de granulations sur les surfaces osseuses fracturées, lorsque la fracture s'est faite obliquement et que la coaptation n'a pas été parfaite; dans ce cas, les surfaces fracturées sont peu irritées et la réunion immédiate est impossible; la consolidation subit un retard notable de cette nécessité des granulations.

Dans les fractures simples, la consolidation se fait sans développement de granulations: par les extrémités des fragments transsude un liquide plastique qui les agglutine l'une à l'autre et s'organise ensuite: c'est la réunion immédiate comme pour les plaies des parties molles. Le liquide épanché est si abondant qu'il comble la cavité médullaire au voisinage de la fracture; le périoste ne prend aucune part à la sécrétion de ce liquide.

Dans les fractures avec esquilles, la conduite du chirurgien n'a pas encore été tracée suivant des données certaines; ces fractures, lorsqu'elles sont compliquées de plaie des téguments, sont souvent suivies d'accidents des plus graves et peuvent entraîner la mort du sujet; d'autres fois, elles se terminent par la guérison. Pourquoi ces différences? La nature n'a point de caprices; elle procède suivant des lois immuables, qu'il suffit de connaître pour déterminer à coup sûr ce qui doit arriver dans les cas individuels. Ce qui fait la différence la plus importante entre ces fractures, c'est le siége de la lésion. La substance spongieuse qui se trouve non-seulement dans les épiphyses, mais encore dans les extrémités des diaphyses, est formée d'un nombre considérable d'aréoles qui toutes communiquent ensemble. Ces aréoles du tissu spongieux sont tapissées d'une membrane vasculaire et remplies d'une graisse dans laquelle domine l'oléine. Lorsqu'une fracture avec plaie intéresse ce tissu, les liquides extravasés ou sécrétés par les vaisseaux se mêlent avec l'oléine; or l'influence de l'air atmosphérique et d'une certaine température sur cette dernière substance donne lieu à la production d'un acide gras qui, par son mélange avec les produits épanchés, forme un composé toxique. Ce poison, étant absorbé et versé dans la circulation, détermine une décomposition rapide du sang, dont les gaz sont mis en liberté : c'est là la *septicémie*. Les gaz libres passent bientôt, à travers les parois vasculaires, dans les muscles et dans le tissu cellulaire; c'est pourquoi, dans ces circonstances, on trouve souvent de la crépitation, et en ouvrant une veine un peu volumineuse, on voit s'en échapper une foule de bulles gazeuses.

Si, au moment de la décomposition de l'oléine en acide gras, les liquides épanchés se sont déjà transformés en pus, il se produit par leur mélange un liquide séreux, trouble, floconneux, qui porte le nom de sanie. Ce liquide, qui est très endosmotique, est absorbé et donne naissance aux phénomènes de la pyoémie. Mais comme le pus exige toujours quelque temps pour se former, il s'ensuit que les accidents de la pyoémie apparaissent toujours plus tard que ceux de la septicémie.

Le danger des fractures compliquées est en rapport avec la quantité plus ou moins grande de tissu spongieux qui existe au niveau de la lésion; plus faible quand la fracture intéresse la partie moyenne d'une diaphyse, il va en croissant à mesure qu'elle se rapproche des épiphyses ou des articulations. Les circonstances qui favorisent l'accumulation de la graisse dans les aréoles du tissu spongieux sont aussi celles qui favorisent la décomposition ou la transformation du sang: tels sont le jeune âge, l'usage des alcooliques.

Au point de vue pratique, la fracture des épiphyses ou des os spongieux en général, si elle s'accompagne de déchirure des parties molles, exige toujours l'amputation; celle des extrémités de la diaphyse la nécessite le plus souvent, celle du corps de la diaphyse doit toujours décider le chirurgien à l'expectation.

Nous avons cru devoir rapporter les considérations précédentes, extraites du mémoire de M. Klose, parce qu'elles s'éloignent notablement des idées qui ont cours dans la science. Des observations

ultérieures et de nouvelles expériences sur les animaux pourront seules nous donner la mesure de ce qu'elles ont de vrai et d'utile. (*Vierteljahrsschrift f. d. prakt. Heilk.*, 1855, t. IV.)

Statistique des luxations spécialement sous le rapport de leurs résultats, par M. H. Hamilton.

Ce point de vue, trop souvent négligé par les auteurs classiques, a une importance pratique extrême. Il n'est point de notions sur lesquelles la médecine ait besoin de posséder des renseignements aussi précis pour satisfaire à la légitime curiosité de ses clients, et il n'en est point cependant au sujet desquelles son instruction soit plus bornée.

En outre, s'il était démontré statistiquement qu'une impotence consécutive plus prolongée ou plus considérable soit le résultat de tel ou tel procédé de réduction, ne serait-ce pas là un critérium bien plus décisif que la rapidité de la réduction, pour apprécier à sa juste valeur une manœuvre moins sûre que brillante ?

En donnant le tableau suivant de tous les cas qu'il a observés durant une pratique de vingt et un ans, l'auteur prend soin de nous avertir qu'il y a compris, non-seulement ceux où il a opéré, mais ceux dans le traitement desquels il n'est intervenu qu'à titre de médecin consultant, ou même comme simple témoin. Cette déclaration était nécessaire pour ne pas laisser égarer sur qui ne la mérite point la responsabilité des nombreux insuccès qui y figurent.

Clavicule. Neuf cas : huit de luxation de l'extrémité acromiale, un de la sternale.

Sur ceux de la première classe, sept fois le déplacement eut lieu en haut, mais sans grande élévation de l'os au-dessus de son niveau normal. Dans un cas il y avait rupture, non-seulement de la capsule, mais des ligaments coraco-claviculaires, lésion qui avait permis au déplacement de s'effectuer à la fois en haut et en dehors.

La réduction, toujours facile, n'a jamais pu se maintenir complète. Le membre reste constamment gêné dans ses fonctions, et la difformité aussi grande après le traitement qu'avant. Il est vrai que l'incommodité qui en résulte est de peu d'importance.

Humérus. — 44 cas, dont 30 de luxation en bas et 14 en avant. Sur le nombre total des luxations, 38 furent réduites Des autres, deux récidivèrent, une ne put être réduite, une compliquée de fracture du col de l'os fut maintenue. Deux ne furent pas soumises au chirurgien en temps utile.

L'auteur insiste sur l'utilité d'appliquer la puissance contre-extensive sur l'acromion quand on tire en bas et en dehors ; et sur l'extrémité du scapulum quand on cherche à réduire en portant le bras en haut. D'ailleurs ces deux procédés lui ont réussi.

Plusieurs malades ont conservé une tuméfaction au-devant de la tête de l'os pendant plusieurs mois, ce qu'ils attribuaient à une réduction incomplète. Il n'en est rien cependant ; et l'auteur est porté à expliquer ce phénomène par l'état des muscles grand pectoral et deltoïde, lésés par l'acte traumatique ou lors de la réduction.

Quatre fois une rigidité musculaire a persisté plusieurs mois, empêchant les fonctions de l'articulation. L'omoplate se mouvait alors conjointement avec le bras. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, la motilité normale s'est progressivement rétablie.

Relativement au bruit entendu lors de la réduction (point qui a eu de l'importance dans un cas médico-légal soumis au jury), M. Hamilton, ayant fait des recherches spéciales sur sa production, décide qu'il y a, soit une sensation tactile perçue par l'opérateur et ses aides, soit un bruit susceptible d'être entendu dans l'appartement, mais que jamais ce dernier ne se produit lorsqu'on use des moyens mécaniques de réduction ou lorsque le malade a été soumis à l'action des anesthésiques.

Radius. — 13 cas de luxation de la tête, dont 11 en avant et 2 en arrière, proportion qui infirme les assertions de Gibson, Boyer, Chélius et Guthrie.

Sur le nombre total, il y eut sept fois réduction immédiate, mais qui ne demeura définitive que cinq fois, parce que, dans un cas, le père de l'enfant reproduisit l'accident en voulant étendre le membre, et que, dans un second, la complication de fracture empêcha les résultats de la coaptation de persister. Des cas non réduits immédiatement, un le fut au bout de huit mois.

En somme, six fois seulement sur treize, on a obtenu une réduction permanente. Lorsque la lésion n'a pas été guérie, le membre luxé en avant est resté trois fois en pronation, une fois dans une attitude mixte, entre la pronation et la supination, jamais en supination. L'attitude a été la même dans un cas de luxation en arrière.

Avant-bras. — 18 cas de luxation du coude, dont 16 en haut et en arrière.

Onze furent réduites, mais une se reproduisit. Des huit non réduites, deux avaient d'abord été méconnues par des empiriques. Cinq fois, au contraire, des médecins furent appelés, mais prirent deux fois la maladie pour une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Trois fois ils reconnurent la nature du déplacement, mais ne purent y remédier.

Hanche. — Sept cas. Trois fois seulement il y a eu réduction complète. Mais ce résultat, en apparence très défavorable, ne doit point être imputé à la thérapeutique ; car deux fois l'accident ne fut pas reconnu, et une fois il y avait fracture concomitante du bord supérieur de l'acétabulum.

Jambe. — 17 cas de luxation de l'extrémité inférieure des os de la jambe ; 16 étaient des luxations en dedans (1). Une seule en avant. Dans la première classe, 7 cas furent compliqués de fractures du péroné, 6 de fracture du péroné et de la malléole interne, 3 compliqués de plaie et de fracture. Sur ces trois derniers cas, deux fois on amputa le malade, et il fut sauvé ; une fois l'amputation ne fut point faite, et il mourut.

Des quatorze luxations non compliquées de plaies, deux restèrent non réduites, et quatre seulement offrirent l'exemple d'une guérison permanente sans difformité.

L'auteur croit se rappeler avoir vu deux ou trois cas de luxation en dedans, sans fracture ; mais il n'est pas assez sûr de sa mémoire pour s'être cru en droit de les faire figurer dans ce tableau. (*Transactions of the Medical Society of the state of New-York*, 1856, p. 15.)

Gangrène du pénis, par le docteur Heer.

On sait que, sous l'influence de causes générales adynamiques, les inflammations locales prennent des caractères excessivement graves, et peuvent se terminer par la gangrène. Les auteurs rapportent des observations de malades atteints de simple blennorrhagie, qui, sous l'influence d'une fièvre typhoïde, ont été frappés de gangrène. On trouvera trois faits de ce genre dans Boyer (t. IV, p. 293). Dans l'observation suivante, le sphacèle du membre viril serait survenu en l'absence de toute maladie locale antécédente ; mais est-il bien sûr que le malade ne fût pas porteur d'une inflammation quelconque du pénis avant l'invasion de l'affection plus grave qui l'a emporté ? Il est également impossible de savoir, d'après l'observation, si la gangrène avait envahi véritablement les corps caverneux, ou si, ce qui est plus probable, elle s'est bornée simplement à leur fourreau cutané.

Obs. — Au mois d'avril dernier, un manœuvre, bien portant jusque-là, fut obligé de quitter son ouvrage, parce qu'il éprouvait un grand malaise et un violent mal de tête, accompagnés d'abattement et de douleurs dans les membres. Le jour suivant, il survint de l'oppression, des douleurs dans la poitrine et une toux pénible avec expectoration sanglante. Une saignée et un purgatif salin produisirent un soulagement momentané ; mais bientôt la faiblesse fit de nouveaux progrès ; il se manifesta de l'agitation et de l'insomnie ; le pouls devint petit et fréquent : ce qui engagea le docteur Heer à ordonner des excitants. Le cinquième jour, le malade, qui paraissait encore plus abattu, se plaignit d'une violente cuisson qu'il éprouvait au gland. A l'examen de cette partie, on y trouva une tache noire de la grandeur d'un haricot et entourée d'un cercle rouge. A ce niveau, l'épiderme était soulevé par une sérosité sanieuse, rouge noirâtre.

(1) Sous cette dénomination non généralement adoptée, l'auteur comprend la lésion où le tibia fait saillie en dedans du pied.

Voir ci-devant 2e feuillet

La tache gagna en étendue; mais la prostration fit des progrès si rapides, que la mort survint avant que la gangrène eût envahi le quart de la verge. Aucune cause spéciale n'a pu être assignée à cette maladie gangréneuse. L'autopsie ne paraît pas avoir été faite [illegible] *Zeitung*, n° 1[illegible] 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le docteur F. ROUBAUD; 2 vol. in-8°; chez J.-B. Baillière.

Bien que le sujet de ce livre soit aussi digne qu'un autre d'attirer l'attention du médecin et d'être l'objet de ses méditations et de ses études, cependant il touche à des questions qui demandent à n'être traitées qu'avec la plus grande réserve. Nous dirons plus: quand on n'a rien de nouveau à communiquer sur la thérapeutique de certaines infirmités, et qu'on doit se borner à reproduire les idées et les opinions qui ont cours dans la science, et que, par conséquent, tout le monde est à même de connaître, c'est peut-être une tentation dangereuse que celle de vouloir disserter sur de pareilles matières. En s'y laissant aller, on court le risque de rencontrer des écueils inhérents au sujet lui-même, d'effaroucher des susceptibilités respectables, et enfin de paraître favoriser des tendances suspectes dont les lecteurs peu éclairés peuvent facilement abuser.

Que M. le docteur Roubaud nous permette de le lui dire tout d'abord d'une manière générale, nous croyons qu'il n'a point été suffisamment pénétré de ces considérations en écrivant son livre. Dans son désir de faire voir qu'il a étudié complétement son sujet sous toutes ses formes, il a traité avec un développement excessif des questions scabreuses à côté desquelles il eût certainement mieux valu qu'il passât; et, pour n'en citer qu'un exemple, son long chapitre sur ce qu'il appelle *la frigidité* nous paraît à lui seul motiver toutes les observations que nous venons de faire. Outre qu'il ne nous semble avoir qu'une liaison contestable avec le principal objet de l'ouvrage, il a l'inconvénient de fixer l'attention sur une matière qu'il est difficile de traiter en se maintenant dans les limites purement scientifiques, de telle sorte qu'on est tout d'abord tenté de croire que l'auteur se trouve sous l'impression de cette préoccupation, qu'il sera lu par les gens du monde autant et plus que par les médecins.

Après cette critique qui s'adresse autant au sujet même du livre qu'à l'écrivain, nous nous empressons de dire que M. Roubaud s'est largement emparé de sa question, qu'il s'en est profondément pénétré, et qu'il l'a saisie dans toute son étendue. Il a lu et compulsé un grand nombre d'auteurs, et s'est attaché à l'étude minutieuse de tous les documents qui pouvaient lui apporter quelques lumières. Il ressort évidemment de la lecture de son ouvrage que cette question a été pour lui l'objet d'une prédilection toute spéciale; et c'est sans doute par suite de cette espèce d'attachement particulier qu'il lui porte, qu'il s'est laissé entraîner à donner à certaines parties une étendue que nous trouvons exagérée.

Néanmoins, malgré le zèle et l'ardeur qu'il a mis à s'entourer de tous les renseignements propres à l'éclairer, on peut lui faire remarquer encore quelques omissions importantes. Nous nous permettrons, sans sortir des généralités dans lesquelles nous voulons concentrer notre examen, de lui en signaler une qui nous a particulièrement frappé. Il s'agit du priapisme et des moyens de le faire cesser. Il y a quelques années, M. le professeur Velpeau reçut dans son service un homme atteint depuis plusieurs jours de cette maladie. Après avoir fait vainement quelques essais pour remédier au mal, l'éminent chirurgien de la Charité se décida à faire une ponction des corps caverneux, qui furent traversés de part en part. Immédiatement après l'opération, le mal cessa, et le malade fut instantanément et radicalement guéri. C'est certainement là un résultat intéressant et remarquable, qui aurait dû avoir sa place marquée dans le livre de M. Roubaud.

Cet écrivain paraît avoir fait de nombreuses observations et même quelques expériences sur les diverses affections des organes générateurs dans les deux sexes, et, ne fût-ce que sous ce rapport, son livre sera toujours bon à consulter quand on aura quelques questions de ce genre à traiter. C'est pour cela que nous avons été surpris de n'y point trouver mentionnée une cause de stérilité qui n'est pas extrêmement rare, et que l'auteur de cet article a déjà rencontrée quatre fois dans le cours d'une pratique de seize années: nous voulons parler d'un vice de conformation par suite duquel le canal du col utérin est congénitalement arrondi et diminué de calibre, de manière à avoir à peine la capacité d'un tuyau de plume de perdrix. Les quatre femmes dont il est ici question sont toutes stériles, bien qu'elles aient désiré vivement avoir des enfants. Il est probable qu'en élargissant artificiellement le conduit utérin, on aurait pu faire cesser la stérilité. C'est d'ailleurs ce qu'ont déjà tenté avec succès plusieurs chirurgiens. M. Roubaud parle à la vérité des rétrécissements du col de la matrice; mais sa description ne peut comprendre les faits que nous signalons, puisque, au point de vue où il se place, les rétrécissements sont dus à des phlegmasies ou à des engorgements.

Nous ferons encore à l'auteur une querelle qui, pour ne pas porter sur le fond de l'ouvrage, n'en a pas moins une certaine importance. M. Roubaud, dont l'érudition est très étendue, ne se préoccupe pas assez de l'exactitude textuelle dans les citations. Par exemple, Locke n'a pas pu dire: *Nihil est in intellectu* QUI *non* FUIT *in sensu* (p. 417), mais bien: *Nihil est in intellectu* QUOD *non prius* FUERIT *in sensu?* C'est malheureusement un défaut très commun de citer ainsi les auteurs sans vérifier le texte, et de telles fautes, quoique légères, peuvent cependant devenir une cause d'erreur et entacher le caractère sérieux d'un livre.

Quoi qu'il en soit, la monographie de M. Roubaud est, en résumé, un ouvrage étudié et travaillé avec soin, dans lequel il a rassemblé la plus grande partie des opinions et des doctrines sur chacune des questions qu'il traite, en ayant l'attention de produire toujours ses propres idées après celles des autres auteurs. Sans doute un grand nombre de ses opinions peuvent être contestées, parce qu'elles reposent sur des observations incomplètes ou sur des inductions mal établies. Mais nous savons tous de quels mystères sont encore enveloppées les fonctions génératrices, malgré les travaux et les découvertes dont elles ont été l'objet dans les temps modernes, et il faut savoir gré à M. Roubaud, non-seulement des efforts qu'il a faits pour en percer l'obscurité, mais encore et surtout parce qu'il les a étudiées au point de vue pratique et pour en déduire des règles thérapeutiques.

Dr RENÉ BRIAU.

VII.

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine de Belgique est, en ce moment, dans un état de crise qui pourrait menacer jusqu'à son existence. Une animosité, déjà ancienne, d'une petite minorité contre le bureau, et particulièrement contre le président, s'est tout récemment donné carrière au sénat, où des membres même de cette minorité ont un siége. Le bureau a été l'objet d'insinuations odieuses; on n'a rien épargné pour frapper de déconsidération la Compagnie tout entière. Et toutes ces attaques sont parties de collègues qui n'ont pas craint de venger, à l'abri de toute contradiction, des échecs subis dans une autre enceinte. L'Académie, dit la PRESSE MÉDICALE BELGE, est mise en demeure par le ministre, sous peine d'un refus de subsides, de formuler certaines propositions de modifications aux statuts.

Dans cette situation, le bureau s'est retiré. Il n'a voulu, ni paraître tolérer les injures qui lui ont été adressées personnellement, ni continuer à diriger les travaux d'une compagnie ainsi ravalée au

sein du premier corps politique de l'État, sans protestation du ministre. Il est à croire qu'il ne s'en tiendra pas à cette démonstration passive.

— M. Adolphe Richard commencera, lundi 7 avril, à 3 heures, le cours de pathologie externe de la Faculté, en remplacement de M. le professeur Jules Cloquet.

— M. Henri Roger, agrégé, a été désigné par la Faculté pour faire le cours de pathologie interne (semestre d'été), en remplacement de M. le professeur Duméril. Le cours commencera mardi prochain, 8 avril, à midi, et sera continué les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Baillarger commencera, le dimanche 13 avril, à 9 heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et continuera, les jours suivants, un cours public de clinique sur les maladies mentales.

— Un don de 10,000 francs a été fait par l'Empereur à l'association de secours des médecins du département de la Seine.

— M. Jobert a été élu membre de l'Académie des sciences. — Le premier tour de scrutin avait donné 23 voix à M. Jobert, 18 à M. Longet, 13 à M. Cruveilhier, 1 à M. Laugier, 1 à M. Poiseuille, et 1 à M. Baudens. Au second tour, M. Jobert a obtenu 28 voix, M. Longet 23, et M. Cruveilhier 6. Enfin, au scrutin de ballottage, 29 membres ont voté pour M. Jobert, et 28 pour M. Longet.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris avait proposé un prix d'une valeur de 1,000 francs à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur l'albuminurie. Une commission, composée de MM. Trousseau, Becquerel, Thirial, Henri Roger et Requin (remplacé par M. Legendre) avait été chargée d'examiner trois mémoires qui étaient parvenus au secrétaire général. Le rapport sur ces travaux a été fait dans la dernière séance par M. Becquerel. La Société, tout en reconnaissant le mérite et l'importance des mémoires qui lui étaient adressés, a jugé qu'ils ne répondaient pas au but qu'elle s'était proposé, et en conséquence elle a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix. Dans la seconde séance d'avril, une commission sera nommée pour rédiger le programme d'une autre question. Les mémoires sur l'albuminurie sont à la disposition de leurs auteurs, qui peuvent les faire retirer chez M. H. Roger, secrétaire général, boulevard de la Madeleine, 15.

— On nous écrit de Marseille : « Un regrettable médecin militaire, M. Berthomat, a succombé au typhus, victime de son zèle et de son dévouement à l'hôpital du Frioul. La maladie paraît diminuer de gravité, et l'on espère moins de mal parmi les arrivants. »

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Lyon. — 15 mars. Fabrication du phosphore et des allumettes chimiques à Lyon, par *Glénard*.

Journal de médecine de Bordeaux. — Février. Oblitération de la veine porte, par *Gintrac*.— Carie vertébrale avec abcès par congestion : usage d'une gouttière en fil de fer; guérison, par *Bitot*. — Conservation des matières animales par les chlorures terreux, par *Barbel*.

Journal de médecine de Toulouse. — Février. De la paralysie générale progressive, par *Marchant*.— Sur le tartrate d'ammoniaque et de peroxyde de fer, par *Gazac*.

Revue thérapeutique du Midi. — N°s 4. Sur les diarrhées chroniques observées dans les hôpitaux de Cette, par *Barthès*. — Observation de cachexie mercurielle, par *Verdier*.— 5. Importance d'une bonne doctrine médicale pour la thérapeutique, par *Anglada*. — Choléra considéré au point de vue de la récidive, par *Tourrel*. — Bons effets des antipériodiques dans certains cas de zona, par *Liégey*.

Gazette médicale de l'Algérie. — 1re année. N° 2. Climatologie algérienne, par *Bertherand*. — Du dégorgement des seins chez les nourrices atteintes du choléra, par *Miguères*.

Archives belges de médecine militaire. — 1856. Janvier et février. De la pleuro-pneumonie, doctrine de M. Lebeau, par *Herpain*. — De l'alimentation de la troupe, par *Legros*. — Moyen facile de constater instantanément l'iode dans les urines, par *Eymael*.

Le Scalpel. N°s 21 et 22. Revues.

Presse médicale belge. — N° 11. Sur le phlegmon oculaire, par *Holsbeeck*.

Deutsche Klinik. — 1856. ~~N° 9.~~ Contribution à la pathologie des ulcères de l'estomac, par *Helfft*. — Contribution à la physiologie pathologique du choléra-morbus, par *Zimmermann*.

Deutsche Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde. — T. VII, 2e cah. Sur les propriétés et les effets de la foudre sur le corps animal et les moyens de s'en préserver, par *Ebel*.

Wiener Medizinische Wochenschrift. — N° 9. Sur les rétrécissements de l'urèthre, et en particulier sur l'uréthrotomie de dehors en dedans, par le professeur *Schuh*.— Sur les particularités de la syphilis chez les enfants en bas âge, par *Luzsinsky*.

Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — N° 10. Esquisses pharmacologiques recueillies dans un voyage dans l'Amérique centrale, par *Scherzer*.

Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, de Hebra. Février. Sur le raccourcissement du tendon d'Achille dans le pied équin, par *Dittel*.

Zeitschrift f. Klinische Medizin, de Günsburg. — T. VII, 2e cah. Maladies organiques du cerveau chez les aliénés, par *Hoffmann*. — Contribution à la thérapeutique des ulcérations du col de l'utérus, par *Leyser*.

Dublin Medical Press. — N° 35. Maladies des voies urinaires, par *Kirby*.

Medical Times and Gazette. — N°s 297 Traitement des fièvres continues, par *R.-H. Semple*. — Diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur, dans certains cas de croup, par *B.-W. Richardson*. — Des inflammations et sub-inflammations, par *Barwell*. — 298. Transport des malades et des blessés, par *G. Saunders*. — Sur l'excision du genou, par *J. Hutchinson*. — Hydrocéphale chronique ; évacuation du liquide ; guérison, par *W. Sedgwick*.

The Lancet. — N°s 10. État de la pathologie utérine, par *Bennet*. — Contribution à la jurisprudence de l'aliénation, par *F. Winslow*. — Blessures à l'armée de Crimée, par *Guthrie*. — Chirurgie de la hernie, par *H. Ward*. — 11. Pathologie utérine (suite), par *Bennet*. — Sur l'arc sénile, par *Ed. Canton*. — Masse pileuse dans un kyste ovarique, par *Coward*. — Réduction du cubitus luxé depuis quatorze jours, malgré l'existence d'une fracture compliquée de cet os et du radius, par *F. Edwards*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N°s 8. Constitution médicale de Marti di Palaga en 1854-1855, par *Gomandoli*. — Choléra d'Orbitello, par *Nannoli*. — 9. Application de l'électricité à la cure des tumeurs érectiles, par *Marcacci*. — 10. Choléra de Certaldo, par *G. Masini*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — N°s 8. Cure radicale de la hernie, par *Salvolini*.—9. *Idem*.— 10. Cure radicale des hernies, par *Salvolini*.— 11. Choléra de Silvano-Pietra en 1855, par *Calderini*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N°s 6. Choléra de Gandino, par *Fil.* et *P. Lussana*. — Choléra de Pegognaga, par *Fr. Volta*. — 7. Sur l'organe nerveux olfactif, par *A. Pogliani*. — Choléra (suite), par *Lussana*. — 8. Sur l'excision du polype utérin, par *F. Lussana*. — Choléra du duché de Modène en 1855, par *Gadi*. — 9. Cardiopathie avec altération des valvules et hypertrophie des ventricules, par *G. Seccamani*. — Choléra de Cantù, par *P. Morandi*. — Choléra de Oltre, Pogliana, etc., par *J. Flumiani*.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 76. Sur les os du carpe et du métacarpe, par *J. Carvalho*. — Climat de Funchal, par *Barral*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — N° 3 (15 février). Choléra de Gênes en 1854 et 1855, par *Freschi*. — 4 (29 février). *Idem*.

Il Filiatre Sebezio. — Janvier. Sur le musée anatomique et les œuvres anatomiques des professeurs de l'Université de Naples, par *Delle Chiaje*. — Sur le traitement du choléra, par *Minervini*.

Il Raccoglitore medico. — N° 2 (15 février). — Sur l'intoxication cholérique, par *Franceschi Giovanni*. — Introduction à un cours de médecine, par *Tommasini* (œuvre posthume).

La Liguria medica. — N° 3 (20 février). La chimie et les sciences naturelles, par *Cannizaro*. — 4 (5 mars). Analyse et revues.

El Siglo medico. — N° 115. Considérations sur le choléra asiatique, par *de Gongora*.

Jornal da Sociedade pharmaceutica Lusitana. 1856. Février.

La Cronica de los hospitales. — N° 5. Clinique. Diabète sucré, par *Legnnès*. — Désarticulation du fémur, par *M. Sanchez de Toca*.

O Escholiaste medico. — N° 28. De l'ostéo-myélite, par *G. M.*

Livres nouveaux.

Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme. Mémoire lu à la Société de biologie dans la séance du 8 mars 1856, par M. *Ernest Godard*, travail basé sur quarante-deux observations originales recueillies par l'auteur. Grand in-8 de 40 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 25

Revue pharmaceutique de 1855, supplément à l'officine pour 1856, par M. *Dorvault*. In-8 de 88 pages. Paris, Labé. 1 fr. 50

Neue Untersuchungen ueber den feineren Bau des centralen Nervensystems des Menschen (Nouvelles recherches sur la construction du système nerveux central de l'homme), par *J. de Lenhossek*. 1re partie. Grand in-4°. Vienne, Braumüller. 8 fr.

Nineteenth Annual Report of the Managers of the New-York Institution for the Blind to the Legislature of the State. In-8 de 46 pages. New-York, 1855.

Epidemics and Quarantine : a Lecture Introductory to the Winter Course at the New-York Medical College (1855-1856); by *Horace Green*, m. d. New-York, 1856.

Klinische Untersuchungen ueber den Typhus (Recherches cliniques sur le typhus), par *A. Vogel*. In-8. Erlangen, Enke. 2 fr. 25

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 11 AVRIL 1856. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1856, M. BASTIEN, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Bastien sera attaché, en ladite qualité, à la chaire d'anatomie et de physiologie.

— Par décret, en date du 5 avril 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection, faite par l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France, de M. Jobert (de Lamballe), pour remplir la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Magendie, est approuvée.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 8 avril 1856, M. BOYER, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, en remplacement de M. Seheck, dont le temps d'exercice est expiré.

— Par un autre arrêté, en date du même jour, M. le ministre a renouvelé la première délégation triennale de M. GIRAUDET fils, en qualité de chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, à laquelle ce fonctionnaire est attaché comme suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 10 avril 1856.

77. DUBOIS, Pierre-Alexandre, né à Marcilly-le-Hayer (Aube). [*Des formes pneumoniques que l'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde, et de leur histoire collective.*]

78. DE ARRASTIA Y CRESPO, Juan, né aux Palacios (Havane). [*Études sur le pouvoir antisyphilitique du bichromate de potasse.*]

79. MORET, Alfred-Étienne-Alexandre, né à Tours (Indre-et-Loire). [*De l'exhalation cutanée et de la sécrétion de la sueur au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.*]

80. RENAUD, Jean-Pierre, né à Oiselay (Haute-Saône). [*De la suette miliaire.*]

81. LAROCHE, Pierre-Louis-Adolphe, né à Laon (Aisne). [*Des accidents qui peuvent survenir pendant les opérations, des moyens de les prévenir et d'y remédier.*]

82. BIHOREL, Jean-Baptiste-Auguste, né à Douains (Eure). [*De la tumeur et de la fistule lacrymale.*]

83. DAGUILLON, Léon-Joseph, né à Pontivy (Morbihan). [*Sur l'encombrement des hôpitaux des ambulances et des vaisseaux.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

La révolution dans les sociétés savantes. — L'Académie de médecine de Belgique, la Société médicale d'Athènes, la Société de médecine de Bordeaux.

Vous avez peut-être aperçu aux extrêmes confins du dernier numéro une petite note relative à l'Académie de médecine de Belgique. Cette note, en vous rappelant la révolution survenue au sein de la Compagnie, la démission unanime du bureau, la pression exercée sur le règlement par un ministre, la résistance qui se prépare, cette note sibylline vous a laissé en suspens sur les causes d'un événement qui met en émoi tout le corps médical du pays. Mais le feuilleton comprend qu'il jetterait la confusion et la désolation dans l'école historique moderne, s'il ne montrait l'enchaînement logique et la leçon des faits. Le feuilleton y est d'ailleurs doublement autorisé ; d'abord parce que, ayant ses entrées dans ladite Académie, en sa qualité de correspondant (nous sommes bien aise de vous dire cela en passant), il n'a pas besoin d'écouter aux portes pour savoir ce qui s'y passe, et ensuite parce que la presse française et l'Académie de médecine de Paris elle-même ne sont pas tout à fait étrangères à la commotion que viennent de ressentir nos voisins. Oyez donc cette histoire véridique :

Jusqu'à ces derniers temps, l'Académie belge avait vécu en paix, marché avec un ordre admirable, sans autre agitation que celle des discussions scientifiques, sous le ferme et habile gouvernement d'un collègue que la presque unanimité des suffrages rappelait chaque année au fauteuil. C'était un spectacle unique peut-être dans l'histoire des Sociétés placées sous le régime de l'élection, et ce Romain tant cité pour avoir été sept fois consul, pouvait passer aux yeux de M. Vleminckx pour n'avoir pas eu de chance. Mais en 1853, un acte d'hostilité formelle se produisit : un chirurgien qu'on croyait entiché d'*inamovibilité*, qui se prétend l'inventeur du principe et est même allé le dire une fois à l'empereur Nicolas et aux Tartares du Caucase, se montra tout à coup mécontent (ô l'inconséquence !) de ce que le président et son digne collègue, M. Fallot,

84. Gourdeau, Léon-Émile, né à Bonnetable (Sarthe). [*De la gale.*]

85. Diaz de Bedoya, Joaquim, né à Salta (République argentine). [*Du molluscum.*]

86. Avice, Louis-Claude-Théodore, né à Paimpol (Côtes-du-Nord). [*Du phlegmon de la main.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 avril 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE: EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Nous avons eu déjà l'occasion de nous expliquer sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde (Gazette hebdomadaire, t. II, p. 758); car si nous n'avons pas montré une grande chaleur pour cette médication, nous avons du moins plaidé contre la proscription dont certains auteurs veulent la frapper. En général donc, nous sommes convaincu que le sel de quinquina peut entrer avec avantage dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde. Mais si quelque chose peut compromettre les services qu'en doit tirer, suivant nous, une pratique mesurée et raisonnée, c'est de le présenter comme l'agent capital de la guérison, c'est de faire d'un simple moyen de traitement un *remède*; c'est-à-dire quelque chose de spécifique, d'approprié à la nature essentielle du mal et suffisant à tout. Pour notre compte, quand nous entendons vanter contre une affection aussi complexe, aussi profonde, aussi fatale dans sa marche, que la fièvre typhoïde confirmée; — même contre une pyrexie plus intense, mais aussi fatale, telle qu'un exanthème fébrile, même encore contre une phlegmasie viscérale, comme la pneumonie, — quand nous entendons vanter contre de tels états morbides un médicament spécial, nous entrons immédiatement en défiance. Une pareille manière de concevoir les problèmes de la thérapeutique est funeste; elle supprime l'indication ; elle ne s'inquiète pas de l'opportunité ; elle joue un vrai jeu de hasard, où le médicament passe à travers les éléments pathologiques comme une boule à travers des quilles, heurtant à l'aveugle ce qu'il faudrait respecter et manquant ce qu'il faudrait toucher. L'exemple des fièvres intermittentes, ou de celles qu'on a appelées *fièvres à quinquina*, a entraîné les esprits dans toutes sortes de spéculations fallacieuses. Oui, le sulfate de quinine est le spécifique de ces fièvres; mais c'est qu'il s'adresse à un élément spécifique aussi, toujours impressionné de la même manière, s'il est simple, par les mêmes médicaments ; élément indéterminé dans sa nature, mais dont l'existence est démontrée par le fait même de l'action thérapeutique. Aussi, cette action est-elle si puissante et ordinairement si rapide, qu'elle est susceptible de la démonstration expérimentale la plus péremptoire. Mais tout ce qui peut s'adjoindre à la fièvre périodique, sans en découler plus ou moins directement comme l'effet découle de la cause, disparaît-il devant le sulfate de quinine? Non, assurément. On ne guérit pas avec le quinquina la phthisie pulmonaire, parce qu'on coupe les accès réguliers de fièvre qui la traversent souvent ; on ne conjure pas la terminaison fatale de cette affection sur laquelle nous appelons depuis quelque temps, et aujourd'hui encore, l'attention de nos lecteurs, de la leucocythémie splénique, parce qu'on parvient quelquefois à enchaîner les accès de frissons. Bien plus, dans ces deux cas et dans beaucoup d'autres analogues, le quinquina est le plus souvent impuissant, même contre l'intermittence.

Or, à l'égard de la fièvre typhoïde, ni les symptômes, quoi qu'on en ait pu dire, ni les inductions étiologiques, ni l'expérience thérapeutique, ne déposent sérieusement en faveur de l'emploi du sulfate de quinine comme spécifique.

Les accès fébriles, liés sans doute au travail morbide qui s'établit du côté de la rate, même avant que celle-ci se gonfle, sont comparables précisément aux frissons de la leucocythémie et aussi réfractaires au quinquina.

L'opinion qui attribue à la fièvre typhoïde une origine miasmatique est, ou une hypothèse gratuite, ou une généralité inconsistante et sans application possible ; — hypothèse, ou pourrait dire erreur, si l'on assimile ces effluves à ceux qui produisent la fièvre palustre, car la différence manifeste des résultats thérapeutiques atteste une différence de nature dans la maladie, — assertion vague, si l'on entend parler de miasmes quelconques ; car il faut que ces miasmes aient le caractère des précédents pour créer l'indication du sulfate de quinine. C'est notre conviction, il est vrai, que, dans un même milieu, les agents morbides se transforment, se modifient, et, en changeant de caractère ou de degré, peuvent donner naissance tour à tour à des affections extérieurement dissemblables. Les épidémies de choléra, les endémies d'Afrique, ce qui se passe actuellement en Orient, ont fourni à cet égard de précieux enseignements. Typhus, fièvre ty-

---

parussent comme fixés au bureau par un bandage amidonné. Il fit, en conséquence, une opposition directe à la réélection. Que s'était-il passé? d'où venait ce revirement? Il s'était passé que, peu de temps auparavant, M. Vleminckx avait été nommé membre associé de l'Académie de médecine de Paris, honneur après lequel plusieurs de ses collègues soupiraient vainement; *item*, que le même Vleminckx avait été à cette occasion, dans quelques journaux de médecine français, l'objet d'éloges malséants, désagréables, intolérables, mérités en un mot. Ceux qui connaissent un peu le ménage de là-bas savent que, à partir de ce moment, une animosité sourde s'insinua et se tapit dans un coin de l'Académie, attendant l'occasion de faire son coup. Cette première tentative de 1853 échoua pauvrement; la réélection fut plus triomphante que jamais. Mais la guerre était dénoncée ; il fallait bien dès lors la poursuivre ouvertement, en face des adversaires qu'on s'était créés. Ce n'était pas là chose commode; on était battu à chaque sortie ; battu et pas content, ce qui augmentait les dispositions rageuses. Comment s'y prendre ? La fortune vint offrir un moyen. Le chirurgien en question entra au Sénat. Excellente situation : plus de contradicteurs compétents ; des relations faciles avec les opposants des deux chambres. Dès la législature de 1853-54, dans l'une et l'autre assemblée, de vives attaques sont dirigées contre l'Académie, contre son président. Lui-même, le nouveau sénateur, membre de l'Académie et l'un des plus célèbres, provoque contre la compagnie dont lui et M. Deblock sont au sénat les seuls représentants une sorte de coup d'État; il veut qu'on la mette en demeure, qu'on la contraigne au besoin, de modifier ses statuts à l'endroit de la rééligibilité du président, ses statuts dont elle a été jusqu'ici maîtresse ; il se permet les insinuations les plus graves contre la gestion financière, et n'a pas de paroles assez dures contre la mesquine indemnité attachée à la présidence.

Cette fois le gouvernement défendit avec chaleur hommes et choses; il promit de porter son attention sur les articles relatifs à l'élection présidentielle et sur la question des fonds. L'Académie fut consultée. Celle-ci qui déjà, dans la séance de 24 février 1854, avait protesté *à l'unanimité* contre « une intrigue déloyale », ré-

phoïde, choléra, dysentérie, se mêlant, se succédant dans un même lieu, dans des circonstances, sinon semblables, du moins analogues, attestent la filiation étroite dont nous parlons; mais filiation n'est pas identité, et il n'y a aucune raison de croire que le même remède restera invariablement approprié à ces diverses transformations morbides.

Enfin, les expériences relatées jusqu'ici en faveur de la médication quinique dans la fièvre typhoïde sont très loin d'être péremptoires. Nous nous sommes donné la peine autrefois de compulser les observations alléguées par les partisans les plus décidés de ce mode de traitement, et nous sommes convaincu que beaucoup d'entre elles se rapportaient à de simples fièvres muqueuses qui guérissent aisément, et que, dans les autres, la médication quinique n'avait aucunement fait preuve de spécificité curative.

Toutes ces remarques nous sont suggérées par le rapport qu'a lu M. Blache à la dernière séance de l'Académie de médecine. L'auteur du mémoire ne s'était pas assez pénétré des conditions nécessaires à une vraie démonstration expérimentale en matière de thérapeutique. Ainsi que l'a montré clairement le rapporteur (voy. p. 263), les cas mis en expérience étaient en général bénins; la maladie a duré en réalité plus longtemps que ne l'avait fait supposer une application vicieuse de la statistique; enfin un total de 14 expériences est tout à fait insuffisant dans une question aussi difficile et aussi grave.

Néanmoins, et nous tenons à cette réserve que nous avons toujours faite dans nos appréciations sur ce sujet, l'emploi de la médication quinique a fréquemment amendé les symptômes généraux, et a pu, par là, contribuer à une heureuse terminaison; car il est évident qu'en modérant l'expression phénoménale de la maladie, on diminue les chances d'accident. C'est, nous le répétons, à surprendre les indications et à les bien remplir que doit s'appliquer le praticien, s'il veut faire, dans l'espèce, une bonne et profitable application de la médication quinique. Nous avons dit, dans l'article rappelé plus haut, ce que l'expérience nous avait appris à cet égard.

— Outre le rapport de M. Blache, nous signalons à l'attention du lecteur le rapport commencé de M. Bouvier sur les applications médicales de l'électricité, et une communication de M. Boinet relative à la ponction des kystes de l'ovaire. M. Boinet critique le procédé récemment proposé par M. Barth, et en propose un nouveau.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, OU DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT DANS UNE AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS, par M. le docteur E. Vidal, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique.

Suite et fin. — Voir le t. III, n°s 7, 10, 12 et 14.

Altérations du sang. — I. *Altérations du sang pendant la vie.* — Le sang a été examiné pendant la vie, à des périodes plus ou moins avancées, chez dix-sept malades; chez quelques-uns, cet examen a été répété à plusieurs reprises et à d'assez longs intervalles. Une petite saignée, une piqûre de lancette comme pour une saignée blanche, une piqûre d'aiguille au bout du doigt, sont les moyens employés pour obtenir les quelques gouttes de sang nécessaires à l'étude microscopique; le dernier moyen est très simple, n'effraie pas autant les malades que la lancette, et peut être réitéré aussi souvent que l'on veut; c'est celui que nous préférons.

A sa sortie de la veine, le sang est généralement trouble, d'un rouge jaunâtre; en se coagulant, il prend une teinte plus foncée, d'un brun tirant sur la couleur chocolat. Le sang des hémorrhagies nasales ou dentaires présente des caractères analogues.

Dans l'observation de Vogel, nous voyons que le sang tiré de la veine fut séparé en deux portions. La première fut défibrinée. Au bout de quatre heures, elle était surnagée d'une crème blanchâtre. Après vingt-quatre heures de repos, elle se divisait en deux couches, la supérieure d'un blanc laiteux, l'inférieure d'un rouge brun. La seconde partie se coagula comme un sang normal; le caillot se recouvrit d'une couche blanchâtre granuleuse. Le sérum était abondant, clair et limpide. Cette couche d'un blanc laiteux était formée par l'agglomération des globules blancs.

Dans notre deuxième observation, le sang extrait pendant la vie d'une tumeur sanguine de la région axillaire présentait un aspect remarquable, qui se rapproche de ce qu'on trouve souvent dans les grosses veines des leucocythémiques. Après quelques heures de repos, il formait une espèce de bouillie couleur acajou foncé, grumeleuse, et contenant une grande quantité de coagulations blanchâtres.

---

pondit au ministre, par 28 ou 30 voix contre 3 ou 4 (si notre mémoire nous sert bien), qu'elle tenait à la réélection présidentielle, que son budget était administré de la manière la plus satisfaisante, et qu'elle n'avait rien à changer à ses statuts ni à son règlement. Cette décision dont la date est du mois de mai 1855, fut communiquée au ministre, qui ne fit aucune réponse.

Les choses en étaient là, quand le mois dernier, à l'occasion de la discussion du budget de l'intérieur, se produisirent au sein du Sénat les attaques qui viennent d'amener le retrait du bureau. Ces attaques contre une institution des plus utiles et des plus considérées, contre un homme qui a rendu à la médecine, civile et militaire, de signalés services, sont sévèrement qualifiés, non pas seulement par la presse médicale du pays, mais encore par l'Indépendance belge, qui y revient à deux fois. Le ministre, dans cette circonstance, a plus nui à l'Académie par les tièdes paroles qu'il a prononcées, qu'il n'eût fait par un silence absolu. Il a d'ailleurs suffisamment fait entendre qu'il saurait obtenir de l'Académie ce qu'elle a si péremptoirement refusé.

Telle est cette grosse affaire. Elle valait la peine, cher confrère, de vous être racontée, principalement parce qu'elle implique des questions qui intéressent la dignité et l'organisation des académies de tous les pays. Vous le savez bien; les corps savants sont rarement les enfants gâtés de l'État. Leur existence est à peine garantie; un caprice du budget peut les mettre d'un jour à l'autre sur le pavé. Les académies de médecine notamment, et, plus particulièrement encore, celle de Belgique, qui n'est pas ancienne, ne sont pas les plus solides des sociétés savantes officielles, bien que ce soient celles qui rendent le plus de services directs au gouvernement. Mais précisément parce qu'elles ont été instituées dans un but d'*utilité*, précisément parce qu'elles sont des conseils, des espèces de corps consultatifs, elles sont d'autant plus exposées à s'entendre dire qu'elles ne remplissent pas leur objet, et à se voir remplacées par d'autres rouages. C'est donc un acte grave de la part d'un membre qui a l'honneur d'appartenir à une telle institution, que de venir ainsi l'ébranler de ses mains, sans motifs sérieux ni même avouables, et d'exciter la puissance ministérielle

En examinant au microscope une goutte de sang d'un sujet atteint de leucocythémie splénique, on trouve les globules blancs du sang ou, suivant l'expression de M. Ch. Robin, les *leucocytes* augmentés en nombre dans une proportion souvent considérable. Ainsi, au lieu d'en trouver, comme dans le sang normal, 1 pour 200 ou 300 globules rouges, on en voit souvent un tiers ou moitié ; et quelquefois même, dans certaines portions d'une même préparation microscopique, ils semblent agglomérés et sont plus nombreux que les globules rouges. En général, la moyenne de cette augmentation est de 25 à 30 globules blancs pour 100 globules rouges.

Dans l'examen du sang normal, les globules rouges s'empilent et les globules blancs se trouvent à la périphérie ; ce qui, dans certains cas, suivant le docteur Woillez, pourrait être une cause d'erreur. Il donne un moyen facile de l'éviter en ne soumettant à l'examen que le sérum.

Dans la leucocythémie splénique, les globules blancs envahissent en grand nombre le champ du microscope, restent fixes entre les deux lames de verre au milieu des globules rouges qui circulent autour et tendent à se réunir en piles. Ces globules, blancs ou leucocytes, se présentent sous deux formes: 1° Les uns, finement granuleux, sphériques, ressemblent à ceux qu'on trouve chez l'adulte à l'état normal, mais sont plus volumineux ; l'eau les gonfle ; l'acide acétique contracte les granulations en amas d'un jaune rougeâtre, en forme de noyaux, au nombre de deux, de trois, de quatre, rarement de cinq, disposés en triangle, en carré, et le plus souvent en croissant ou en fer à cheval. 2° Les autres contiennent un ou deux, plus rarement trois ou quatre noyaux ronds ou ovales, que l'acide acétique rend plus évidents et teinte en jaune rougeâtre. Cette variété, suivant MM. Ch. Robin et Charcot, ne se rencontrerait à l'état normal que chez l'embryon.

Le volume de ces leucocytes varie entre 0,010 et 0,014 de millimètre. Dans les deux variétés, on voit parfois des cellules se déformer spontanément en donnant lieu à des expansions sarcodiques, puis reprendre la forme sphérique.

D'après ce que nous avons pu observer, nous ne croyons pas que ces deux formes, sous lesquelles se présentent les globules blancs, constituent deux variétés distinctes. Nous pensons qu'il n'y a qu'une espèce de globules blancs, et que la différence d'aspect tient à l'épaisseur plus ou moins grande de la couche granuleuse. Plus épaisse dans le premier cas, elle masque les noyaux ; et plus mince dans le second cas, elle les laisse apparaître. L'action des réactifs dissout l'enveloppe des premiers, rend les noyaux apparents, et l'on ne voit plus alors qu'une seule forme.

Outre ces globules blancs, on trouve des noyaux isolés, se montrant parfois en très grand nombre, adhérents aux lames du verre et restant fixes comme les leucocytes, ayant un diamètre de 0,005 à 0,003 de millimètre, identiques par leur aspect et par l'action des réactifs avec les globulins du sang et de la lymphe ; mais au lieu d'en rencontrer, comme dans le sang normal, deux ou trois dans le champ du microscope, on en rencontre un nombre considérable.

Dans la leucocythémie splénique, l'augmentation porte sur les globules blancs, et l'on rencontre les deux formes de leucocytes.

Dans la leucocythémie lymphatique, les globulins identiques avec ceux de la lymphe se trouvent dans le sang en grande quantité, et parfois dans un rapport de 2 : 3 avec le nombre des globules rouges.

Dans certains cas, l'hypertrophie morbide portant à la fois sur la rate et sur les autres glandes lymphatiques, il y a sur le même sujet réunion et mélange des deux formes de leucocythémie, et, dans le sang, on trouve à la fois augmentation considérable du nombre des globules blancs et augmentation considérable du nombre des globulins.

Par leurs caractères physiques, les globules blancs du sang leucocythémique ressemblent tellement aux globules du pus que les observateurs les plus habiles et les plus judicieux ont pu s'y tromper et croire avoir affaire à un sang contenant du pus, alors qu'ils se trouvaient en présence d'un sang leucocythémique. Peut-on distinguer les globules blancs des globules de pus? Je ne crois pas qu'aujourd'hui la question soit plus avancée qu'en 1844, lorsque M. Donné (*Cours de microscopie complémentaire des études médicales*, 1844, p. 196, 198), n'ignorant pas que, dans certains états morbides, comme par exemple, dans le fait recueilli par M. Barth, les globules blancs peuvent augmenter dans une proportion considérable, écrivait les lignes suivantes :

« Les globules blancs du sang ont une structure et une composition, des caractères physiques et chimiques tellement semblables aux caractères physiques et chimiques des globules purulents, qu'il me paraît jusqu'ici impossible de les distinguer les uns des autres. Ce problème est d'autant plus difficile, si ce n'est insoluble, que les globules blancs du sang, indépendamment de leur similitude avec les globules de pus, peuvent se présenter en si grand nombre par suite de certains phénomènes morbides, qu'il semblerait que des glo-

contre une majorité énorme, au profit de trois ou quatre mécontents.

Dans le fond, pour juger sainement les deux questions qui ont servi de prétexte à l'attaque, il importe de pas oublier la constitution spéciale de l'Académie de médecine de Belgique.

En France, l'ordonnance de création qualifie textuellement le président de *temporaire*, et rejette, sinon en termes exprès, du moins en esprit, la rééligibilité. Mais cette disposition était nécessaire en présence de celle qui institue, à côté de la présidence annuelle, une présidence *perpétuelle*, qui est dévolue, de droit, au premier médecin du souverain. On voulait ainsi jouir du double avantage de la fixité, qui conserve les traditions, et du roulement, qui ouvre la chance aux capacités. En Belgique, où il n'y a pas de président de droit, on a jugé qu'il serait bon que les affaires de l'Académie ne changeassent pas de main tous les douze mois. On a, en premier lieu, porté à trois ans la durée de la présidence et même du bureau tout entier, et, de plus, on a ~~admis le~~ principe de la rééligibilité, afin que, si un président venait à se distinguer par une bonne conduite des affaires et des travaux, on ne fût pas obligé de se priver de cet avantage. Une raison particulière d'y tenir est encore la disposition qui en Belgique, à la différence de ce qui existe chez nous, attribue au bureau la *gestion administrative et financière de l'Académie*. Un tel service, pour bien fonctionner, veut de la suite, de l'habitude, de l'application. Cela est reconnu et établi même à Paris, où l'on a eu soin d'introduire dans le *conseil d'administration* des éléments permanents, qui sont représentés par le secrétaire perpétuel, le trésorier, l'ancien secrétaire du conseil et le doyen de la Faculté de médecine. Voilà pourquoi il était utile que le président de l'Académie belge pût être réélu. L'Académie a usé de cette faculté : c'était pour son bien apparemment, puisqu'elle y a persisté pendant une longue suite d'années et qu'elle ne veut pas s'en départir. Ce que nous voyons en France est-il de nature à faire tort au principe? Depuis que le président perpétuel a été supprimé de fait, le fauteuil est devenu comme un banc placé le long de la grand'route pour l'agrément des voyageurs. Chacun y vient s'asseoir à son tour. La Compagnie a le plaisir de voir se succéder des présidents de toutes dimensions, de grands, de petits; de gras, de maigres;

bules étrangers se sont introduits dans le sang, et que l'on ne saurait attribuer leur présence à une autre cause qu'au mélange du pus.....

» ..... Dans certains cas, j'ai trouvé dans le sang un si grand nombre de globules blancs si parfaitement comparables aux globules purulents, qu'il m'était impossible de les en distinguer, et que j'aurais cru avoir affaire à un cas de résorption purulente, si l'ensemble des symptômes morbides et l'examen cadavérique ultérieur ne m'eussent forcé de rejeter entièrement cette idée..... J'ai plusieurs fois rencontré dans le sang de malades des proportions considérables de globules ayant tous les caractères de globules de pus, et que j'aurais infailliblement considérés comme tels si je n'avais pas connu, d'une part, la grande analogie de structure et de forme des globules purulents avec les globules blancs du sang, et, de l'autre, si la nature de la maladie et l'autopsie n'avaient pas éloigné toute idée de pus circulant dans le sang.

» L'analogie devient encore plus frappante entre les globules blancs et les globules purulents, lorsqu'on examine le sang altéré par son séjour en dehors des vaisseaux ou par un commencement de putréfaction cadavérique; on trouve alors les globules blancs réunis en masse et par plaques, et simulant à un si haut point la matière purulente, qu'il faut être averti par une expérience répétée pour ne pas se laisser aller à l'illusion la plus complète. »

M. Ch. Robin, dans l'*Examen comparatif des taches de sang, de rouille*, etc., page 786 du *Manuel de médecine légale* de Briand, Chaudé et Gaultier de Claubry (5e édition, 1852), donne la réaction par l'acide acétique comme établissant des caractères distinctifs entre les globules blancs du sang et les globules du pus. Suivant cet habile micrographe, l'acide acétique fait apparaître dans les globules blancs des noyaux colorés en jaune un peu rouge, tandis qu'il gonfle et dissout les globules de pus.

Nous avons examiné comparativement des globules blancs du sang de leucocythémique et des globules de pus, nous les avons soumis à la réaction par l'eau distillée, par l'acide acétique et par l'ammoniaque : globules blancs et globules de pus se sont comportés absolument de la même manière. Non-seulement nous croyons que jusqu'à ce jour il n'y a pas de caractère distinctif, mais nous sommes arrivé à formuler les hypothèses suivantes : Les globules blancs du sang, les globules de pus, de mucus, ne sont qu'une même espèce de globules ; — ce qu'on a décrit comme globule du pus et du mucus n'est pas autre chose que le globule blanc du sang ; — ainsi les globules blancs du sang seraient un des éléments constitutifs du pus, ce qui nous rapprocherait de l'opinion des anciens sur la question de la pyogénie; et nous ne serions pas étonné si le microscope venait démontrer un jour que tous les éléments du pus sont des éléments homœomorphes, contrairement à la doctrine le plus généralement acceptée à notre époque.

Chez quelques malades, le sang a été examiné à différentes reprises, à des époques plus ou moins éloignées, et l'on a constaté une augmentation dans le nombre des globules blancs en rapport avec les progrès de la maladie. (Voyez obs. VI.)

Analyse chimique. — D'après six analyses complètes du sang et quelques documents moins détaillés ne portant que la proportion d'un ou deux éléments, nous trouvons :

1° Diminution dans la densité du sang, dont la pesanteur spécifique oscille entre 1036 et 1049; le chiffre normal étant pour l'homme de 1060 et pour la femme de 1057,5, d'après MM. Becquerel et Rodier.

2° Densité du sérum à peu près la même qu'à l'état normal, en prenant pour terme de comparaison 1026,9.

3° Augmentation très variable de la fibrine; au lieu de 2 à 3 pour 1000 que MM. Becquerel et Rodier prennent pour limites de la moyenne physiologique, nous trouvons les chiffres suivants : 2,3 — 3,2 — 4,2 — 4,46 — 5 — 6 — 7,08. Ainsi, à l'exception du premier cas, il y avait augmentation, et dans les derniers cas cette augmentation est aussi considérable que dans les phlegmasies.

4° Diminution considérable des globules, qui peut aller jusqu'à près de moitié.

5° Diminution de l'albumine, comme dans les cachexies qui s'accompagnent d'infiltration séreuse ; cette diminution peut être de près de moitié.

6° Diminution dans la proportion du fer.

7° Augmentation de l'eau ; ses proportions sont comprises entre 820 et 881.

Ainsi, au point de vue de l'analyse chimique, le sang éprouve des modifications analogues à celles qui se rencontrent dans la plupart des cachexies ; et en effet les symptômes observés pendant la vie, les infiltrations séreuses, les hémorrhagies, sont bien des phénomènes de cachexie.

2° *Altérations du sang après la mort.* — Le sang contenu dans les vaisseaux, et surtout celui que renferment les grosses veines du tronc, les cavités droites du cœur, les sinus de la dure-mère, se présente sous un aspect remarquable qui

---

de vieux, de jeunes ; en est-elle mieux dirigée ? C'est une question qu'on peut poser.

Quant à l'indemnité pour le président, indemnité accordée depuis la fondation par tous les budgets belges, elle se justifie en partie par les dispositions précédentes, et en partie par l'organisation du corps. Les membres titulaires sont répandus *dans toutes les provinces ;* le président lui-même peut habiter loin de Bruxelles. Or, étant, aux termes des statuts, le *directeur effectif de l'Académie*, et cumulant, comme nous l'avons dit, la direction des travaux avec celle des affaires, il est nécessairement entraîné à des sacrifices notables de temps et d'argent. Et puisque les simples membres reçoivent, pour frais de déplacement, de 6 à 24 francs par séance, suivant la distance qu'ils ont à parcourir, pourquoi le président ne recevrait-il pas une indemnité proportionnelle ? Plusieurs de ceux qui la critiquent ne sont même pas conséquents. Le promoteur du mouvement, par exemple, est membre de la commission médicale du Brabant ; à ce titre, il lui revient une indemnité annuelle de 200 fr. La laisse-t-il dans la caisse de l'État? Nous ne l'avons pas entendu dire.

— De l'Académie de médecine de Belgique on peut passer sans transition à la Société médicale d'Athènes ; car celle-ci, subventionnée également par l'État, a eu, dès l'origine, le caractère d'une institution d'utilité publique. Or, sans avoir vu, comme le poëte, *fleurir les bords de l'Ilissus*, ou *sur l'Hymette éveillé les abeilles*, on peut s'intéresser à l'œuvre de régénération de la médecine sur le sol qui a porté les Asclépiades. Malheureusement, la Société hellénique, elle aussi, a été ruinée, ravagée par la dissension ; et comme elle est plus jeune et moins vigoureusement constituée que sa sœur de Belgique, elle est arrivée à un état pitoyable de délabrement. Elle ne se réunit même plus, au dire de l'ABEILLE MÉDICALE D'ATHÈNES. Le rédacteur en chef de ce journal, M. Goudas, qui, dans le cahier d'octobre, s'était permis de signaler des actes de l'autorité peu faits pour réchauffer le zèle scientifique et la moralité professionnelle, — la destitution du professeur Leukias, l'un des fondateurs et président de la Société, et son remplacement par un médecin qui n'est pas monté dans la chaire depuis huit ans, — un confrère qui avait subi plusieurs fois la peine de l'emprisonnement

a attiré l'attention des observateurs et provoqué les premières recherches sur la maladie.

Dans onze observations, et dans toutes les autopsies faites en France, nous trouvons mentionné l'état du sang. Sa couleur varie du rouge brique à la couleur brun foncé : cette couleur est souvent comparée à celle du chocolat. Tantôt il se présente sous forme de caillots mous, remplissant les vaisseaux, qui sont souvent dilatés, mais dont les parois ne sont jamais altérées. Ces caillots ne sont pas adhérents, et diffèrent complétement de ceux que l'on rencontre dans la phlébite; ils sont brunâtres, mélangés de coagulations jaunâtres ou d'un jaune grisâtre, qui, au premier abord, pourraient en imposer pour du pus concret ; d'autres fois ces coagulations sont d'un gris rosé ou violet : c'est surtout sur les bords que l'on remarque cette coloration, due probablement à une imbibition par la matière colorante du sang. Tantôt on trouve le sang mi-fluide, couleur chocolat, trouble, grumeleux, rappelant par son aspect la boue splénique, et contenant une énorme quantité de grumeaux blanchâtres ou jaunâtres, les uns corpuscules presque imperceptibles, les autres variant depuis le volume d'un grain de semoule jusqu'à celui d'un gros pois.

Parfois encore, le sang est fluide, contenant des caillots blanchâtres ou d'un blanc jaunâtre, mous, presque diffluents, s'écrasant, à la moindre pression, en un détritus semblable à un pus crémeux. C'est surtout dans les cavités droites du cœur qu'il se présente sous ces apparences. Il n'est pas rare de trouver dans le cœur le sang coagulé en deux couches, l'une supérieure blanchâtre, l'inférieure d'un brun foncé.

Ces coagulations blanchâtres, ces dépôts d'aspect purulent sont constitués presque exclusivement par des globules blancs mêlés à de la fibrine.

L'examen microscopique fournit les mêmes résultats que pour le sang pris sur le vivant, c'est-à-dire que l'on trouve un nombre considérable de globules blancs ayant les mêmes caractères que ceux que nous avons précédemment décrits, en parlant des altérations du sang pendant la vie. On trouve dans les vaisseaux de la rate et dans toutes les veines du système de la veine porte une proportion de globules blancs de beaucoup plus considérable que dans les autres vaisseaux. Cette différence s'explique par ce fait physiologique : c'est qu'à l'état normal les globules blancs sont en bien plus grand nombre dans le système de la veine porte que dans les autres organes de la circulation.

Dans l'observation rapportée par le docteur Charcot, l'examen fait par cet habile observateur et par M. Ch. Robin montra, dans le sang recueilli dans le ventricule droit, une grande quantité de cristaux lozangiques fort réguliers et colorés en jaune rougeâtre. Nous pensons que ces cristaux étaient formé par de l'hématoïdine, et analogues à ceux que M. Virchow a rencontrés dans les épanchements sanguins de toutes les régions de l'économie, et surtout dans les foyers d'apoplexie cérébrale. On pourrait aussi rapprocher de ces cristaux ceux que M. Kölliker (*Cyclopedia of Anatomy*, t. IV, p. 172) a trouvés dans la veine splénique de plusieurs poissons, et qu'il croit formés par de l'hématoïdine.

Nature de la maladie. — Nous nous sommes étendu longuement sur les symptômes et les caractères cliniques de la leucocythémie splénique, et nous croyons avoir fait ressortir les traits les plus importants pour le diagnostic de cette affection. Dans ce chapitre nous ne chercherons pas, à l'exemple de M. Virchow et de M. Bennett, à édifier une théorie sur la nature intime de la leucocythémie, considérée dans la relation qui peut exister entre l'altération du sang et l'altération des solides. Envisageant la question d'un point de vue moins élevé, nous chercherons à établir que la leucocythémie est une diathèse spéciale, une entité morbide qui doit être rangée dans la classe des cachexies, et que l'augmentation des globules blancs dans une proportion considérable est, avec l'hypertrophie de la rate ou des autres glandes *vasculaires* (1), le caractère fondamental de cette cachexie.

Peut-il y avoir augmentation du nombre des globules blancs en dehors de la leucocythémie ? — Quelle est la proportion des globules blancs dans cette cachexie ? — Telles sont les deux premières questions qui viennent à l'esprit, et auxquelles nous devons chercher à répondre.

A l'état physiologique, le nombre des globules blancs varie dans son rapport avec celui des globules rouges, non-seulement suivant l'âge et le sexe, mais encore, chez le même individu, sous diverses influences, par exemple pendant la digestion, pendant les règles, pendant la grossesse, etc.

Suivant les recherches de J. Moleschott (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1854, p. 113) sur l'état du sang dans les principales conditions physiologiques, le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges serait :

Chez l'enfant.........	::	1	: 226
Chez l'homme adulte...	::	1	: 346
Chez la femme adulte...	::	1	: 389
Pendant les règles......	::	1	: 247

(1) Sous le nom de glandes vasculaires, ou glandes sans conduits excréteurs, nous comprenons, avec M. Ch. Robin, la rate, les ganglions lymphatiques, le thymus, la glande thyroïde, les capsules surrénales et les plaques de Peyer.

pour outrages à la religion et à la morale, nommé, bientôt après, inspecteur de la salubrité publique, etc...., — M. Goudas, disons-nous, qui avait par cet article attiré sur lui l'animadversion du médecin du roi et de la cour (M. le docteur Bouros), s'est vu supprimer une allocation de quelques mille drachmes que lui allouait le gouvernement pour la publication, dans son journal, des débats et ordonnances concernant l'hygiène et la salubrité publiques. Le tableau qu'il trace de l'apathie où est tombée la médecine grecque, et surtout de ce qui cause cette apathie, c'est-à-dire du peu de protection accordé aux hommes et aux travaux sérieux par ceux qui disposent des faveurs publiques, est vraiment décourageant. Un des exemples qu'il allègue en faveur de sa thèse nous touche sensiblement, et vous touchera aussi sans doute, lecteurs de la Gazette : « A peine, dit-il, M. Briau avait-il traduit Paul d'Égine, que l'Académie de médecine le choisissait pour son bibliothécaire. En Grèce, on aurait eu hâte de l'évincer. » Nous aimons à n'en rien croire.

— Et afin que cette parole soit accomplie : *L'inimitié croîtra parmi les enfants des hommes*, voilà qu'en France aussi, dans une de ses cités les plus considérables, nos confrères se troublent et se divisent. On lit ce qui suit dans l'*Union médicale de la Gironde* :

« Il est des actes qui portent en eux-mêmes leur châtiment. Une lettre anonyme est venue dernièrement, dans les journaux politiques, insulter les médecins de Bordeaux, et prêter au corps médical tout entier des idées étroites, des instincts égoïstes, une jalousie méchante et haineuse. Un peu d'esprit n'a pu épargner à cette lettre le mépris de l'opinion ; et les médecins n'ont pas voulu croire qu'un des leurs eût consenti gratuitement à salir sa plume dans de calomnieuses insinuations.

» Le corps médical de Bordeaux était loin de s'attendre à de pareilles injures, lorsqu'il y a quelques mois à peine, à l'occasion de la mort d'un de ses enfants tombé au champ d'honneur, il entendait les autorités de notre ville, le premier magistrat de la Gironde et les préfets des départements voisins, lui apporter, en de précieuses et sympathiques paroles, un témoignage d'estime et de gratitude.

» Le légitime orgueil que les médecins puisent en eux et dans les nobles sympathies qu'ils sont accoutumés à rencontrer, de lâches insinuations ne sauraient l'atteindre ; — car, ainsi que l'a dit M. de Falloux, l'injure et

On voit, d'après ces moyennes obtenues par l'examen microscopique du sang de plus de 50 sujets, que la proportion des globules blancs est normalement plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, et qu'elle s'élève temporairement pendant la menstruation.

Quelques différences dans ces proportions ne constituent pas plus la leucocythémie, que l'albumine qui se rencontrera accidentellement dans l'urine à la suite de l'application d'un vésicatoire, au début d'un choléra, etc., ne constitue la diathèse albuminurique. C'est ainsi que l'augmentation peu considérable et passagère du nombre des globules blancs qui a été constatée dans des phlegmasies, dans des fièvres puerpérales, dans des fièvres typhoïdes, ne doit pas être attribuée à la dyscrasie leucocythémique.

Pour qu'il y ait altération leucocythémique du sang, il faut que la proportion des globules blancs soit considérable. Les chiffres minimum jusqu'à ce jour ont été donnés par de Pury, et les proportions comme 1 est à 7, à 12, à 19 et à 21 sont encore très considérables par rapport à l'état physiologique. M. Virchow donne comme rapport moyen la proportion de 25 à 30 globules blancs pour 100 globules rouges. Mais cette proportion augmente en approchant de la période ultime; on constate souvent des rapports comme 1 : 2, comme 2 : 3; chez le sujet de l'observation VI, nous avons trouvé le rapport comme 1 est à 1, et dans certaines préparations microscopiques le nombre des globules blancs l'emportait sur celui des globules rouges. La dyscrasie leucocythémique, c'est-à-dire l'altération du sang par une augmentation considérable des éléments blancs (globules ou globulins), ne s'est montrée jusqu'à ce jour qu'accompagnée de l'hypertrophie de la rate ou de celle des autres glandes vasculaires, ganglions lymphatiques, glande thyroïde, thymus, etc. Cette altération du sang, qui semble intimement liée et consécutive à l'altération des solides, ne pourrait-elle pas se rencontrer dans d'autres circonstances pathologiques, en dehors de l'hypertrophie des glandes vasculaires? Pour juger cette question il faudrait faire l'examen microscopique du sang dans la plupart des maladies aiguës et chroniques, et entreprendre des recherches probablement aussi étendues que celles auxquelles a donné lieu dans ces dernières années la grande question de l'albuminurie. On trouvera peut-être des gradations insensibles, pour la quantité des globules blancs contenus dans le sang, depuis l'état normal jusqu'à l'état leucocythémique le plus prononcé, comme on en a trouvé pour la quantité de l'albumine contenue dans les urines; mais de ce qu'on a rencontré l'albuminurie dans un grand nombre de circonstances pathologiques, à la suite d'un vésicatoire, dans le début du choléra, dans l'éclampsie, dans l'angine couenneuse, etc., on ne peut conclure que la diathèse albuminurique n'existe pas, et que la maladie de Bright, caractérisée par une altération des liquides et une lésion spéciale des reins, ne doit pas être regardée comme une maladie. De même de ce que, dans certains états physiologiques et pathologiques, le nombre des globules blancs peut augmenter, il ne s'ensuit pas qu'on doive, en lui refusant le titre de maladie, rejeter hors du cadre nosologique la cachexie leucocythémique, et surtout la leucocythémie splénique caractérisée par une augmentation considérable des globules blancs (dépassant en minimum le rapport de 1 globule blanc à 21 globules rouges), et par une altération des solides telle que l'hypertrophie avec induration de la rate, accompagnée souvent du gonflement du foie, des ganglions lymphatiques ou des autres glandes vasculaires.

En analysant les travaux de M. Virchow, nous avons vu qu'il regarde l'altération du sang comme une conséquence de l'altération des solides; telle est aussi l'opinion de M. Bennett. Tous deux s'accordent à regarder les glandes lymphatiques, — et sous ce nom ils comprennent la rate, la glande thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, les ganglions lymphatiques, — comme des organes d'hématose; mais leurs théories sont diamétralement opposées en ce qui touche le mode d'action de ces organes. Le professeur de Würtzburg, admettant comme prémisse physiologique que la rate et les autres glandes lymphatiques sont destinées à détruire les globules rouges, voit dans la leucémie une destruction plus rapide et plus active par le fait d'une altération spéciale, dont l'hypertrophie est un des phénomènes, hypertrophie qui doit donner à ces organes une puissance d'action proportionnée à leur volume. La destruction ne portant que sur les globules rouges, plus les glandes lymphatiques seront hypertrophiées, plus leur action sera puissante et plus la proportion des globules blancs augmentera.

Le physiologiste d'Édimbourg admet comme donnée physiologique que la rate et les autres glandes lymphatiques forment les globules du sang, les engendrent à l'état de cellules incolores ou globules blancs, qui se modifient et se colorent dans d'autres parties du système circulatoire pour former les globules rouges. Sous l'influence de l'hypertrophie et de l'état morbide de ces glandes, leur action augmentant proportionnellement au volume qu'elles acquièrent, les globules

---

l'éloge suivent la loi de la chute des corps. — Consolons-nous donc, car si l'éloge tombe de haut, il n'en est pas de même de l'injure. »

D'un autre côté, l'*Union médicale* annonçait samedi dernier que, par suite de dissensions intestines, une grande partie des membres de la *Société de médecine de Bordeaux* avaient donné leur démission. Ainsi donc, *union* sur les drapeaux, zizanie dans les rangs; *l'inter se mordicantes* plus fort que les meilleures résolutions! Nous regretterions vivement, quant à nous, que la Société de médecine de Bordeaux restât démembrée: elle est une de celles qui élèvent le plus haut la médecine des départements.

A. Dechambre.

— Michel Bermingham publia, en 1734, une *Traduction des statuts des docteurs régents de la Faculté de médecine en l'Université de Paris*. Cette version est suivie d'une notice du Collége de médecine de Londres. L'auteur, dans cet ouvrage, nous apprend une anecdote curieuse : c'est que, les maladies vénériennes étant devenues fort communes en Angleterre, sous le règne d'Élisabeth, « cette bonne reine, craignant que ses loyaux sujets ne reçussent quelque dommage en se faisant laver et manier le visage par les mains de ceux qui sont accoutumés de se servir de mercure, défendit aux chirurgiens de raser. Le cardinal Coscia, ajoute Bermingham, vint trouver le pape Benoît XIII, et lui avoua qu'il avait gagné le mal français pour s'être essuyé avec une serviette dont s'était servie une personne entachée de ce mal. Le bon Benoît XIII engageait tout le monde à prendre garde de tomber dans le même cas, et ne manquait pas d'en donner pour exemple le cardinal Coscia. Ce fut pour prévenir semblable accident qu'Élisabeth, reine d'Angleterre, défendit aux chirurgiens de pratiquer la barberie et aux barbiers d'exercer la chirurgie. » Immédiatement après ces mots, on trouve cette *illumination soudaine* : « Quels beaux enfants ne seraient pas issus du mariage de cette princesse avec Sixte-Quint ! » (*Journ. de méd. de Toulouse*, mars 1856.)

— L'administration municipale de la ville de Luchon vient de décider qu'un service spécial pour l'exportation des eaux sulfureuses serait organisé, et elle en a confié la direction à M. Cazac, pharmacien à Toulouse.

blancs sont sécrétés en nombre considérable, et il y a cachexie leucocythémique.

Telles sont en résumé les deux hypothèses. Nous voyons que la base sur laquelle chacune d'elles s'appuie est une théorie physiologique qui est loin d'être démontrée ; et les deux doctrines nous semblent échafaudées, sinon sur un cercle vicieux, au moins sur une pétition de principe. Quelque ingénieuses que soient ces idées spéculatives, elles ne tranchent pas la question; peut-être elles posent plus nettement le problème, mais elles n'en donnent pas la solution. Le dernier mot sur la nature intime de la leucocythémie, sur la relation prochaine qui peut exister entre l'altération des glandes et l'altération du sang, est encore à trouver, et tout aussi inconnu jusqu'à ce jour que celui de la formation du sang, que celui des fonctions de la rate et des autres glandes sans conduits excréteurs, thymus, glande thyroïde, etc.

Nous croyons avec MM. Virchow et Bennett que la maladie débute par les solides, que la rate et les autres glandes vasculaires subissent une lésion spéciale qui se révèle à nos sens par leur hypertrophie, avant que le sang ait subi l'altération caractéristique. Cette hypothèse s'appuie sur deux faits cliniques :

1° Le premier signe par lequel se manifeste la leucocythémie splénique est le développement de la rate; ce phénomène semble être d'abord un accident local sans retentissement sur le reste de l'économie; et, dans le plus grand nombre des cas, il a attiré l'attention des malades au milieu des apparences de la santé, longtemps avant l'apparition d'aucun autre symptôme. Un fait rapporté par M. Bennett (*On Leucocythemia*, p. 128, obs. 36) confirme cette proposition. Un jeune marin, âgé de vingt ans, chez lequel on avait reconnu une tumeur de la rate révélée par une violente douleur plus de quatre ans avant l'entrée à l'hôpital, présentait la plupart des symptômes cliniques de la leucocythémie; mais le sang, examiné à plusieurs reprises, ne montra une exagération de la quantité des globules blancs que trois mois après, et on les vit augmenter progressivement dans le mois suivant. Cette augmentation fut accompagnée d'une aggravation des symptômes généraux.

2° La proportion des globules blancs et les accidents de cachexie augmentent avec les progrès de l'altération des solides.

De nombreux examens du sang faits comparativement dans la plupart des cachexies et en particulier dans la cachexie paludéenne, ont donné des résultats négatifs, et démontré à tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, que l'augmentation considérable du nombre des globules blancs est une altération du sang spéciale à la cachexie leucocythémique. Chez quelques malades, on a trouvé en même temps que la dyscrasie leucocythémique, une diathèse albuminurique ou une diathèse cancéreuse ; on ne peut en tirer qu'une conclusion : c'est que la leucocythémie peut très bien se greffer sur une autre diathèse ou exister simultanément; il y a alors complication ou coïncidence, absolument comme lorsqu'on rencontre, sur un cancéreux ou sur un tuberculeux, des accidents de diathèse albuminurique ou de cachexie paludéenne.

En parlant de l'étiologie, nous avons dit qu'en voyant l'état cachectique du malade et l'énorme développement de la rate, la première idée se porte vers l'existence de fièvres intermittentes antérieures et la probabilité d'une cachexie paludéenne; mais cette circonstance a été très exceptionnelle; sur 32 malades, elle ne s'est rencontrée que cinq fois, chez trois plus de trois ans avant le début de la maladie, chez un quatre mois avant, et chez un seul il y a eu succession immédiate. A-t-on le droit d'en conclure que la leucocythémie splénique n'est qu'une forme de la cachexie paludéenne? Nous ne le pensons pas. En effet, même en admettant l'hypothèse d'une intoxication marématique larvée, agissant chroniquement et d'une manière apyrétique, si l'augmentation considérable des globules blancs du sang était un symptôme de cachexie paludéenne, on devrait retrouver cette altération du sang dans tous les cas d'hypertrophie de la rate succédant à des fièvres intermittentes. Or, dans nombre de cas, le sang a été examiné chez des malades atteints de cachexie paludéenne et il ne présentait pas cette altération.

L'hypertrophie n'est qu'un des caractères d'une lésion organique, et toutes les hypertrophies d'un même organe n'ont pas forcément la même cause, la même nature, et ne donnent pas lieu aux mêmes effets. Vouloir que, dans tous les cas d'hypertrophie de la rate, il y eût leucocythémie, serait regarder comme identiques toutes les maladies de cet organe; si l'on admettait ce principe, contraire aux notions les plus élémentaires d'anatomie pathologique, toutes les altérations des reins devraient donner lieu à l'albuminurie, comme dans la maladie de Bright, ou à la suppuration, comme dans la néphrite aiguë, etc.

Mais tout en pensant que, dans la leucocythémie splénique, il y a une altération spéciale de la rate, nous ne croyons pas qu'il soit irrationnel d'admettre comme causes prédisposantes les modifications que peut subir cet organe dans les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, etc., et même l'influence des causes traumatiques. Les adhérences de la rate, que l'on a constatées dans onze cas sur vingt autopsies, n'indiqueraient-elles pas un état inflammatoire chronique, soit antérieur, et alors ayant pu agir comme cause prédisposante, soit concomitant à l'hypertrophie leucocythémique ?

En restant, autant que possible, sur le terrain des faits cliniques, nous croyons, d'après la méditation attentive des faits que nous avons observés et des travaux publiés jusqu'à ce jour, pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° La *leucocythémie* est une cachexie *spéciale*, une maladie parfaitement caractérisée, par une altération *spéciale* du sang et par une altération *spéciale* des glandes sans conduit excréteur ou glandes *vasculaires* (rate, ganglions lymphatiques, thymus, glande thyroïde, capsules surrénales, plaques de Peyer), et qui a tout aussi bien droit à une place dans le cadre nosologique que la cachexie albuminurique, que la cachexie scorbutique, auprès desquelles elle nous semble devoir se ranger.

2° La *leucocythémie splénique* est caractérisée : 1° par une augmentation considérable du nombre des globules blancs du sang; 2° par une altération morbide spéciale et *hypertrophique* de la *rate*, accompagnée fréquemment d'une altération analogue des autres glandes vasculaires, compliquée le plus souvent d'une hypertrophie du foie. Cette maladie, facilement reconnaissable à sa marche et à ses symptômes, nous paraît être la forme type de la cachexie leucocythémique, comme la maladie de Bright est la forme type de la cachexie albuminurique.

De l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal, par M. Alphonse Milne Edwards.

§ I: — On connaît tous les inconvénients qui peuvent résulter, dans les cas de fractures, de l'immobilité trop prolongée d'un membre. Après que le cal a acquis une solidité suffisante, on voit subsister longtemps encore de la difficulté dans les mouvements, de la faiblesse dans les muscles et une roideur dans l'articulation, quelquefois extrêmement longue à se dissiper. Aussi a-t-on tenté bien des moyens pour remédier à ces inconvénients. On a fait exécuter au membre des mouvements aussitôt que la solidité du cal le permettait. On s'est attaché surtout à perfectionner les appareils contentifs des fractures. Enfin l'idée de faciliter le travail de consolidation par des médicaments pris à l'intérieur paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque même assez éloignée, et probablement parmi les substances qui ont été employées de la sorte se trouve le phosphate de chaux, ou du moins des sels calcaires; mais ici on ne peut rien affirmer. Fabricius de Hilden parle bien d'une pierre qu'il appelle Ostéocolle, et que dans les cas de fractures il donnait réduite en poudre et délayée dans du vin ou de la tisane. La description que Fabricius donne de cette pierre est trop vague et trop obscure pour que l'on puisse rapporter ses succès aux sels calcaires qu'elle devait renfermer ou aux matières goudronneuses qui s'y trouvaient. Cependant, comme on a essayé l'emploi de l'eau de goudron pour hâter le travail de consolidation, et que cette médication a donné des résultats nuls, il nous est permis de présumer que si la pierre ostéocolle avait quelque influence sur la consolidation des fractures, elle la devait à des sels calcaires.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens essayèrent de l'emploi du phosphate de chaux administré à l'intérieur. M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, eut recours à ce moyen, surtout dans les cas de fractures de l'humérus, qui sont quelquefois si longues à se consolider; il prescrivait ce médicament à la dose d'un gramme environ par jour. Les résultats parurent satisfaisants; les consolidations se faisaient bien et rapidement, comme on pourra s'en assurer en jetant les yeux sur les observations ci-jointes. Du vingt-septième au trentième jour, chez la plupart des malades, on pouvait retirer l'appareil; la fracture paraissait entièrement consolidée, et l'on se bornait à faire porter quelques jours encore une écharpe aux malades, tandis que l'on sait que généralement pour qu'un cal ait acquis une solidité suffisante, il faut attendre de trente-cinq à quarante jours.

Mais ici on ne pouvait pas examiner les cals; on ne pouvait juger de leur plus ou moins grande solidité que bien approximativement en essayant d'imprimer au membre des mouvements de latéralité ou d'avant en arrière, et l'expérience montre qu'un cal qui paraît tout à fait rigide lorsqu'il est entouré de parties molles, et qu'il est maintenu par des tendons et des fibres musculaires, peut présenter encore une assez grande flexibilité lorsqu'on l'a mis tout à fait à nu par l'ablation des parties environnantes. Ainsi, d'après les conseils et avec la bienveillante assistance de M. Gosselin, ai-je entrepris quelques recherches à ce sujet sur des lapins et sur des chiens.

Dans ces expériences, je prenais tantôt deux chiens, tantôt deux lapins, à peu près du même âge, du même poids, de la même taille, en un mot, je cherchais à les placer dans les mêmes conditions; je leur fracturais un membre, le bras ou l'avant-bras, d'une manière à peu près identique, puis à l'un je donnais du phosphate de chaux, je continuais de faire suivre à l'autre son régime ordinaire. Quand on expérimentait sur des chiens, il suffisait de priver complétement d'os l'un d'eux, tandis qu'on en donnait abondamment à l'autre. Quand on opérait sur des lapins, on saupoudrait les aliments de l'un de ces animaux avec du phosphate de chaux en poudre fine.

Il est quelquefois difficile de forcer les lapins à prendre cette matière calcaire. Ces animaux, en mangeant, secouent leurs aliments, de telle sorte qu'ils font tomber la poudre dont on les leur couvre. J'avais d'abord essayé de leur introduire le sel calcaire dans l'estomac à l'aide d'un tube en forme de sonde œsophagienne; mais depuis j'ai adopté un moyen beaucoup plus simple : c'est de couper des carottes en tranches minces, puis de les frotter de phosphate de chaux, de façon à incruster ce sel dans leur tissu. Les lapins ne sont d'ailleurs pas très propres à ces sortes d'expériences; ils supportent difficilement les lésions traumatiques. Ainsi, sur dix-huit de ces animaux que j'avais en expérience, six seulement ont pu résister; les autres sont morts deux ou trois jours après l'opération. Les chiens, au contraire, ont toujours survécu aux fractures. Cependant, pour ne pas être continuellement importuné par leurs cris, je leur ai toujours coupé les nerfs récurrents, ce qui ne les a jamais empêchés de se rétablir parfaitement, et huit jours à peine après l'opération, ils commençaient à s'appuyer sur leur patte malade.

Le phosphate de chaux, employé à l'hôpital Cochin et pour ces expériences, provenait de la calcination des os, et, par conséquent, était mêlé à du carbonate de chaux, qui ici ne pouvait avoir aucun inconvénient, et présentait même des avantages.

Ce phosphate ($3CaOPh5$) est insoluble dans l'eau ordinaire, mais il est facilement soluble dans les liqueurs même faiblement acides. Or, les liquides de l'estomac sont franchement acides; ce sel peut donc s'y dissoudre et devenir absorbable.

Le phosphate de chaux se trouve à l'état normal dans toutes les parties du corps, dans tous les liquides de l'économie, dans le sang, qui le porte au système osseux pour en réparer les pertes journalières. Eh bien, lorsque, par une cause accidentelle, cette perte d'éléments calcaires augmente, pourquoi l'économie n'utiliserait-elle pas les matériaux qu'on lui fournit alors en plus grande abondance, et qui, dans les circonstances ordinaires, se trouvent en quantité suffisante dans ses aliments, pour réparer les pertes de chaque jour?

Les belles expériences de Chossat ont prouvé que chez les poules, les pigeons, la quantité des sels calcaires contenus dans le blé, le froment, dans le grain en général, quoique en quantité assez notable, n'était pas suffisante à l'entretien du système osseux; que ces animaux ingéraient chaque jour une certaine masse de petites pierres, et que si on les privait complétement de ces substances, si on ne leur donnait que du grain soigneusement trié, au bout de quelque temps les éléments calcaires venaient à manquer dans le squelette, et que ces animaux étaient atteints de ce que l'on pourrait presque appeler fragilité des os.

Du reste, sans vouloir tirer trop de conclusions de quelques faits que j'ai observés, toujours est-il que dans toutes mes expériences les animaux que j'avais mis au régime du phosphate de chaux ont présenté des cals plus complétement ossifiés

que les autres; je dois cependant en excepter quelques cas, où des accidents indépendants de la fracture étaient survenus : deux avaient eu une petite hémorrhagie pendant la section des nerfs récurrents; un autre avait eu la patte malade prise sous une planche. M. Gosselin a bien voulu vérifier le résultat de mes expériences, et, comme moi, il a constaté une différence notable entre les cals des animaux auxquels on donnait du phosphate et ceux qui continuaient leur régime ordinaire. Tout tend à faire croire que chez l'homme il en est de même; mais c'est ce que la pratique seule peut apprendre.

§ II. — OBSERVATIONS.

Obs. I.— Franconne (François), palefrenier, âgé de cinquante-cinq ans, couché au n° 17 de la salle Cochin, a reçu un coup de pied de cheval dans la journée du 15 juillet 1855.

La fracture, placée au-dessous de l'empreinte deltoïdienne, présente une grande mobilité. Cependant, rien ne semble indiquer qu'elle soit comminutive ; il y a peu de gonflement, peu d'épanchement sanguin. On applique des cataplasmes.

18 juillet. — On applique un appareil à attelles; mais on ne donne pas de phosphate de chaux au malade.

Le 21, le 22 et le 23 juillet, on renouvelle l'appareil.

10 août. — La fracture commence à se consolider.

31 août. — Le cal paraît solide ; on lève l'appareil.

15 septembre. — Le malade sort parfaitement guéri ; il n'y a plus aucune mobilité, et peu de difficulté dans les mouvements.

Dans ce cas, on n'avait pas administré de phosphate de chaux. La consolidation s'est faite en quarante-cinq jours environ, du 15 juillet au 31 août.

Le 17 septembre, le même malade rentre à l'hôpital et raconte que la veille, étant ivre, il est tombé de cheval et s'est de nouveau cassé le bras. La fracture paraît occuper le même point que la première fois, en un mot le cal paraît s'être rompu. La mobilité est très grande.

On prescrit du phosphate de chaux, et comme la première fois on applique au malade l'appareil à attelles.

12 octobre. — La fracture paraît presque consolidée ; on remplace les attelles de bois par des attelles de carton.

23 octobre. — La fracture ne présente plus aucune mobilité ; on ne met plus qu'une écharpe au malade.

29 octobre. — Il quitte l'hôpital. Cette fois, la consolidation s'est faite en trente-cinq jours environ.

Le 30 octobre, ce malade entre pour la troisième fois à l'hôpital, et raconte que la veille, à la suite d'une rixe de cabaret, il a reçu un coup de tabouret sur le bras, d'où il est résulté une troisième fracture. Cette fois, il y a un peu plus de gonflement, et la fracture présente une grande mobilité. On applique l'appareil à attelles, et l'on continue l'usage du phosphate de chaux, qui de cette façon n'a été interrompu qu'un jour, du 29 au 30 octobre.

27 novembre. — La fracture est consolidée ; il est impossible d'y imprimer aucun mouvement. Cependant, à cause des antécédents du malade, on le garde encore quelque temps à l'hôpital.

Cette fois, la consolidation s'est faite en vingt-six jours.

En résumé, la première fois on n'administre pas de phosphate de chaux au malade, et le cal met quarante-cinq jours à se former. La seconde fois, on prescrit du phosphate, et le cal se forme en trente-cinq jours. La troisième fois, on continue l'usage du phosphate, et la fracture se consolide en vingt-cinq jours.

Obs. II. — Michel (Julien), âgé de cinquante-neuf ans, charretier, couché au n° 8 de la salle Cochin, a été renversé de sa hauteur le 15 septembre 1855, et dans sa chute s'est cassé le bras. La fracture se trouve au-dessous de l'insertion deltoïdienne, dans le tiers moyen de l'humérus. Elle est oblique, de haut en bas et de dehors en dedans. On sent au côté externe une pointe appartenant au fragment inférieur ; il y a un gonflement considérable. On applique des cataplasmes, on maintient la fracture à l'aide d'un appareil de Scultet, et l'on donne du phosphate de chaux au malade.

Le 24 septembre, on met un appareil à attelles, et une écharpe Mayor.

12 octobre. La fracture paraît consolidée.

16 octobre. Le cal est très solide; le fragment inférieur paraît même hypertrophié.

Dans ce cas, trente jours environ ont suffi pour la consolidation de la fracture.

Obs. III. — David (Hippolyte), âgé de trente-neuf ans, journalier, couché au n° 27 de la salle Cochin, a été pris le 25 septembre sous un éboulement de sable. Son bras gauche a été fracturé à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur. La fracture paraît dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Le gonflement est considérable ; la fracture présente une grande mobilité. On applique un appareil de Scultet et des cataplasmes. On prescrit du phosphate de chaux.

30 septembre. On remplace l'appareil de Scultet par un appareil à attelles.

23 octobre. La fracture paraît consolidée ; on retire l'appareil, et le malade sort quelques jours après, conservant à peine de la roideur dans l'articulation et de la contracture dans les muscles fléchisseurs.

La fracture a donc mis vingt-neuf jours à se consolider, du 25 septembre au 23 octobre.

Obs. IV. — Ulrich (Madeleine), âgée de cinquante-six ans, couturière, couchée au n° 4 de la salle Saint-Jacques, s'est fracturé l'humérus le 18 octobre. La direction de la fracture est difficile à déterminer ; elle est située vers la partie moyenne de l'os, et les deux fragments font saillie en dehors.

On applique des cataplasmes et un appareil de Scultet.

24 octobre. On remplace l'appareil de Scultet par l'appareil à attelles, et l'on prescrit du phosphate de chaux.

13 novembre. La fracture présente encore une certaine mobilité. On continue l'appareil à attelles.

18 novembre. La fracture est tout à fait solide. Le cal n'est pas très volumineux.

Ainsi, la fracture a mis trente jours environ pour se consolider, du 18 octobre au 18 novembre.

Je pourrais encore citer plusieurs observations de fractures des deux os de la jambe, du fémur, etc., traitées par le phosphate de chaux, et dont la consolidation a été rapide, entre autres une fracture de la cuisse gauche, qui n'a pas mis tout à fait cinquante jours pour se consolider.

Je passe maintenant aux expériences sur des animaux chez qui on a pu apprécier d'une manière plus précise les progrès de l'ossification du cal. On a examiné le cal : 1° immédiatement après la mort, c'est-à-dire entouré de toutes les parties molles dont on ne pouvait se débarrasser que d'une manière incomplète; 2° après la macération, lorsqu'il ne restait plus que des parties solides.

(La suite à un prochain numéro.)

Nouvel uréthrotome sur conducteur, pour l'incision d'avant en arrière des rétrécissements de l'urèthre, sans dilatation préalable; travail lu à la *Société de médecine du département de la Seine* (séance du 15 février).

J'ai l'honneur de présenter à la Société un uréthrotome à l'aide duquel tous les chirurgiens, même les moins exercés, peuvent inciser

avec promptitude, facilité et sûreté tous les rétrécissements de l'urèthre. Je désigne cet instrument sous le nom d'*uréthrotome sur conducteur*. L'idée d'attaquer les rétrécissements de l'urèthre, soit en les incisant, soit en les scarifiant, n'est pas nouvelle, mais les instruments qu'on a mis en usage pour pratiquer ces opérations n'ont pas toujours rempli le but qu'on se proposait, et ont souvent produit des accidents très graves. Pour prévenir ou détruire tous les rétrécissements de l'urèthre, les chirurgiens n'ont eu recours pendant longtemps qu'à la dilatation et à la cautérisation, et pour triompher des accidents que ces rétrécissements occasionnaient parfois, comme la rétention d'urine, ils n'avaient d'autre ressource que le cathétérisme forcé, la boutonnière, la ponction de la vessie, etc. ; mais dans le but d'éviter ces opérations, qui étaient toujours très graves, souvent mortelles, et pour se mettre à l'abri des accidents qu'elles pouvaient faire naître, quelques chirurgiens songèrent à attaquer les rétrécissements d'avant en arrière, soit en les scarifiant, soit en les avivant, soit en les traversant; c'est ainsi que Alphonse Ferry d'abord, Ambroise Paré, essayèrent de scarifier et d'aviver les rétrécissements anciens avec une sonde pointue et tranchante dépourvue de conducteur, en coupant d'avant en arrière; c'est ainsi que Mayerne a pratiqué sur Henri IV le cathétérisme forcé ou plutôt la ponction d'un rétrécissement avec un instrument sous-conducteur ; c'est ainsi que Dœrner fit usage d'une sorte de lancette conduite dans le canal à travers une sonde ; que Physik (de Philadelphie) a introduit dans l'urèthre, jusqu'au rétrécissement, une canule de laquelle il fait saillir une lance qui doit inciser le rétrécissement ; que Dorsey, Dzondi, ont proposé des instruments à peu près analogues, etc. Mais en agissant ainsi au hasard avec de tels instruments, on eut souvent de graves accidents à déplorer, il en résulta des fausses routes , des hémorrhagies, des inflammations profondes, et cela sans avoir pu se rendre maître de l'obstacle, aussi tous ces instruments très imparfaits furent-ils promptement abandonnés... C'était, à n'en pas douter, de leur imperfection que dépendaient tous les insuccès.

Plus tard, et à une époque qui n'est pas encore très éloignée de nous, les chirurgiens, jugeant de nouveau déplorable la pratique conseillée et suivie dans certains cas de rétrécissements organiques infranchissables, revinrent encore à la scarification et à l'incision des rétrécissements de l'urèthre, et sachant que les insuccès de leurs devanciers venaient de l'appareil instrumental, ils s'étudièrent à le perfectionner. En Angleterre, en 1819, Arnott, en France en 1825, M. Reybard, et en 1826 M. Amussat, proposèrent de nouveaux uréthrotomes et essayèrent d'inciser les rétrécissements, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, et bientôt ils furent suivis, dans cette nouvelle voie, par une foule de chirurgiens, en tête desquels se trouvent MM. Leroy (d'Étiolles), Civiale, Mercier, Tanchou, Ricord, Ségalas, Rattier, Despinoy, Delcroix, Staggfort, Dupiéris, Bonnet (de Lyon), Maisonneuve, etc., et des instruments de plus en plus parfaits, d'une application plus sûre et plus régulière, furent construits. Les uns attaquèrent les rétrécissements d'avant en arrière, les autres d'arrière en avant. Aujourd'hui c'est l'uréthrotomie d'arrière en avant qui est le plus en vogue, mais elle ne peut être appliquée qu'après la dilatation préalable des rétrécissements, et alors que les malades ne sont plus exposés aux accidents que peuvent amener les rétrécissements de l'urèthre. Ce dernier mode d'inciser les rétrécissements est d'ailleurs bien plus facile que l'autre ; puisque pour être employé le rétrécissement doit avoir subi une certaine dilatation capable de laisser pénétrer des instruments assez volumineux. Dans les cas où les rétrécissements sont très considérables, presque imperméables, et dans ceux où l'on ne peut obtenir le degré de dilatation nécessaire au passage des instruments, il est inapplicable , alors c'est à la section d'avant en arrière qu'on est obligé de recourir, mais elle offre de grandes difficultés, ce qui met le chirurgien dans l'indispensable nécessité de pratiquer les opérations si graves, soit du cathétérisme forcé, soit de la boutonnière ou de la ponction de la vessie.

Presque tous les instruments qu'on a proposés jusqu'à présent offrent des inconvénients, ou ils pénètrent jusqu'à l'obstacle sans guide, et exposent à inciser le rétrécissement d'une manière irrégulière, peu sûre, et même à produire des fausses routes. M. Reybard a proposé un premier uréthrotome dont la pointe était terminée par un bout de sonde flexible, dans le but de mieux l'introduire dans le rétrécissement ; mais cet instrument a été délaissé par l'auteur lui-même, probablement parce que la sonde flexible qu'il ajoutait à l'extrémité de son instrument, se repliait devant le rétrécissement et n'y pénétrait pas ou très difficilement.

M. Amussat, un des premiers, a songé à faire usage d'un conducteur, en cherchant à faire pénétrer d'abord dans le rétrécissement un tissu métallique d'un petit diamètre; mais l'introduction d'un fil de cette nature dans le canal de l'urèthre, et sa pénétration ensuite dans le rétrécissement, offre des difficultés très grandes et exposent à des fausses routes.

M. Bonnet (de Lyon), de son côté, a cherché le moyen d'inciser les rétrécissements d'avant en arrière, et, dans ce but, combinant les instruments de MM. Amussat et Reybard, il a fait l'opération suivante. Comme dans l'uréthrotomie d'arrière en avant, ainsi qu'il l'a décrite dans la séance de la Société de chirurgie du 22 août 1855, il commence par obtenir la plus grande dilatation possible, « traverse le rétrécissement avec une sonde de gomme élastique percée à ses deux extrémités et qui renferme un mandrin métallique filiforme de 60 centimètres de longueur. La sonde étant retirée, le mandrin reste en place et occupe par conséquent la lumière du rétrécissement. C'est lui qui va servir de guide sûr à une lame qu'on poussera dans le canal, et qui divisera le rétrécissement d'avant en arrière. Pour arriver à ce résultat, il suffit d'une petite lancette ajustée à l'extrémité d'une tige métallique. Ces deux pièces sont perforées suivant leur axe, et peuvent glisser d'arrière en avant sur le mandrin préalablement introduit. Lorsqu'on veut opérer, on engage la portion du mandrin qui est restée en dehors, dans le canal central de la tige armée ; puis, ce mandrin étant solidement fixé, on pousse sur lui cette tige qui pénètre dans le canal, arrive jusqu'à la partie antérieure du rétrécissement, et le divise sûrement, sans qu'on ait à craindre la moindre déviation.

Les premiers instruments de ce genre que M. Bonnet fit construire étaient droits; depuis, il en a fait faire de courbes : le diamètre de la lame tranchante est variable ; cependant on lui donne en général 7 à 8 millimètres. (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, pages 111 et 112, t. VI.)

L'instrument de M. Bonnet paraît être exactement le même que celui proposé par M. Staggfort, instrument signalé par M. Dupiéris dans son *Mémoire sur les rétrécissements organiques de l'urèthre*, publié en 1840.

Plus récemment (14 mai 1855), M. Maisonneuve a proposé d'introduire dans les rétrécissements une bougie très fine, qui devait servir de conducteur à un instrument tranchant destiné à diviser l'obstacle d'avant en arrière. Il introduit d'emblée dans l'urèthre le tube cannelé d'un uréthrotome délié dont il visse l'extrémité sur une bougie fine préalablement introduite dans le rétrécissement qui lui sert de conducteur. Il pousse ensuite ce tube de manière à lui faire franchir le rétrécissement; alors il place dans la cannelure du tube une tige armée, à son extrémité, d'une petite lame semi-olivaire qui doit couper le rétrécissement, et la pousse dans le canal de l'urèthre jusqu'à l'obstacle qu'elle doit inciser, incise cet obstacle, puis retire cette lame, qu'il remplace par le lithotome du frère Côme, qu'il introduit dans le canal de l'urèthre, jusque dans l'intérieur du rétrécissement, qu'il divise encore plus profondément de dedans en dehors.

Déjà M. Ricord avait fait usage d'un tube cannelé et d'un uréthrotome absolument semblable à celui de M. Maisonneuve; seulement, il ne faisait pas usage de la bougie conductrice ni du lithotome du frère Côme.

Mais est-on sûr, avec ces uréthrotomes introduits dans le canal de l'urèthre sur une espèce de sonde cannelée, ou sur un mandrin, comme MM. Staggfort et Bonnet (de Lyon), de ne pas couper autre chose que le rétrécissement, et n'est-on pas exposé à inciser les parois du canal soit en avant, soit en arrière du rétrécissement ? Peut-on calculer l'étendue en profondeur de l'incision faite par le lithotome ? Ne coupe-t-il que les parties indurées ? Respecte-t-il les

parties saines placées au-devant du rétrécissement, au moment où l'on retire l'instrument encore ouvert? Car rien n'indique qu'il agit encore sur le siége précis du rétrécissement...

Tels sont à peu près tous les instruments et toutes les manœuvres qui ont été imaginés pour pratiquer l'uréthrotomie d'avant en arrière.

Je n'ai pas l'intention de m'occuper de l'uréthrotomie pratiquée d'arrière en avant ni des instruments nombreux proposés pour ce mode opératoire, parce que ces instruments, quoique établis dans le même but et sur les mêmes principes de couper les rétrécissements, ne peuvent être mis en usage qu'après la dilatation du canal de l'urèthre, et qu'ils agissent d'après un mécanisme différent.

Il résulte de cet exposé succinct que l'uréthrotomie d'avant en arrière l'avait cédé à celle d'arrière en avant, parce qu'on n'avait pu jusqu'à présent trouver des instruments assez parfaits et assez sûrs; que ceux qu'on avait proposés étaient d'une application longue, difficile et souvent dangereuse, et qu'on doit attribuer les insuccès de l'uréthrotomie d'avant en arrière aux instruments et non à cette opération, qui offre de si grands avantages lorsqu'elle peut être pratiquée.

Ayant reconnu les inconvénients de tous les instruments proposés pour pratiquer l'uréthrotomie d'avant en arrière, et s'étant trouvé en présence d'un rétrécissement où tous les instruments et tous les procédés connus étaient restés impuissants, j'ai songé aussi à faire construire un uréthrotome qui a, il est vrai, plus d'une analogie avec ceux mis en usage pour l'incision des rétrécissements d'avant en arrière, qui est basé sur les mêmes principes, mais qui offre d'autre part des différences essentielles dans sa forme, son mécanisme et son mode d'action.

Voici la description de l'instrument :

Il ressemble à un cathéter ordinaire par sa forme et son volume; il peut être courbe ou droit suivant les cas, c'est-à-dire suivant que le rétrécissement siége plus ou moins profondément. Son volume peut être plus considérable pour donner à la lame plus de largeur, mais celui d'une sonde de trousse est suffisant.

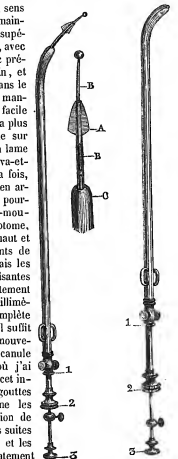
Il se compose de deux canules renfermées l'une dans l'autre et glissant l'une sur l'autre avec une grande facilité, et d'un mandrin boutonné.

La première canule, ou la canule externe, est en argent et légèrement courbe à son extrémité, qui se termine comme une sonde ordinaire, si ce n'est qu'elle est fendue latéralement à son extrémité vésicale dans une étendue de 1 centimètre environ, pour laisser sortir la lame qu'elle renferme.

Dans cette première canule, se trouve une seconde canule d'acier; celle-ci porte à son extrémité vésicale une lame à double tranchant en forme de lancette, dont le centre est percé pour laisser passer le mandrin conducteur contenu dans la seconde canule. Ce mandrin, qu'on fait glisser, aller et venir facilement dans la seconde canule, est terminé par un bouton arrondi de la grosseur d'une tête d'épingle; en même temps que ce mandrin sert à pénétrer dans le rétrécissement, il sert ensuite de conducteur à la lame tranchante qui doit inciser le rétrécissement, et l'empêche de s'égarer.

La première canule, à son extrémité uréthrale, est munie de deux boutons, dont l'un, placé à gauche, est destiné à limiter la course de la canule d'acier armée de la lame tranchante, et dont l'autre, placé à droite, sert à fixer le mandrin une fois qu'il est introduit dans le rétrécissement. Ce mandrin est garni, à son extrémité externe, d'un curseur qui indique de quelle longueur le mandrin a pénétré dans le rétrécissement.

Cet instrument est si simple, si commode, qu'on peut facilement, instantanément, inciser et franchir tous les rétrécissements de l'urèthre, même les plus difficiles. Je l'ai employé déjà trois fois avec succès, deux fois en ville et une fois dans le service de M. le professeur Velpeau, à la Charité, dans des rétrécissements anciens et infranchissables et devant lesquels tous les autres moyens de cathétérisme avaient échoué. Pour s'en servir, on l'introduit fermé comme un cathéter ordinaire jusqu'au point où existe le rétrécissement. Arrivé là en même temps que la main d'un aide tire sur la verge et cherche par cette manœuvre à mettre le rétrécissement en contact avec l'extrémité de l'instrument, l'opérateur, de la main gauche, pousse l'instrument en sens contraire et cherche à bien le maintenir en rapport avec la portée supérieure du rétrécissement. Alors, avec la main droite, il pousse avec précaution et douceur le mandrin, et cherche à le faire pénétrer dans le rétrécissement; une fois que le mandrin a pénétré, ce qu'il est facile de reconnaître à la main, on n'a plus qu'à pousser la seconde canule sur ce mandrin et à faire glisser la lame qui, par un mouvement de va-et-vient, incise en deux sens à la fois, à droite et à gauche, d'avant en arrière, le rétrécissement. On pourrait, en imprimant un demi-mouvement de rotation à l'uréthrotome, inciser le rétrécissement en haut et en bas et dans tous les points de la circonférence du canal; mais les incisions latérales sont suffisantes pour introduire immédiatement après, une bougie de 8 à 9 millimètres. Pour obtenir l'incision complète et nette du rétrécissement, il suffit d'imprimer deux ou trois mouvements de va-et-vient à la canule porte-lame. Dans les cas où j'ai pratiqué l'uréthrotomie avec cet instrument, à peine quelques gouttes de sang ont coulé, à peine les malades ont-ils eu la sensation de l'opération qu'il leur fait, les suites en ont été des plus simples, et les malades ont pu, immédiatement après, uriner à plein canal.



Après l'incision de l'obstacle, le traitement par la dilatation peut être mis en usage avec un résultat bien plus rapide que lorsqu'on commence la dilatation sans inciser préalablement le rétrécissement. Le mandrin une fois introduit dans le rétrécissement, on est toujours sûr d'inciser d'une manière sûre et régulière, de ne jamais s'égarer dans le canal de l'urèthre, de ne pas s'exposer à des fausses routes et de ne jamais couper autre chose que le rétrécissement; de telle sorte qu'une main même inexpérimentée peut faire usage de cet instrument sans crainte aucune d'accidents. Un autre avantage de cet uréthrotome, et ce ne serait pas le moins précieux, ce serait de pouvoir agir promptement chez les individus atteints de rétention d'urine et de les mettre à l'abri d'opérations très graves et très dangereuses, telles que la boutonnière, le cathétérisme forcé et la ponction de la vessie. On peut, dans une seule séance et à l'instant, franchir tous les rétrécissements qui pourraient se rencontrer dans un urèthre; il aurait ainsi l'avantage d'abréger le traitement par la dilatation, en permettant aussitôt l'incision faite, le passage de bougies de 7 à 8 millimètres.

Les incisions pratiquées avec cet uréthrotome sont assez profondes puisqu'elles sont suffisantes pour recalibrer le canal de l'urèthre qui, dans l'état normal, n'a pas plus de 8 à 9 millimètres de largeur: ces incisions n'exposent pas aux hémorrhagies si graves qu'on a trop souvent signalées lorsqu'on coupait plus profondément. Si, d'ailleurs, on avait besoin d'incisions plus profondes, comme celles qu'exigent certains rétrécissements anciens et fibreux, il serait facile d'avoir une lame plus large.

L'uréthrotomie antérograde pourra être appliquée, dans les rétrécissements que M. Leroy (d'Étiolles) a classés de la manière suivante :

1° Dans les rétrécissements qui donnent encore passage à l'urine et aux petites bougies;

2° Dans les rétrécissements qui laissent filtrer l'urine et n'admettent sans violence, ni les sondes, ni les bougies d'aucune forme.

3° Dans les rétrécissements qui ne laissent passer ni l'urine, ni les bougies, ni la sonde.

Enfin je ferai remarquer, d'après plusieurs expériences que j'ai faites sur des rétrécissements durs, fibreux, élastiques, qu'il est plus facile de les pénétrer avec un tige métallique arrondie à sa pointe, ayant une certaine résistance, qu'avec les bougies très fines de gomme élastique dont on se sert ordinairement; que celles-ci se replient devant le rétrécissement, tandis que le bout arrondi de la tige glisse facilement dans l'infundibulum ou espèce d'entonnoir qui précède le rétrécissement, que l'ouverture de celui-ci soit centrale ou placée à la circonférence du canal de l'urèthre.

L'observation suivante, recueillie par M. Lhonneur, interne dans le service de M. Velpeau, vient confirmer les faits ci-dessus énoncés.

Obs. — Rétrécissement organique du canal de l'urèthre, datant de quinze à dix-huit mois ; miction très difficile ; écoulement goutte à goutte et continu de l'urine, après de grands efforts ; nombreuses tentatives de cathétérisme inutiles, même avec des bougies d'un demi-millimètre ; incision prompte et facile avec le nouvel uréthrotome conducteur de M. Boinet; introduction d'une bougie à boule de 8 millimètres.

Lenoir, cinquante et un ans, garçon boucher, entre à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 3, le 14 janvier 1856, pour y être traité d'un rétrécissement datant de quinze à dix-huit mois. C'est un homme d'une excellente constitution, robuste encore, mais adonné depuis longtemps à toutes sortes d'excès alcooliques et vénériens. Il a eu cinq ou six fois des écoulements blennorrhagiques. Il contracta le premier à vingt-deux ans. Des soins réguliers lui furent donnés dans un hôpital militaire, et, après deux mois de traitement par les balsamiques et les injections, il était radicalement guéri. Sa dernière blennorrhagie remonte à douze ans. Elle fut mal traitée, et dura pendant cinq ou six mois, puis fut remplacée par un suintement uréthral qui souvent, après des excès alcooliques, passe à l'état aigu. Pour ses derniers écoulements, Lenoir suivit les consultations de Ch. Albert. Il n'avait jamais éprouvé de difficulté dans la miction. Ce n'est que depuis trois ans qu'il a remarqué que le jet des urines était plus fin, moins lancé. Il y a dix-huit mois environ, à la suite d'excès, l'émission des urines se supprima presque complétement, et ne se fit plus que goutte à goutte, et, après des efforts très douloureux, il parvenait à laisser sortir un jet filiforme, tortillé, court et souvent interrompu. Lenoir ne fit aucun traitement; seulement il cessa tout excès. La miction se rétablit un peu; le jet d'urine resta très petit et diminua de plus en plus.

Aujourd'hui ce malade urine goutte à goutte, quelquefois par un jet filiforme brusquement interrompu, et la vessie ne se vide jamais complétement. Lenoir est toujours mouillé par l'urine, qui filtre continuellement, surtout après les efforts de miction. A chaque fois qu'il essaie d'uriner, il souffre dans la région périnéale et éprouve constamment un sentiment de chaleur et de pesanteur vers le col de la vessie. On ne sent aucune induration sur le trajet de l'urèthre.

Après des tentatives répétées, et pendant plus de trois semaines, il n'est pas possible d'introduire une bougie, même des plus fines, dans la vessie.

Le 5 février, on pratiqua dans l'urèthre une injection d'eau, qui ne pénétra pas dans la vessie, et détermina de vives douleurs dans la région du périnée.

Le 6 février, M. le professeur Velpeau confia ce malade à M. Boinet, qui, en présence des internes du service et des élèves, introduit son uréthrotome jusqu'au rétrécissement, fait entrer avec une facilité remarquable le mandrin conducteur de son instrument dans l'obstacle, et l'incise d'avant en arrière avec rapidité. On peut dire que la section a été instantanée. Le malade accuse à peine de la douleur, et seulement quelques gouttes de sang s'écoulent. Une bougie de 5 millimètres est facilement introduite dans la vessie : le malade la garde une heure. A la suite de cette opération, la miction est facile: le malade urine à plein canal par un jet volumineux ; mais la vessie ne se vide pas complétement. Les jours suivants, matin et soir, on laisse une bougie de 6 millimètres pendant une demi-heure.

Le 9, la vessie est explorée avec une sonde de volume ordinaire ; on ne trouve aucune lésion ni dans la vessie, ni vers la prostate ; cependant l'urine continue encore de couler goutte à goutte lorsque le malade a fini d'uriner.

Le 10, le malade a eu un peu de frisson, de la fièvre, de la céphalalgie, mais n'a accusé aucune douleur dans l'urèthre. Ces accidents peuvent être attribués à un refroidissement que le malade a éprouvé en allant aux lieux, non habillé, les jambes nues.

Le 11 et les jours suivants, introduction facile, le matin seulement, d'une bougie de 7 millimètres qu'on laisse en place une demi-heure.

Dans la nuit du 13, frisson, de minuit à quatre heures du matin; miction douloureuse, fréquente et peu abondante; douleur au périnée, sans tuméfaction ni engorgement.

14. Courbature, miction plus facile; bain, diète.

15, 16, 17, 18. Frissons de deux heures de durée pendant la nuit, miction très facile; mais la vessie ne se vide point complétement.

On laisse le malade en repos et sans introduire de bougie, jusqu'au 27 février; alors on revient au cathétérisme, et la bougie de 7 millimètres pénètre avec plus de difficulté que les premiers jours ; il s'écoule environ une cuillerée de sang. Bain.

1er mars. Le malade se plaint toujours de mouiller son linge quand il a fini d'uriner ; mais, au moment de la miction, le jet est droit, fort et assez gros. On introduit un bougie de 7 millimètres qu'on laisse pendant quelques minutes.

5 mars. Depuis trois jours on n'a pas passé la bougie. Le malade urine plus difficilement, le jet est filiforme ; le malade accuse de la douleur au périnée.

Le 6. Passage d'une bougie de 7 millimètres.

Le 7. Bougie de 7 millimètres et demi.

Les 9, 10, 11. Bougie de 8 millimètres.

Les 12, 13, 14, 15. Repos.

Le 16. Bougie de 8 millimètres. L'ouverture du méat urinaire ne permet pas l'introduction d'une plus grosse bougie.

Aujourd'hui, 20 mars, le malade urine facilement : le jet d'urine est droit, long, et aussi volumineux que dans l'état normal ; seulement, lorsqu'il a fini d'uriner, les dernières gouttes s'échappent encore dans le pantalon. Si l'on reste plus de trois jours sans mettre la bougie dans le canal, son introduction est un peu moins facile, ce qui indique que ce malade devra, pendant quelque temps encore, introduire une bougie assez fréquemment, au moins tous les trois ou quatre jours, sous peine de voir son rétrécissement se reformer, faute de cette précaution.

Cette observation, et celles des deux malades que j'ai opérés, l'un il y a sept mois, l'autre cinq mois, établissent que, de toutes les méthodes d'incision dans le rétrécissement de l'urèthre, celle d'avant en arrière est sans contredit la plus importante. Jusqu'à présent son exécution était entourée de tant d'incertitudes et de dangers, que les chirurgiens les plus habiles osaient à peine y avoir recours; mais, grâce au nouvel uréthrotome que nous proposons, ces incertitudes et ces dangers ont complétement disparu. La possibilité d'obtenir, sans danger aucun, la disparition instantanée du rétrécissement de l'urèthre sans dilatation préalable n'est plus un doute, puisque notre instrument permet de créer immédiatement une voie suffisante à l'introduction des instruments dilatateurs, évite aux malades l'emploi préalable de la dilatation lente et graduée pendant un temps plus ou moins long, et les délivre à l'instant de tous les dangers et de tous les inconvénients attachés aux rétrécissements de l'urèthre, tandis que toutes les autres méthodes, celles qui procèdent d'arrière en avant sont frappées d'impuissance tant que les rétrécissements n'ont pas le degré d'ouverture nécessaire pour l'introduction des instruments volumineux qu'elles exigent. En supposant que, en procédant comme nous le faisons, on n'obtienne pas la cure radicale des rétrécissements, ce qui est difficile, peut-être même impossible avec toutes les méthodes connues jusqu'à ce jour, on évite aux malades les ennuis et les dangers d'une dilatation préalable, on obtient en une minute ce que la dilatation ne procure qu'après plusieurs mois, la possibilité d'une miction facile, et l'on met les malades dans de bien meilleures conditions pour les soumettre à la dilatation avec des bougies d'un volume très considérable. Cette méthode n'aurait d'autre avantage que d'avoir abrégé considérablement le temps nécessaire pour le traitement par la dilatation, que déjà ce serait un grand service rendu à la science et à l'humanité.

Nous avons examiné avec soin tous les uréthrotomes qui ont été faits pour l'incision des rétrécissements, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, et nous pouvons affirmer qu'aucun n'a la simplicité, la commodité et la sûreté de celui que nous déposons sous vos yeux ; et, bien qu'il ait de l'analogie avec plusieurs,

qu'il soit construit d'après les mêmes principes et dans le même but, aucun ne lui ressemble.

La lecture de ce travail a donné lieu à la discussion suivante :

M. *Collineau*, tout en reconnaissant à l'instrument de M. Boinet l'avantage de guérir en une séance, croit devoir faire observer que tous les rétrécissements ne sont pas fibreux, et peuvent conséquemment être guéris par d'autres moyens.

M. *Leroy d'Étiolles* ne croit pas qu'il soit exact de dire qu'on ne saurait, avec les bougies, pénétrer dans tous les rétrécissements ; il ne pense pas non plus qu'on parvienne, avec l'instrument de M. Boinet, à franchir un rétrécissement dans lequel on ne pourrait introduire une bougie. Quant à l'instrument, il n'est pas nouveau : on en connaît peut-être une dizaine, qui sont tous basés sur le même principe. M. Reybard lui-même en a proposé un.

M. *Boinet* dit que M. Reybard ne se sert plus de son instrument. Contrairement à l'opinion de M. Leroy, il pense qu'on ne pénétrera pas dans les rétrécissements fibreux avec les bougies qui s'infléchissent, s'arc-boutent, même quand elles sont parvenues dans l'orifice, tandis qu'avec un corps résistant on pourra toujours vaincre l'obstacle, le franchir, en débridant à mesure que l'instrument avance.

M. *Hervez de Chégoin* demande pourquoi l'on fait les incisions latérales, puisque le rétrécissement offre sa plus grande épaisseur sur la paroi inférieure du canal de l'urèthre.

M. *Boinet* répond que les incisions latérales, d'après l'opinion des chirurgiens, exposent moins aux hémorrhagies ; mais, avec l'instrument qu'il propose, on peut les faire dans toutes les directions ; on peut broyer, en quelque sorte, le rétrécissement, le réduire en bouillie en tournant l'appareil.

M. *Cazeaux* demande comment on parviendrait à faire pénétrer l'instrument dans un rétrécissement dont l'orifice serait situé sur une des parois latérales du canal de l'urèthre, puisque le mandrin occupe toujours la partie centrale du conduit qu'il dilate et remplit.

M. *Boinet* répond que, par des mouvements de latéralité imprimés à l'instrument, on parviendra toujours à porter la pointe du mandrin sur tous les points du canal uréthral.

M. *Denonvilliers* regarde comme un avantage que le mandrin soit central, parce qu'après son introduction il guide le sécateur et le dirige pour permettre au chirurgien de pénétrer plus profondément. Il ne croit pas que l'objection théorique adressée à l'introduction de l'instrument, dans le cas d'ouverture latérale, soit bien fondée. En effet, il existe une espèce d'infundibulum qui précède le rétrécissement et que trouve un instrument inflexible. Il suffit, du reste, que le canal soit flexible pour trouver le point que l'on veut : c'est une pratique journalière dans le cathétérisme ; on évite les lacunes de Morgagni, et l'on sent quelle est la partie touchée. En somme, l'instrument de M. Boinet lui paraît avoir de l'avenir, et fournir surtout des applications utiles dans le cas de fistules.

M. *Bourguignon* trouve l'instrument simple, d'une manœuvre facile, ce qui pourra permettre à des médecins non spécialistes d'en faire l'application. A ce point de vue, c'est un service rendu à la science.

M. *Denonvilliers* fait des réserves quant à la section des rétrécissements. C'est une opération chirurgicale dont on abuse. Quant à lui, il croit qu'avec de la patience on pénètre dans les rétrécissements, et qu'une fois qu'on a pénétré on guérit. Dès lors, pourquoi faire la section ?

En ce qui concerne les prétendus avantages d'un instrument simple et facile à manœuvrer, M. Denonvilliers pense, au contraire, qu'une telle invention est un grand malheur en pratique, parce qu'on est séduit et entraîné à en faire une application trop prompte et trop souvent préjudiciable aux malades ; il cite, à l'appui de cette opinion, les mécomptes que l'on éprouve journellement dans l'usage de l'amygdalotome.

M. *Boinet* persiste à croire qu'il y a des cas où l'on ne saurait se dispenser d'opérer, d'inciser le rétrécissement, parce que la vie se trouverait compromise par l'impossibilité d'uriner.

M. *Cazeaux* demande quelles sont les raisons qui ont fait abandonner les instruments déjà connus, et basés cependant sur les mêmes principes que celui de M. Boinet.

M. *Boinet* répond qu'entre les instruments abandonnés et celui qu'il propose aujourd'hui existent des différences capitales, tant dans la manœuvre que dans la construction, différences qu'il explique à la Société.

M. *Forget* pense que l'instrument de M. Boinet s'adresse, par sa construction, plutôt aux rétrécissements superficiels qu'aux rétrécissements profonds et extérieurs. Il se demande s'il serait suffisant pour inciser ces derniers, comme on peut le faire avec l'instrument de M. Maisonneuve et celui de M. Reybard.

M. *Boinet* ne pense pas qu'il soit utile de couper profondément les rétrécissements ; d'ailleurs, avec son instrument, il a incisé assez pour permettre à une bougie de 10 millimètres de pénétrer dans le canal de l'urèthre, qui, dans l'état normal, n'a pas une dimension plus considérable ; d'où il conclut que la section est suffisante.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Mémoire sur l'absence de l'acide hippurique dans l'urine du cheval*, par M. *Roussin*. — Nous trouvons dans ce travail les conclusions suivantes qui résultent d'un tableau comparatif des proportions d'urée et d'acide hippurique contenues dans l'urine de chevaux placés dans des conditions diverses.

Les chevaux qui fatiguent beaucoup produisent beaucoup d'acide hippurique et peu d'urée comparativement. Les chevaux bien nourris et oisifs ne produisent que peu ou point d'acide hippurique ; l'urée, au contraire, envahit les urines dans une forte proportion. La limpidité de l'urine peut servir d'indice. Si ce liquide est clair et laisse déposer peu de carbonate calcaire, il contient beaucoup d'urée et peu d'acide hippurique. L'urine des chevaux est-elle trouble et jumenteuse, on peut être assuré qu'elle contient d'assez fortes proportions d'acide hippurique.

L'activité respiratoire et l'emploi des forces musculaires semblent donc transformer l'urée en acide hippurique. Le repos, au contraire, laisse l'urée intacte, et paraît peu propice à sa transformation en acide hippurique.

Action des infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine. — M. Clauzure adresse d'Angoulême une réclamation de priorité à l'occasion d'une note de M. Leclerc, relative à l'*action des infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine*, note présentée à l'Académie dans la séance du 3 mars 1856. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Coste, Bernard; commission qui est également chargée de prendre connaissance de la note de M. Leclerc.)

Moyen de rendre médicamenteux le lait destiné aux enfants malades sans nuire à la santé des animaux qui le fournissent. — M. Labourdette annonce être parvenu à rendre médicamenteux le lait destiné à l'alimentation d'enfants malades sans nuire à la santé des animaux qui fournissent ce lait. On sait que dans certains cas où il eût semblé utile de pouvoir administrer l'iodure de potassium à des enfants à la mamelle, on a imaginé de faire absorber ce sel par les nourrices, dont le lait devient ainsi médicamenteux ; l'expérience a montré qu'on n'obtient qu'un succès passager. En effet, un mois environ après que la femme a commencé à être soumise à

ce régime, son lait diminue au point de rendre impossible la continuation de ce traitement indirect du nourrisson, traitement qui cependant ne peut être efficace que s'il est longtemps suivi.

L'iodure de potassium donné dans les mêmes vues à des vaches, des chèvres, des ânesses, à la dose de 3 à 6 grammes par jour, suivant la taille des animaux, produit des effets tout semblables à ceux qui viennent d'être signalés pour la femme : après deux ou trois mois de son administration, il survient de l'amaigrissement, de l'inappétence, et enfin une véritable gastro-entérite, qui, si la quantité de ce sel est portée de 6 à 10 grammes par jour, se termine par la mort des animaux.

C'est à prévenir cette intoxication que M. Labourdette s'est attaché, et il annonce y être parvenu à la suite de recherches entreprises de concert avec M. Duménil. Il désigne sous le nom d'*entraînement médical* ce régime préparatoire, qui exige certaines précautions qu'il n'indique point et l'emploi de diverses substances qu'il ne spécifie pas.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de la justice informe l'Académie qu'il a donné ordre de comprendre à l'avenir la bibliothèque de l'Académie de médecine dans la distribution gratuite du *Journal des Savants*.

2° M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet : — *a*. Les rapports relatifs aux maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de la Vendée. — *b*. Le rapport de M. le docteur *Laroche* sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1855 dans plusieurs communes du département de Maine-et-Loire. — *c*. Les tableaux des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de Tarn-et-Garonne et du Jura. (*Commission des épidémies*.)

3° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. *Beau* et une lettre de M. *Parchappe*, qui demandent à être compris au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. — *b*. Deux demandes semblables sont adressées par MM. *Sandras* et *Bayle* pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Lectures et Mémoires.

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. *Jules Cloquet* fait la communication suivante : « M. le capitaine de vaisseau Simonet de Maisonneuve, qui commande la frégate la *Sibylle* dans la mer de Chine, m'a envoyé la substance des nids d'hirondelles de mer ou ou salanganes des Moluques, purifiée et préparée pour les usages pharmaceutiques et culinaires, matière très recherchée par les Chinois comme aphrodisiaque, et destinée presque exclusivement à la table des mandarins et des riches chinois. C'est une substance très légère, d'un blanc jaunâtre, disposée en longues baguettes demi-transparentes, d'environ 30 centimètres de longueur. Trempée dans l'eau, elle devient d'une transparence cristalline parfaite, se gonfle sans se fondre, et se convertit en une espèce de gelée complétement insipide qui offre de la ressemblance avec la gelée de lichen d'Islande. Elle brûle comme une matière végétale en répandant une odeur légèrement cornée. L'origine de cette substance a été l'objet d'intéressantes discussions à l'Académie des sciences. Quelques auteurs ont prétendu qu'elle provenait de frai de poisson ; d'autres de petits mollusques agglomérés ; d'autres encore de la sécrétion salivaire des salanganes ; d'autres enfin pensent qu'elle est recueillie par les hirondelles sur des fucus ou plantes marines. On fabrique avec cette substance une gelée de table très délicate, plus agréable que celle préparée avec l'ichthyocolle. (*Comm.* : MM. Cloquet, Gaultier de Claubry et Chatin.)

EAUX MINÉRALES. — M. *O. Henry* donne successivement lecture des rapports suivants : 1° *Sur les sources sulfureuse et saline* (*eau verte*) *de Vacqueras-Montmirail* (Vaucluse). Cette eau se rapproche beaucoup de celles de Sedlitz, d'Epsom et de Seidchütz ; elle est, quant à présent, unique en France et appartient à un établissement thermal connu et autorisé, où elle viendra prêter son concours à une eau sulfureuse reconnue aussi de très bonne nature et anciennement employée comme agent thérapeutique. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée par M. le docteur *Bourbousson* pour l'eau saline ou verte de Vacqueras-Montmirail. (*Adopté*.)

2° *Sur l'eau de la source des Dames près Cusset, prise à son point d'émergence et amenée à Vichy*. Il résulte de l'examen chimique auquel cette eau a été soumise qu'il n'y a pas de différence notable entre l'eau de la source des Dames prise à la source et la même amenée à la buvette de Vichy au moyen de conduits appropriés, et par un parcours de 1 kilomètre environ.

En est-il de même pour les effets thérapeutiques ? Il y a lieu de le supposer ; toutefois, c'est à l'expérience à le démontrer d'une manière précise.

La commission propose de répondre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de la buvette de Vichy formée par la source des Dames sise à Cusset. (*Adopté*.)

3° *Sur l'eau de Kontz-Basse, près Sierck* (Moselle). Par sa composition chimique et par suite des utiles applications médicales qu'on en a faites déjà depuis plusieurs années, l'eau de Sierck vient se ranger à côté des eaux salines iodo-bromo-chlorurées de Montdorff, de Hombourg et de Kreuzenach dont les propriétés sont bien définies. Nous croyons, en conséquence, qu'il y a lieu d'encourager les projets formés par le propriétaire de créer à la source de Kontz-Basse un établissement thermal utile au pays tout entier. La commission est d'avis qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de cette source au point de vue médical, lorsque les travaux de captage auront été définitivement exécutés. (*Adopté*.)

REMÈDES SECRETS. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports relatifs à des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptés sans discussion.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — M. *Blache* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur *Ribard*, de Pontoise, relatif au *traitement abortif de la fièvre typhoïde*. Convaincu par l'expérience des autres et par sa propre expérience, de l'insuffisance de la méthode dite *rationnelle*, dans le traitement de la fièvre typhoïde ; admettant d'autre part que cette maladie consistait essentiellement dans une intoxication du sang produite par des miasmes virulents analogues à ceux qui provoquent les fièvres intermittentes, l'auteur a pensé qu'il pourrait faire avorter, *couper* la fièvre typhoïde à son début, au moyen du sulfate de quinine qu'il associe à la digitale de la manière suivante :

Pr. Sulfate de quinine.	1 gramme.
Extrait aqueux de digitale.	0,20 centigr.
Pour 24 pilules.	

M. *Ribard* administre 24, 36, 48 même de ces pilules, dans un jour, jusqu'au moment où il juge que l'effet abortif a été produit.

L'auteur rapporte 14 observations. Dans 13 cas, il a vu après 5 jours de traitement, les phénomènes généraux diminuer sensiblement, et le pouls perdre beaucoup de sa fréquence. M. Ribard omet de dire s'il y avait en même temps abaissement de la chaleur fébrile, ce qui n'est pas indifférent. Ces 13 malades ont guéri, en moyenne, dans l'espace de 18 jours. Un seul, atteint d'une manière plus grave, s'est montré rebelle au traitement dit abortif, et n'a guéri qu'au bout de 46 jours.

M. le rapporteur a vérifié ces moyennes avec beaucoup de soin, et il a pu s'assurer que la durée moyenne de la maladie pour les 14 malades traités par M. Ribard, avait été de 23 jours au lieu de 18... D'où vient l'erreur de M. Ribard ? Elle vient des deux sources suivantes : 1° M. Ribard, en établissant sa moyenne, n'a pas compris dans son calcul le fait dans lequel il avoue avoir échoué ; 2° M. Ribard n'a point pris pour point de départ de la durée de la fièvre, le jour du début, mais le jour de sa première visite, ce qui est fort différent.

M. *Blache* fait observer que la maladie a été généralement bénigne, et que dans le seul cas présentant une forme grave, M. Ribard, après avoir vainement essayé sa méthode en reconnut l'insuffisance et l'abandonna.

La seule complication qui soit survenue, est celle d'une pleurésie. Ce fait mérite d'être signalé à cause de sa rareté.

« En résumé, dit M. le rapporteur, 14 fois M. Ribard a fait usage de sa méthode : il est difficile d'établir un jugement sur un aussi petit nombre de faits.

» La durée moyenne de la maladie a été de 23 jours au moins. Ce résultat n'offre rien de remarquable, et surtout ne justifie pas pour le traitement employé le nom un peu ambitieux de *traitement abortif*.

» La Commission invite M. le docteur Ribard à recueillir de nouvelles observations, mais en y apportant une exactitude plus rigoureuse ; elle propose, en outre, le dépôt aux archives du mémoire de M. Ribard. » (*Adopté.*)

Électricité médicale. — M. *Bouvier* commence la lecture d'un rapport sur les appareils électriques de MM. *Beckensteiner*, *Legendre* et *Morin*, *E. Bernard* ; sur une note relative aux propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de deuxième ordre, par M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne) ; sur un nouveau traitement de l'adénite cervicale au moyen de l'électricité localisée, par M. le docteur *Boulu*, et sur une ceinture électrique et une mixture galvanique de MM. *Breton* frères. (*Comm. :* MM. Bérard, Gaultier de Claubry, Poiseuille, Guéneau de Mussy, Longet, Soubeiran et Bouvier.)

Kystes ovariens. — M. le docteur *Boinet* donne lecture d'un travail intitulé : *Quelques réflexions sur le traitement des hydropisies des ovaires par les injections iodées, à l'occasion d'un nouveau mode de traitement proposé par M. Barth.* — L'auteur se propose d'examiner et de discuter les cinq points qui suivent :

1° La méthode proposée par M. Barth est-elle nouvelle, comme son titre l'indique, et le procédé nouveau qu'il recommande a-t-il tous les avantages qu'il lui reconnaît ?

2° Est-ce courir la chance d'une péritonite promptement mortelle que de faire suivre la ponction d'un kyste ovarique d'une injection iodée, et cette injection peut-elle s'écouler en dehors du kyste, dans la séreuse abdominale ?

3° Une injection iodée peut-elle être faite dans la poche très vaste d'un kyste, sans crainte de voir se développer un véritable empoisonnement ?

4° La guérison des kystes de l'ovaire a-t-elle lieu par rétraction des parois du kyste ou par inflammation adhésive de ses parois ?

5° Enfin, les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir après une ou deux ponctions simples, ou même sans opération aucune ?

1° C'est à tort qu'on a désigné sous le nom de méthode nouvelle une pratique opératoire qui n'est que la méthode des injections iodées, mais pratiquées à l'aide d'un procédé nouveau.

Ce procédé a-t-il tous les avantages que lui reconnaît son savant auteur ?

Jusqu'à présent, l'observation communiquée par M. Barth ne peut être invoquée à l'appui de sa nouvelle manière de faire, puisque la malade qui en est l'objet n'est pas guérie, et qu'une injection iodée a encore été pratiquée la veille du jour où cette malade a été présentée à l'Académie, c'est-à-dire le 31 mars 1856. Il est donc impossible de dire pour l'instant quel sera le résultat définitif de ce nouveau procédé : en attendant, M. Boinet se propose de dire les raisons qui lui font craindre que cette malade ne guérisse pas, ou guérisse très lentement et très difficilement.

L'expérience lui a appris que lorsqu'on veut traiter un kyste de l'ovaire par les injections iodées, on doit toujours pratiquer les ponctions du côté où le kyste s'est développé, et dans le point le plus rapproché de celui où le kyste a pris naissance. Les avantages de cette pratique sont les suivants : c'est d'abord de permettre au kyste de pouvoir revenir sur lui-même, et de ne pas s'exposer à voir la canule se retirer de son intérieur, comme il arrive quelque fois, lorsqu'on a fait la ponction dans un point éloigné ou opposé à celui où il a commencé à se développer : c'est ensuite de mettre le kyste à l'abri d'adhérences qui pourraient nuire à son retrait sur lui-même, et par conséquent à sa guérison. On remarque en effet, sur les kystes anciens où ces règles n'ont point été observées, que des adhérences se sont établies entre le kyste et les parois abdominales, mais principalement au niveau des ponctions, et surtout si une canule ou un corps étranger quelconque a séjourné dans ces ouvertures.

Ces adhérences sont-elles un avantage ou un inconvénient ? Suivant M. Barth et bien des chirurgiens, elles auraient l'avantage d'empêcher, soit le liquide du kyste, soit le liquide injecté, de s'épancher dans le péritoine, et de rapprocher et de maintenir rapprochées des parois de l'abdomen les parois du kyste. Suivant M. Boinet, si ces adhérences existent dans un point de l'abdomen éloigné du siége primitif du kyste, elles deviennent un obstacle très grand pour la guérison, en s'opposant au retrait du kyste et en laissant subsister une cavité où le liquide se reforme assez promptement. C'est donc à éviter ces adhérences que doivent tendre tous les efforts et tous les procédés opératoires ; et c'est pour y arriver que l'auteur recommande : 1° d'opérer les kystes dès qu'ils apparaissent et avant qu'ils aient acquis un grand développement ; 2° de les ponctionner du côté où ils ont commencé à se développer, et le plus près possible de leur point d'origine ; 3° d'éviter autant que possible l'usage des sondes à demeure. Ces adhérences sont encore fâcheuses en ce qu'elles forment quelquefois, dans la cavité abdominale, des brides sous lesquelles les intestins peuvent s'engager et s'étrangler.

M. Boinet passe ensuite à l'examen critique du procédé de M. Barth.

D'abord, dit-il, il faut pratiquer une double ponction, ce qui expose le péritoine à une double cause d'inflammation ; puis il faut laisser dans les deux ouvertures faites au péritoine, une canule à demeure, ce qui est une nouvelle cause d'inflammation, de suppuration et d'adhérences en deux points éloignés l'un de l'autre : ces adhérences fixeront les parois abdominales aux parois du kyste, et il en résultera tous les inconvénients et peut-être même les accidents mortels qui ont été indiqués plus haut.

Ensuite, pour pratiquer ce procédé, il faut attendre que le kyste ait pris un développement considérable. Or, l'expérience apprend que les kystes peu volumineux, peu développés, sont plus faciles à guérir, qu'il faut moins de temps pour obtenir leur retrait. Cette manière de voir devrait surtout être acceptée par ceux qui pensent qu'il y a moins de dangers à injecter un kyste de petite dimension qu'un kyste considérable. D'un autre côté les efforts du médecin sont efficacement secondés par l'état de l'organisme qui n'est point encore altéré ou affaibli.

C'est surtout dans le but de favoriser l'écoulement continu du liquide et par suite le retrait du kyste, et aussi pour éviter des ponctions répétées, que M. Barth a proposé ce procédé. Mais ces ponctions répétées, qui ne suppurent jamais, qui se cicatrisent en quelques heures, sont-elles plus à craindre que deux ponctions qui établissent une communication permanente à l'air dans le foyer du kyste, et qui exposent cette cavité à tous les dangers de la suppuration ? Mais d'ailleurs, à quoi bon ponctionner le kyste et le péritoine en deux points à la fois ? Si l'on est absolument obligé de recourir à une sonde à demeure, pourquoi ne pas se contenter d'une seule ouverture dans laquelle on laisserait une sonde ordinaire, puisqu'à l'aide de ce moyen on peut obtenir tout aussi bien l'écoulement continu du liquide, le retrait du kyste et la facilité de faire des injections aussi souvent qu'on le juge convenable ? Et puis, pourquoi dans un kyste simple, uniloculaire, non compliqué, mettre tout d'abord une sonde à demeure ou un séton, quand une seule ponction et une injection iodée ont la chance de le guérir radicalement et aussi promptement qu'une hydrocèle ?

M. Boinet considère comme chimérique la crainte exprimée par M. Barth de s'exposer, par des injections prématurées, à répandre le liquide dans la cavité du péritoine, ou à produire un empoisonnement iodique, à cause de la grande capacité du kyste. En prenant les précautions recommandées par M. Boinet, l'épanchement de la teinture d'iode dans le péritoine est impossible.

Le procédé de M. Barth lui-même ne met pas à l'abri de ce danger. La canule de caoutchouc, qu'il place dans les ouvertures du kyste, étant molle et sans consistance, peut laisser entre elle et

ces ouvertures un passage par lequel le liquide peut s'épancher dans le péritoine; et c'est probablement ce qui est arrivé chez sa malade, puisque le jour de l'opération des douleurs abdominales se sont déclarées, et que les jours suivants le pouls était à 124, qu'en un mot, tous les symptômes d'une péritonite locale ont existé.

M. Boinet fait connaître un procédé qu'il a employé deux fois, et qui ne lui paraît pas avoir les inconvénients de celui de M. Barth. Une première ponction est faite au-dessus du ligament de Poupart; le kyste étant vidé, le poinçon ordinaire du trocart est remplacé par un poinçon arrondi à son bout; puis on enfonce dans le bas-fond du petit bassin le trocart qu'on dirige vers le cul-de-sac recto-vaginal, en le poussant de haut en bas. Le doigt indicateur introduit dans le vagin ou dans le rectum, suivant qu'on veut établir une communication du kyste avec l'un ou l'autre de ces organes, cherche à reconnaître l'extrémité de l'instrument qui vient faire saillie en un point du vagin ou du rectum qu'il déprime en dehors. Une fois l'extrémité de l'instrument reconnue, on substitue au poinçon boutonné le poinçon ordinaire du trocart, et on traverse les parties sur le bout de l'indicateur gauche, qui reste toujours en place pour diriger la pointe de l'instrument. Cela fait, on retire le poinçon, et une sonde de gomme élastique, percée de plusieurs trous latéraux, est introduite dans la canule qui est retirée à son tour sur la sonde, qu'on laisse à demeure pour permettre l'écoulement continu et faire les injections iodées. On retire le bout supérieur ou abdominal de la sonde dans l'intérieur du kyste, car il est inutile de le laisser séjourner dans la première ponction, ou ponction abdominale, qui n'a été faite que pour l'introduction plus facile de la sonde, de telle sorte que cette ponction ne suppure pas et rentre dans les conditions des ponctions simples.

Quant à la crainte d'un empoisonnement iodique, à la suite d'une injection iodée, elle paraît être le résultat d'idées anciennes et mal fondées. M. Boinet a pratiqué des injections de teinture d'iode dans des abcès par congestion, dans des kystes de l'ovaire, dans les plèvres, et jamais il n'a observé de ces empoisonnements par l'iode, pas plus que les accidents inflammatoires que M. Barth paraît redouter aussi beaucoup. Un kyste de l'ovaire est une poche inerte, insensible, dans laquelle l'injection iodée ne réveille aucune douleur. Quand la malade accuse une souffrance vive et subite surtout, c'est que le liquide injecté tombe dans le péritoine, ou bien que, par une erreur de diagnostic, on a pris une ascite pour un kyste ovarique.

M. Boinet s'attache à réfuter une erreur généralement accréditée, à savoir que les injections iodées guérissent en provoquant des inflammations adhésives. L'auteur pense que la teinture d'iode est une modificateur puissant qui agit d'une manière toute spécia'e sur les surfaces dont elle modifie avantageusement les sécrétions morbides. Ainsi c'est par rétraction et non par inflammation adhésive que les kystes ovariques guérissent; et si parfois on trouve des brides, des adhérences dans leur cavité, c'est lorsque la guérison a eu lieu après la suppuration de leurs surfaces internes; suppuration qui dépend d'une inflammation antérieure ou étrangère aux injections iodées. La teinture d'iode, même pure, appliquée sur les tissus qui ont de l'analogie avec le tissu muqueux, comme celui de la surface interne des kystes, ne les enflamme jamais.

M. Boinet rejette l'opinion que les kystes de l'ovaire pouvaient guérir après une ou deux ponctions simples et même spontanément : il pense que, dans ces cas, on aura confondu des kystes ovariques avec des ascites; car on ne trouve pas dans la science un seul exemple authentique qui vienne à l'appui de cette assertion. Hunter pensait que l'hydropisie de l'ovaire était une affection incurable, et que le trocart en était le seul palliatif. C'était aussi l'opinion de M. Boyer.

« Quant à présent, dit en terminant M. Boinet, les ponctions successives et fréquemment répétées, suivies d'injections iodées, les sondes à demeure dans quelques cas, les lavages, etc., enfin la méthode que nous mettons en usage, nous paraît le seul traitement applicable aux hydropisies de l'ovaire. Cette méthode est exempte de dangers et nous a fourni des guérisons inattendues qui datent déjà de plusieurs années, de sept à huit ans. » (*Comm.* : MM. Velpeau, Depaul, Robert)

La séance est levée à 5 heures.

Société anatomique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1855, par le docteur AXENFELD, secrétaire.

Suite. — Voir le n° 12, t. III.

Appareil circulatoire.

Cœur.

Parmi les pièces relatives aux lésions du cœur qui ont été mises sous vos yeux, la plupart ne font que confirmer ce qu'on enseigne généralement sur la pathologie de cet organe. Elles n'en offrent pas moins des particularités intéressantes. Ainsi M. Caron vous a montré un *rétrécissement de l'orifice aortique* coïncidant avec un anévrysme partiel du ventricule gauche, et, ce qui est surtout remarquable, avec une *transformation fibreuse* des piliers charnus et de la paroi sur laquelle ils s'implantent. Ne se pourrait-il pas que cet état fibreux, peut-être l'anévrysme partiel lui-même, se fussent produits quand les fibres du cœur, par le fait du rétrécissement aortique, avaient subi une dilatation, un ramollissement, et finalement un changement dans leur structure? L'observation est malheureusement muette à cet égard. Déjà M. Vulpian, sur le cœur d'un individu mort avec les symptômes d'un rétrécissement de l'aorte, vous a fait voir, en 1854, la substance charnue des ventricules altérée, jaunâtre et jusqu'à un certain point comparable à celle des muscles atrophiés. Cette année M. Lebert a fait ressortir toute l'importance qu'il y aurait à étudier d'une manière approfondie les lésions du tissu propre du cœur, au lieu de s'attacher, comme on l'a fait jusqu'à présent, à examiner exclusivement l'état de sa surface interne. Nous reviendrons tout à l'heure sur cet intéressant sujet.

A l'autopsie d'une vieille femme, M. Luys a trouvé un *décollement* de la lame antérieure *de la valvule tricuspide* dont l'insertion à la zone fibreuse était ainsi détruite. Il en était résulté la formation d'un double orifice auriculo-ventriculaire. Une hypertrophie considérable du ventricule droit accompagnait cette lésion qui, pendant la vie, s'était révélée par les symptômes les mieux accusés des affections organiques. Peut-être une cause traumatique peut-elle être admise pour expliquer ce décollement.

M. Millard vous a montré un exemple curieux de ces *végétations verruqueuses* des valvules qui avaient fait admettre à Corvisart l'origine syphilitique de certaines maladies du cœur (argument bien faible, qui ferait sourire nos syphiliographes d'aujourd'hui). Sans qu'aucun symptôme l'eût fait soupçonner, il s'était formé à la face supérieure de la valvule mitrale une tumeur rougeâtre, mamelonnée, du volume du pouce, faisant saillie dans l'oreillette gauche. M. Lebert a fait des remarques fort judicieuses et dont vous avez gardé le souvenir au sujet de ces concrétions et de leur évolution successive.

M. Topinard vous a présenté un cœur affecté d'un *rétrécissement des deux orifices* auriculo-ventriculaires. Dans ce fait remarquable, la mort a été occasionnée par une gangrène des extrémités qui ne se rattachait à aucune oblitération vasculaire. Il n'y avait non plus aucun caillot qui, détaché du cœur, se fût arrêté dans un vaisseau (comme cela a lieu quelquefois. Voyez le fait de M. Pierre dans vos Bulletins, en 1849). Quelque difficile qu'il paraisse d'expliquer le sphacèle par un obstacle aussi éloigné, occupant le centre circulatoire lui-même, il est plus difficile encore de nier la relation entre cette gangrène et ce double rétrécissement.

J'ai à vous entretenir maintenant de plusieurs communications de M. Turner. Notre collègue s'est proposé de mettre sous vos yeux la démonstration anatomique des idées développées par M. Beau, dans son mémoire sur l'*asystolie*. Et comme ces idées paraissent avoir été mal comprises par certains médecins, il n'est peut-être pas inutile de les résumer ici en quelques mots. D'après M. Beau,

il y a asystolie toutes les fois que la puissance contractile du cœur devient insuffisante pour vaincre un obstacle quelconque situé sur le parcours du sang, peu importe d'ailleurs le siége précis de cet obstacle, qu'il se rencontre dans les poumons, dans l'aorte, dans le cœur lui-même. Les lésions qui occupent ces divers points ne déterminent de trouble grave de la circulation et de l'hématose qu'à la condition expresse de cette contractilité insuffisante du cœur. La *maladie* du cœur ne commence qu'à partir du moment où cet organe se lasse des efforts qu'il est obligé de déployer pour faire franchir au sang l'obstacle qui tend à en arrêter le cours, et que, dans cette lutte toujours inégale à la longue, le cœur succombe, malgré les ressources de l'hypertrophie qui double ou triple sa puissance. Tant que cette inégalité n'existe pas, tant que le cœur *va*, pour nous servir du langage de M. Beau, la circulation ni la respiration n'éprouvent de perturbation grave, et l'obstacle siégeât-il même à l'un des orifices du cœur, l'excès d'action des parois suffit pour contre-balancer la tendance à l'arrêt du sang. Il y a loin, comme on voit, d'une *lésion des orifices* à une *maladie proprement dite du cœur*.

Voici une autre conséquence qui découle naturellement de ce qui précède: Les lésions des orifices du cœur ne sont pas les seules qui conduisent aux symptômes par lesquels se traduit l'asystolie; l'enraiement de la circulation se produisît-il dans les poumons ou dans telle ou telle partie du système sanguin, il peut, au même titre qu'une lésion du centre circulatoire, aboutir à l'asystolie; en un mot il peut y avoir *maladie* du cœur sans *lésion des orifices du cœur*.

De là l'importance qu'il y a à séparer nettement ces deux choses, au moins en théorie, car bien souvent leur distinction clinique est fort difficile (ce qui suffirait, disons-le en passant, pour prouver la vérité de ces idées), et c'est pour éviter cette confusion que M Beau a proposé les noms de *lésions des orifices* et *lésions cavitaires*.

Des symptômes fort différents révèlent pendant la vie la présence de ces deux ordres d'altérations. Y a-t-il seulement *lésion des orifices*, la respiration est facile, le pouls conserve de l'ampleur, les battements du cœur sont énergiques, plus énergiques qu'à l'état normal, et au niveau des orifices malades on perçoit des souffles rudes, prolongés, intenses, comme le frottement du sang contre les surfaces rugueuses qui lui font obstacle; la force de ces bruits donne la mesure de la puissance avec laquelle le cœur se contracte. — Mais qu'à la lésion de l'orifice s'ajoute la *lésion cavitaire*, la scène change; la gêne qu'éprouve la circulation à se faire à travers les poumons, la difficulté avec laquelle le sang veineux se déverse dans le cœur, s'annoncent par des symptômes jusque-là absents, par les palpitations, la dyspnée, la cyanose, le pouls veineux, l'œdème; d'une autre part le cœur bat plus vite, mais moins régulièrement, il ne se vide plus à fond à chaque systole, il s'épuise en contractions qui sont comme perdues pour le système artériel, tant elles sont faibles et molles; de là la fréquence, l'irrégularité, l'intermittence du pouls radial. Et puisque l'intensité du frottement au niveau des orifices malades et par conséquent aussi l'intensité des souffles qui en sont la représentation acoustique, dépendent du degré de force avec laquelle le sang est lancé à travers l'orifice obstrué, il est facile de prévoir que, dans cette période, les bruits anormaux doivent devenir plus courts, plus légers, doivent manquer pendant les systoles les moins énergiques, puis finir par disparaître complétement. C'est ce qui arrive en effet: des bruits tumultueux sans aucun caractère soufflant, voilà ce qu'on entend à peu près exclusivement dans l'asystolie. Ce qui peut se traduire ainsi: plus un bruit anormal est fort et prolongé, moins le cœur est près de défaillir; de sorte que ces caractères du souffle constatés dans une maladie du cœur doivent faire porter un pronostic *relativement* favorable; s'ils s'affaiblissent, le cas est grave, il est mortel s'ils s'effacent définitivement.

Jusqu'à présent nous avons supposé que la continuité seule de la lutte déterminait dans les parois du cœur cet affaiblissement, cette asystolie. En réalité il n'en est pas ainsi; des influences débilitantes agissant sur l'ensemble de l'économie peuvent produire le même résultat.

Les faits que nous venons de rappeler sont de ceux qui s'offrent journellement à l'observation; ils ont été notés par tous nos maîtres, et nous nous souvenons toujours du soin avec lequel M. le professeur Bouillaud faisait remarquer à ses élèves les aspects étonnamment variés que présentent les maladies organiques du cœur. Tantôt elles sont presque complétement latentes: à moins de recourir à l'auscultation on ne soupçonnerait même pas leur existence; d'autres fois leurs symptômes sont tellement tranchés que le seul *facies* des malades les annonce de loin. Ces derniers cas sont les seuls qui fussent diagnostiqués avant la découverte de Laënnec, et le maître que j'ai cité tout à l'heure nous a fait souvent remarquer dans quelle erreur était tombé Corvisart quand il les considérait comme le type habituel des maladies chronico-organiques du cœur. Mais il restait à trouver la raison de ces dissemblances, il fallait sortir du vague des dispositions individuelles, il fallait marquer la limite précise entre cette période souvent très longue où la lésion existe sans trouble dynamique, et le moment où ce trouble éclate entraînant avec lui tout un nouveau cortége des symptômes. C'est là ce qu'a fait M. Beau, et l'on comprend difficilement comment son travail sur l'asystolie a pu paraître *paradoxal*, alors qu'il était simplement l'interprétation logique de faits généralement connus.

Voyons maintenant comment M. Turner a procédé dans la démonstration de ces idées. Il vous a fait à ce sujet quatre communications successives.

1° *Lésion des orifices; absence de bruit anormal.* — Une malade meurt avec une apoplexie pulmonaire; depuis longtemps existaient chez elle les symptômes suivants: dyspnée, œdème des jambes, pouls veineux, battements du cœur irréguliers, la radiale presque imperceptible, la région précordiale mate dans une grande étendue; aucune trace de bruit de souffle. L'autopsie montre cependant un rétrécissement considérable de l'orifice aortique, un autre, léger, de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Tout porte à penser qu'un bruit anormal a existé d'abord, mais que, l'asystolie faisant des progrès, il s'est supprimé.

2° *Lésion des orifices; disparition du souffle.* — Dans ce fait, nous assistons à cette suppression des bruits que nous n'avons fait que supposer tout à l'heure. En vain reproduirait-on ici un argument dont on a habilement tiré parti dans une autre circonstance, en disant que souvent des rétrécissements auriculo-ventriculaires existent sans s'accompagner de bruits morbides, et cela parce que les parois à peine musculaires de l'oreillette chassent silencieusement le sang à travers la filière du rétrécissement. Sans nous arrêter à examiner cette objection, disons tout d'abord que, chez le malade de M. Turner, une insuffisance des valvules aortiques existait en même temps qu'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, et que le bruit du second temps, comme celui du premier, s'est effacé sous l'oreille de l'observateur, pour ainsi dire, à mesure que l'asystolie a marché. — C'est chez ce malade aussi qu'on a pu constater combien un mauvais régime et des conditions hygiéniques défavorables ont eu d'influence sur la production des lésions cavitaires qui ont déterminé la mort.

3° *Lésion de l'orifice aortique; bruit de souffle persistant.* — Pendant la vie, intégrité presque absolue de la circulation et de la respiration; après la mort (qui a été le résultat d'un abcès par congestion des vertèbres dorsales), on note avec soin le volume du cœur, l'état de ses parois, les dimensions de ses cavités, et toutes ces mesures font assez ressortir la différence qui sépare ces lésions de celles notées dans les cas précédents.

4° *Asystolie sans lésion des orifices du cœur.* — Tous les phénomènes regardés comme caractéristiques des affections cardiaques, dans le sens qu'on attache d'ordinaire à cette expression, existaient chez la malade: œdème, ascite, cyanose, pouls veineux, pulsations radiales petites, battements du cœur précipités, irréguliers, matité précordiale considérable. Et cependant c'est dans les poumons qu'on a trouvé l'obstacle, c'est une bronchite qui a été le point de départ de tout cet appareil de symptômes. Quant au cœur, l'asystolie seule donnait la raison du trouble survenu dans

ses actes, et cette asystolie est encore marquée sur le cadavre par les dimensions comparatives des parois et des cavités.

M. Tassel vous a rappelé une observation analogue recueillie par lui sur un malade qui avait présenté tous les signes d'une maladie organique du cœur, et chez lequel cet organe fut cependant trouvé libre de toute altération des orifices; une lésion de l'aorte au voisinage de sa bifurcation terminale avait occasionné une perturbation mortelle des fonctions du cœur.

5° La dernière observation de M. Turner n'est, en quelque sorte, que la répétition de la précédente. C'est encore une maladie du poumon (bronchite et emphysème) qui donne lieu à l'asystolie; cette fois, on avait même diagnostiqué un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. A l'autopsie, absence de lésions des orifices; lésions cavitaires.

Nous venons de rappeler les faits et les réflexions présentés par M. Turner; mentionnons aussi les principaux arguments qui lui ont été opposés.

En cherchant à revendiquer en faveur du poumon les symptômes attribués à l'*asystolie* dans les deux dernières observations, M. Tarnier nous semble avoir simplement confirmé la vérité des idées soutenues par M. Turner. Une étroite et évidente connexion existe entre le cœur et le poumon; rien ne le démontre mieux que ce fait même, à savoir, que, sous l'influence d'une maladie pulmonaire, le cœur devient le siége de phénomènes exactement semblables à ceux qui traduisent ses propres lésions.

M. Houël s'est demandé si l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, résultant de l'ampliation du cœur, ne pouvait pas devenir une cause d'asystolie, au même titre que l'inocclusion due à toute autre lésion de ces voiles membraneux. Mais, en admettant la réalité de cette insuffisance, la dilatation dont on suppose l'existence préalable, à quoi est-elle due elle-même? Quelle est la cause de ce relâchement du cœur, si ce n'est l'asystolie?

Cette insuffisance des valvules, dont M. Houël a cherché l'explication dans l'excès de capacité du cœur, M. Blondeau est tenté de l'attribuer à ce que les muscles papillaires cessent de remplir leurs fonctions. Que ces fonctions consistent à rapprocher les valvules (comme le veut M. Bouillaud), ou à clore la partie auriculaire du ventricule pour ne laisser de perméable que sa portion artérielle (ainsi que l'admet M. Parchappe), ce n'est pas là ce qui importe pour le moment. Quel que soit l'effet de la contraction de ces piliers charnus, nous accordons à M. Blondeau qu'à l'égal des parois ventriculaires, dont ils sont une dépendance, ils aient perdu une partie de leur contractilité; mais, ici encore, ce ne peut être qu'un des effets, une des circonstances de l'asystolie.

Vous me pardonnerez, je l'espère, messieurs, cette discussion un peu longue en faveur de l'intérêt du sujet, et aussi d'une certaine partialité involontaire, dont je suis le premier à m'accuser, à l'égard de mon ami le docteur Turner.

Artères.

M. Nadaud vous a présenté un nouvel exemple d'une *valvule sigmoïde surnuméraire* de l'aorte.

Immédiatement après cette anomalie, et comme formant la transition entre les anomalies et les lésions pathologiques, se place une pièce fort remarquable que nous devons à M. Luys. Chez une femme de cinquante-deux ans, qui pendant la vie et depuis son enfance avait présenté une coloration bleuâtre de la face et un léger refroidissement des extrémités, notre collègue a rencontré une *persistance du canal artériel*, ou, plus exactement, une perforation de la largeur du petit doigt, située entre les deux orifices de l'artère pulmonaire qui conduisent dans les branches de bifurcation de ce vaisseau.

L'autopsie fait voir, en outre, le péricarde adhérent dans toute l'étendue de ses deux feuillets, les parois de l'artère pulmonaire remplies de plaques calcaires, une masse tuberculeuse placée, en quelque sorte, à cheval sur cette artère, qui est considérablement dilatée entre son orifice et le point occupé par la tumeur. — Je me hâte d'ajouter qu'aucune communication anormale n'existait entre les cavités droites et gauches du cœur.

Il est infiniment probable, comme l'a indiqué M. Leudet, qu'il s'agit ici plutôt d'une maladie (peut-être d'une artérite du fœtus?) que d'une anomalie, ou d'un arrêt de développement pur et simple. La dilatation de l'artère pulmonaire, la présence de concrétions calcaires dans ses parois, ainsi qu'au pourtour de la perforation, peuvent être invoquées à l'appui de cette manière de voir. — M. Luys attribue, avec moins de vraisemblance, croyons-nous, la dilatation de l'artère à la présence de la tumeur qui la comprimait, et les plaques calcaires au contact insolite du sang artériel avec les tuniques du vaisseau.

Quelles que soient, d'ailleurs, l'origine et la cause prochaine de cette communication anormale, il y avait là un véritable anévrysme artérioso-veineux (ou mieux une varice anévrysmale, puisqu'aucune poche ne séparait les deux vaisseaux). Le sang aortique pénétrait dans l'artère pulmonaire; mais celle-ci, à son tour, envoyait-elle du sang veineux dans l'aorte? C'est là une question de physiologie morbide qui mérite examen. Au premier abord, la cyanose, le refroidissement, etc., semblent indiquer le mélange des deux sangs; mais, en y réfléchissant, on voit que, pendant fort longtemps au moins, ce mélange ne s'est pas plus opéré ici que dans un anévrysme variqueux ordinaire. Sans doute, on peut trouver de notables différences entre les conditions de ces anévrysmes et celles de la communication pulmo-aortique rencontrée par M. Luys. On peut remarquer, par exemple, qu'ici ce n'est pas une veine, mais bien une artère qui se trouve en présence d'une artère; qu'à la vigueur plus grande des parois du vaisseau vient s'ajouter la contraction du ventricule droit, de là pour le sang veineux une vitesse, une force d'impulsion qui lui manquent dans les veines superficielles. Et cependant les choses n'ont pas dû se passer différemment dans cet anévrysme artérioso-veineux que dans les autres. En effet: 1° les parois de l'aorte, et notamment sa tunique élastique, l'emportent considérablement sur celles de l'artère pulmonaire; 2° l'intégrité des parois aortiques, opposée à l'état pathologique des parois de l'artère pulmonaire, ajoutait encore à ces premiers avantages établis en faveur des premières sur les secondes; 3° vu la situation de l'orifice d'écoulement, le sang artériel, pour pénétrer dans l'artère pulmonaire, était encore aidé par la pesanteur; 4° à l'état normal, le ventricule gauche est bien supérieur au ventricule droit par la puissance de ses contractions. De tout cela, nous pouvons conclure que, dans une première période, le sang pulmonaire ne pénétrait pas dans l'aorte. Mais alors, comment nous rendre compte des troubles de la circulation et de la calorification observés chez la malade? Il suffit, pour cela, d'observer que le sang aortique se partageait en deux ondées: l'une descendait dans l'artère pulmonaire; l'autre continuait son cours dans le système artériel, mais elle se trouvait insuffisante pour entretenir aux extrémités de ce système le degré normal de chaleur et de vitalité. Quant au sang de l'artère pulmonaire, il refluait dans ce vaisseau après s'être heurté contre l'ondée aortique; de là dilatation de l'artère pulmonaire, réplétion de tout le système veineux s'étendant de proche en proche jusqu'aux capillaires.

Pour plus de clarté, substituons un moment le système artériel tout entier (ventricule gauche, aorte et ses branches) à l'artère humérale, et à la veine basilique le système veineux dans son ensemble (artère pulmonaire, ventricule droit, oreillette droite, veine cave); comparons la communication pulmo-aortique avec les varices anévrysmales du pli du bras, et voyons quelles analogies et quelles différences s'offriront à notre examen.

1° En ce qui regarde la veine, nous constatons sa dilatation, son hypertrophie (sur la pièce de M. Luys, le ventricule droit était hypertrophié et dilaté; ses parois, par leur épaisseur et leur rigidité ressemblaient à celles d'un ventricule gauche à l'état normal; de même l'oreillette droite), — le reflux du sang artériel dans la veine (manifesté par le pouls veineux); — quant au bruit de souffle continu et au frémissement sur le trajet de la veine, ils étaient absents. Quelque singulière que paraisse d'abord cette circonstance, il faut bien l'admettre, car l'observation l'affirme positivement.

2° Du côté de l'artère, on doit s'attendre à trouver des phéno-

mènes inverses : hypertrophie en deçà de la communication, étroitesse et atrophie au delà. Or le pouls radial était petit, ce qui peut être mis, comme pour l'anévrysme du pli du bras, sur le compte de l'insuffisance de l'ondée artérielle, et constituerait, par conséquent, une analogie de plus. Mais voici que les différences apparaissent à leur tour : la portion de l'aorte comprise entre son origine et la perforation de l'artère pulmonaire, ne présentait rien de particulier, tandis que tout le cœur gauche, oreillette et ventricule, était remarquable par *sa pâleur et sa mollesse;* et cependant nous savons que, dans l'anévrysme artérioso-veineux ordinaire, l'artère, au-dessus de la communication anormale, est au contraire élargie, sinueuse, que tout y indique un trop plein. Il y a là une exception embarrassante. On ne saurait s'en rendre compte, à moins d'admettre qu'après s'être épuisé en efforts pour refouler le sang veineux dans l'artère pulmonaire, le cœur gauche ait fini par s'affaiblir; que ses parois, d'abord hypertrophiées, se soient ensuite dilatées et amincies progressivement; qu'en un mot elles aient été frappées d'asystolie. La même succession de phénomènes expliquerait pourquoi on ne trouvait chez la malade de M. Luys aucun vestige de bruit de souffle : c'est que sans doute ce bruit avait disparu au moment où l'observation a été recueillie.

Une dernière difficulté resterait à résoudre : Étant admise la flaccidité asystolique du cœur gauche, d'où vient que le cœur droit a été trouvé dans un état de rigidité hypertrophique ? On peut répondre à cette question en alléguant les qualités stimulantes du sang artériel anormalement mélangé au sang veineux. Cette hypertrophie du cœur droit, contrastant avec l'amincissement du cœur gauche, nous ferait supposer qu'à la dernière période de la maladie le sang veineux a dû pénétrer dans le système artériel. Peut-être même est-ce à cette circonstance que doit être attribuée la mort.

La pièce de M. Luys est une des plus curieuses que vous ayez eu à examiner cette année, et une des plus rares aussi, car j'en ai vainement cherché d'analogues dans le riche répertoire de vos *Bulletins*. — « La persistance du canal artériel, dit M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, a été observée quelquefois en dehors de tout autre vice de l'appareil de la circulation; mais cette disposition, l'une des moins normales de toutes, est aussi l'une des plus rares. » — Parmi les faits cités dans l'article que M. Cruveilhier consacre à ce sujet dans son *Traité d'anatomie pathologique*, il n'en existe pas qu'on puisse rapprocher du cas de M. Luys. L'âge de la malade, la nature de la lésion lui donnent un intérêt tout exceptionnel.

Un certain nombre d'anévrysmes a passé sous nos yeux : M. Caron vous a montré une *dilatation fusiforme de l'aorte*, près de la naissance des iliaques primitives; M. Richard-Maisonneuve un *anévrysme vrai de la crosse aortique*. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette dernière présentation, c'est moins encore l'énorme volume de la poche anévrysmale et sa disposition anatomique, que les signes constatés pendant la vie. Votre secrétaire a pu suivre pendant plus d'une année le malade affecté de cette lésion, et qui était placé dans les salles de M. Andral. On trouvait au-dessous de la clavicule droite une tumeur pulsatile, expansible, faisant saillie au défaut des deuxième et troisième côtes qu'elle avait détruites. L'auscultation ne faisait entendre au moment de l'expansion qu'un bruit de choc sourd, sans mélange de souffle appréciable ; pendant que la tumeur s'affaissait sous l'oreille, on y percevait un souffle long, rude, râpeux. Le même souffle appartenant, comme on voit, au deuxième bruit du cœur, s'entendait aussi et renaissait même avec une nouvelle force quand on plaçait l'oreille sur la région correspondante à la base du cœur. Ces signes stéthoscopiques dénotaient évidemment deux choses : un reflux se faisant d'une portion superficielle de l'anévrysme dans une autre placée plus profondément ; un second reflux sans lequel le premier n'eût pas été possible, et qui faisait rentrer dans le ventricule le sang de l'aorte ou de la portion profonde de l'anévrysme. Il était infiniment probable que la poche anormale avoisinait l'orifice de l'aorte, et que non-seulement les valvules sigmoïdes participaient ~~à l'~~altération des parois artérielles (dont l'anévrysme n'était en somme que l'une des conséquences), mais qu'en outre ces valvules, tiraillées, écartées de l'axe du vaisseau, ne se touchaient plus par leurs bords libres et laissaient ainsi son orifice béant. Cette insuffisance valvulaire donnait la clef de tous les signes physiques observés chez notre malade; par elle s'expliquait tout naturellement :

L'existence d'un premier maximum du bruit de souffle au niveau des valvules insuffisantes ; —

Le reflux du sang de la tumeur extérieure dans la poche profonde à travers un collet étroit et rugueux ; de là un autre frottement, de là le deuxième maximum ; —

Les caractères du pouls, qui était plein et dur quoique sans bondissement marqué ; —

La production dans les vaisseaux du cou, d'un bruit de souffle intermittent. Relativement à ce dernier phénomène nous avons été frappé de la facilité avec laquelle on pouvait à volonté entendre soit le souffle du deuxième temps au niveau de la tumeur, soit le souffle du premier temps dans la région carotidienne, car l'une n'était séparée de l'autre que par la largeur de la clavicule.

Ces lésions diagnostiquées pendant la vie ont été toutes vérifiées sur le cadavre par M. Richard-Maisonneuve.

Voici une altération d'une espèce plus rare, et que M. Cadet-Gassicourt a examinée et décrite avec beaucoup de soin. C'est un *anévrysme disséquant de l'aorte ascendante* observé dans le service de M. Cruveilhier. La malade avait été admise à la Charité, avec les symptômes d'une maladie du cœur d'origne rhumatismale. Il serait inutile, surtout après les savantes considérations développées par M. Leudet dans un rapport qu'il fit, en 1853, sur une présentation semblable de M. Goupil, de reproduire ici l'histoire de cette variété remarquable d'anévrysmes. Je me bornerai à faire ressortir les particularités qui distinguent le fait rapporté par M. Cadet-Gassicourt, de ceux qu'on observe habituellement. Nous noterons, pour la symptomatologie : le développement des accidents, lent, graduel, absolument comme dans les maladies communes des gros vaisseaux ; aucune secousse, aucune exaspération indiquant la rupture soudaine des tuniques artérielles. Au point de vue anatomique, on observera avec intérêt que l'altération semble n'avoir pas franchi le premier degré de son développement ; les couches interne et moyenne de l'artère, sans être divisées, comme cela a été souvent observé, par une section transversale, par une plaie nette qui ressemble à une incision, sont largement et irrégulièrement déchirées ; elles sont rétractées, et, dans toute l'étendue mesurée par leur écartement, la tunique celluleuse forme seule la paroi artérielle ; mais cette tunique n'est encore décollée que dans le proche voisinage de la déchirure ; le sang ne s'est pas insinué entre elle et la couche moyenne ; l'anévrysme, à proprement dire, n'existe pas encore, quoique tout soit préparé pour sa formation. Çà et là, des brides dirigées en différents sens montrent que la déchirure et le décollement se sont produits très récemment. Ajoutons que, sur la pièce de M. Cadet, on pouvait constater l'intégrité complète de la tunique interne, à part la déchirure déjà indiquée ; circonstance bien remarquable, déjà notée dans plusieurs autres observations, et qui confond jusqu'à ce jour toutes les hypothèses sur la cause immédiate de ces anévrysmes. L'artère n'a paru présenter aucune altération ancienne. Quant au cœur, quelques noyaux indurés trouvés dans les valvules aortiques, un certain degré d'ampliation des cavités dont les parois étaient d'ailleurs flasques et molles, l'adhérence des deux feuillets péricardiques, rendent-ils un compte satisfaisant des accidents auxquels le malade a succombé : dyspnée, palpitations, œdème, épanchements séreux.... ?

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Procédé nouveau pour fixer les corps étrangers des articulations, par le docteur Wolff.

Deux méthodes générales ont été appliquées au traitement des accidents produits par les corps mobiles des articulations.

Dans la première, on enlève la cause du mal, soit en incisant directement sur le corps mobile, attiré dans l'un des culs-de-sac de la synoviale, soit par la méthode sous-cutanée, suivant le procédé de M. Goyrand. L'incision directe a donné lieu à de nombreux accidents, qui en ont fait une opération assez grave, à laquelle le chirurgien hésitera toujours à recourir. Le procédé de Goyrand offre beaucoup plus de sécurité, mais il n'a pas la même sûreté : ainsi, il est arrivé à M. Bonnet d'inciser largement la capsule et de ne point réussir ensuite à faire passer le corps étranger par l'ouverture pratiquée. La seconde méthode a pour but de fixer le corps mobile en un point où sa présence n'a aucun inconvénient. Ce qu'il y a de plus sûr, c'est de lui faire contracter, dans cette position, des adhérences qui s'opposent à tout déplacement ultérieur. La genouillère, les pansements avec des bandelettes de diachylon, pourront bien retenir le corps en place, mais lui feront rarement contracter ces adhérences qui permettront plus tard de supprimer tout appareil. Dieffenbach a eu l'idée de *clouer* le corps étranger sur les os ; mais cette opération, dont l'idée ne manque pas d'originalité, a provoqué des accidents sérieux. M. Jobert a imaginé un instrument spécial, appelé *trident*, qu'il enfonce dans le corps étranger, et qu'il laisse à demeure, jusqu'à ce que les exsudations plastiques déterminées par la présence de ce corps métallique aient fixé définitivement le produit anormal. Le procédé mis en usage dans le cas suivant, par M. Wolff, l'emporte sur le précédent, parce qu'il permet de graduer, pour ainsi dire, l'irritation que l'on produit, de la porter au point nécessaire pour un résultat assuré, et de l'arrêter au moment où elle pourrait devenir dangereuse. Il a en outre l'avantage d'être facile à exécuter, et de n'exiger d'autre instrument qu'une forte serre-fine.

Obs. — Un ouvrier cordonnier, âgé de vingt sept ans, éprouvait, depuis environ trois ans, dans le genou gauche des douleurs plus ou moins vives, qui parfois prenaient subitement une intensité extrême. Le malade avait découvert lui-même un corps mobile dans son articulation. Lorsqu'il fut examiné, le 15 novembre dernier, il venait de faire un voyage à pied, pendant lequel ses douleurs avaient augmenté beaucoup en intensité et en fréquence. Le corps étranger avait à peu près la forme et le volume d'un haricot ; il était lisse sur ses faces et mobile dans tous les sens ; l'articulation contenait un peu d'épanchement ; la pression était douloureuse à la partie interne. Le malade garda le repos dans son lit pendant deux jours, et appliqua des fomentations froides sur le genou. Le corps étranger fut ensuite poussé le plus possible en bas et en dedans, dans le cul-de-sac interne de la synoviale ; du pouce de la main gauche le chirurgien l'empêcha de remonter en exerçant une pression au-dessus de lui, tandis que, de la main droite, il saisissait le corps étranger et les parties qui le recouvraient entre les mors d'une forte serre-fine ; un cerceau fut employé pour éviter le déplacement de l'instrument par les couvertures.

Les jours suivants, le malade garda le lit, mais il n'éprouva dans le genou que des douleurs légères. A partir du sixième jour, ces douleurs devinrent plus vives, en même temps que survinrent de la tuméfaction et de la rougeur autour du corps étranger. Le jour suivant, les choses étant dans le même état, on enlève la serre-fine, et l'on applique pendant deux jours une vessie remplie de glace. Les petites plaies produites par les branches de l'instrument suppurèrent fort peu ; le gonflement et la douleur disparurent. Le neuvième jour, on applique un pansement fait avec des bandelettes de diachylon, et destiné à empêcher le corps étranger de remonter. Le malade peut marcher. Au bout de quatre jours on enlève le pansement. Le corps étranger est si bien adhérent aux parties voisines, qu'il ne peut plus être déplacé. Un nouveau pansement est appliqué, et le malade se met en voyage pour son pays.

Il est évident que, dans ce procédé, c'est la pression exercée par les branches de la serre-fine sur les parties molles, qui provoque l'inflammation plastique, qui fixe le corps étranger. Est-il nécessaire que la petite ulcération qui se fait naturellement sous la pince, s'étende jusqu'à la capsule synoviale ? Dans tous les cas, cette extension n'offrirait aucun danger, attendu que les adhérences qui s'établiraient préalablement au voisinage de la solution de continuité, empêcheraient toute communication de la cavité synoviale avec l'extérieur. Nous croyons cependant qu'elle n'est point nécessaire, et M. Wolff pense qu'elle n'a point eu lieu dans le cas qu'il a observé, attendu que les dents de l'instrument étaient fort petites, et qu'elles n'avaient pénétré qu'à une petite profondeur. Il va sans dire que la force et le volume de la serre-fine doivent être en rapport avec les dimensions du corps étranger et l'épaisseur des parties molles qui le recouvrent, et que le temps nécessaire pour que l'inflammation provoquée soit assez intense, variera suivant une foule de circonstances individuelles. S'il existait plusieurs corps mobiles dans l'article, rien n'empêcherait de les traiter à la fois, en se servant d'autant de serres-fines, qu'on placerait soit à la face interne, soit à la face externe du genou. S'il s'agissait d'un corps étranger de l'articulation scapulo-humérale, on le saisirait par le creux axillaire, en évitant, bien entendu, de pincer le paquet vasculo-nerveux. (*Deutsche Klinik*, n° 4, 1856.

Action réciproque des muscles et de l'air atmosphérique ambiant, par M. le professeur G. Valentin.

On peut admettre *à priori* qu'un muscle excitable n'a pas la même constitution moléculaire que celui qui a perdu la faculté de se contracter. La chimie, cependant, s'est montrée impuissante jusqu'ici à déterminer en quoi consiste cette différence. Les expériences consignées dans ce mémoire sont de nature à démontrer le fait d'une manière indirecte ; elles sont toutes conçues d'après un même plan : le train postérieur d'une grenouille, revêtu ou non de sa peau, est mis en contact dans un eudiomètre, avec un volume connu d'air atmosphérique. Après un certain temps de contact, on détermine les différences qui sont survenues, soit dans le volume, soit dans la composition de cette masse gazeuse. Les appareils dont l'auteur s'est servi, sont figurés dans la quatrième édition de ses *Éléments de physiologie*, p. 523. Le lecteur se fera une idée suffisante des conditions qu'ils doivent remplir, sans que nous nous étendions sur une description qui serait nécessairement inintelligible en l'absence de figures.

Il nous est, du reste, impossible de rapporter ici autre chose que les conclusions de ce mémoire remarquable, fondé sur de longues séries d'expériences.

1° Non-seulement les muscles, mais aussi les autres tissus qui entrent dans la composition des extrémités inférieures de la grenouille, modifient l'air ambiant, en absorbant de l'oxygène et en exhalant de l'acide carbonique.

2° Cet échange continue sans interruption après la mort, que les propriétés vitales des muscles se manifestent encore en partie ou qu'elles soient éteintes depuis longtemps. L'opinion d'après laquelle le muscle vivant seul respire, n'est donc point fondée en réalité.

3° Dans un espace d'air circonscrit et saturé d'humidité, les muscles d'une grenouille recouverts de leur tégument cutané conservent leur excitabilité beaucoup plus longtemps que ceux qui sont exposés directement à l'influence de l'atmosphère. L'échange de gaz est différent dans les deux circonstances.

4° Le muscle excitable agit sur l'air ambiant autrement que celui qui a perdu toute excitabilité. Quand on étudie les phénomènes tels qu'ils se montrent pendant la putréfaction, on voit les différences que nous allons signaler croître en proportion de la perte de l'excitabilité. Si la vie du muscle est anéantie rapidement par des moyens artificiels tels qu'une forte contusion, le froid ou la chaleur, les différences caractéristiques se montrent immédiatement après la disparition de l'excitabilité. Le muscle excitable, en un mot, a une autre composition moléculaire que le muscle frappé de mort ; c'est pourquoi il agit d'une manière spéciale sur les gaz ambiants. Ces derniers sont aussi modifiés d'une manière différente suivant que la substance musculaire a été altérée par la chaleur ou par le froid, parce que dans les deux cas des substances différentes y prennent naissance. On voit par là que l'examen eudiométrique des gaz sur lesquels ont agi des pattes de grenouille, peut servir à apprécier certaines différences de composition que l'électricité est incapable de déterminer.

5° Un volume déterminé d'air atmosphérique sur lequel agit le corps d'une grenouille ou seulement les muscles de cette dernière, diminue notablement tant que dure l'excitabilité musculaire ; lorsque celle-ci a disparu, cette diminution décroît progressivement ; elle peut se réduire à zéro et faire place à une augmentation que

ramène en dernier lieu la masse gazeuse à son volume primitif.

6° Les oscillations dépendent principalement d'une formation d'acide carbonique, d'une absorption d'oxygène et d'une modification dans la quantité d'azote. L'oxyde de carbone, l'hydrogène carboné, l'hydrogène sulfuré et l'ammoniaque ne se montrent qu'en très petite proportion, même lorsque la putréfaction est très avancée.

7° Les muscles excitables n'agissent nullement sur l'azote de l'air ambiant ; du moins les oscillations en plus ou en moins de ce gaz se maintiennent-elles en dedans des limites où elles peuvent être considérées comme des erreurs d'observation. Lorsque l'excitabilité a disparu par suite de la décomposition spontanée qui survient après la mort, il se dégage de l'azote. Cette différence est un indice certain du changement moléculaire qui accompagne la perte de l'excitabilité.

8° Si les relations entre l'azote et les muscles vivants en rappellent de semblables concernant le rang pendant la respiration, l'analogie ne peut être soutenue que d'une manière générale quant à l'exhalation d'acide carbonique et à l'absorption d'oxygène. Le muscle vivant, ainsi que le muscle mort, consomme beaucoup plus d'oxygène relativement à l'acide carbonique exhalé que le sang veineux pendant la respiration.

La quantité d'acide carbonique absorbée par la grenouille elle-même, n'a pas encore été déterminée.

9° Quand un muscle a perdu peu à peu son excitabilité, il fournit plus d'acide carbonique que dans sa période excitable. La quantité d'oxygène absorbée croît en même temps, mais en général moins rapidement, de sorte que les rapports quantitatifs de ce dernier se montrent plus favorables, d'une manière relative, dans les grenouilles excitables, mais non d'une manière absolue.

10° Si l'on éteint la vie de la préparation par des chocs répétés, ou par le froid, les signes caractéristiques de la perte d'excitabilité se montrent tout aussi évidents que lorsque l'excitabilité s'est éteinte spontanément après la mort. Immédiatement on observe une diminution moins rapide ou même une augmentation de volume de l'air ambiant, une exhalation d'azote, une augmentation dans la quantité de l'acide carbonique exhalé, une augmentation absolue et une diminution relative de la quantité d'oxygène absorbée. Les différences qui, dans la mort naturelle, ne se montrent qu'après plusieurs heures ou même plusieurs jours, peuvent, de cette manière, être produites sur des pièces séparées depuis très peu de temps du corps vivant.

La mort par la chaleur, l'altération que cet agent détermine dans la peau, la coction des muscles, produisent également les signes de mort mentionnés dans ce mémoire. Mais ici les résultats varient d'une expérience à l'autre dans des limites beaucoup plus éloignées que lorsque le genre de mort a été différent. L'aspect extérieur montre déjà que la composition des muscles devenus rigides par la chaleur varie énormément avec les circonstances accessoires de la coction. L'analyse eudiométrique fournit, sous ce rapport, des résultats quantitatifs qu'aucune autre méthode n'a pu donner jusqu'ici. (*Arch. f. physiol. Heilkunde*, décembre 1855.)

Accusation de vols, suivie d'une condamnation correctionnelle : état de monomanie et de démence paralytique de l'inculpée; par M. GIRARD DE CAILLEUX, médecin de l'asile des aliénés d'Auxerre.

Les magistrats sont fréquemment appelés à résoudre des questions de responsabilité concernant des individus pour lesquels on excipe de la folie. La perturbation alors est généralement active. Quoique plus rarement, les formes mentales par débilité peuvent néanmoins, laissant germer le doute, amener l'auteur d'un méfait sur les bancs du crime. Nous avons vu à Bicêtre un pauvre dément qui fut traduit devant les tribunaux pour avoir dérobé chez un marchand une pièce de 2 francs ; un autre, gros garçon boucher, renvoyé comme le précédent de la plainte, avait pris un morceau de ferraille dont il ne pouvait rien faire.

A ces exemples nous pourrions en ajouter un troisième dont les particularités mériteraient d'être exposées, et qui est relatif à un employé de l'octroi. Pour un premier délit, on le fit descendre d'un grade et changer de barrière. Mais, surpris quelques jours après dans une récidive, il allait être livré à la justice, lorsque s'élevèrent quelques soupçons sur l'intégrité de sa raison. En conséquence il fut envoyé à Bicêtre, moins encore pour être soigné que pour être examiné.

Pour un observateur peu exercé à l'étude des affections mentales, la santé intellectuelle n'eût pas fait l'objet d'un doute. L'inculpé était calme et avait des idées suivies. Mais les actes incriminés et certains signes révélateurs ne nous permettaient pas d'avoir une telle croyance. Que lui reprochait-on ? D'avoir laissé entrer des marchandises sans exiger de permis : mais la complicité ne se fondait sur aucune base. On avait aussi, au bureau de la douane, trouvé son armoire remplie d'effets, fruit évident de la soustraction ; mais ces effets, d'une valeur insignifiante, disparates, des clous, une mauvaise fourchette, un morceau de beurre, semblaient eux-mêmes la meilleure preuve d'une désorganisation morale. D'un autre côté, l'attitude était nonchalante, la physionomie sans expression, et, dans ses manifestations morales, exemptes de mélancolie, on ne voyait qu'une sorte d'insouciance, significative en pareille conjoncture.

Fondé sur ces données, nous n'hésitons pas à reconnaître l'incubation, à une période déjà avancée, d'un affaiblissement intellectuel menaçant de se compliquer de paralysie générale. Sans perdre la mémoire, le malade, sous l'influence de cette transformation latente, commet cependant de fréquents oublis, et se livre à une foule d'actes dont il n'a, véritable automate, aucune conscience.

D'après notre certificat, rédigé en ce sens, l'autorité se désista. On fit plus, on liquida la pension du malade, qui continua de séjourner dans l'établissement pendant plusieurs mois. Comme sa situation n'avait point varié, et qu'il était inoffensif, sa femme, ayant loué au dehors de Paris une petite maison, désira le reprendre. Il s'y maintint environ une année, avec des alternatives de réveil et de dépression ; puis, ainsi que nous l'avions prévu, les accidents ayant augmenté, il réintégra, un an après, l'asile où il ne tarda pas à succomber aux progrès de la paralysie générale.

Le fait rapporté par M. Girard se rapproche, à certains égards, de ceux que nous venons de rappeler. Il s'agit d'une dame honorablement placée par sa naissance et sa fortune, et qui, comme patronnesse d'œuvres de charité, aurait commis, dans l'intervalle de 12 à 15 mois, une série de détournements s'élevant à une somme de 500 francs.

Malgré des avis compétents concluant au dérangement des facultés, avis contre-balancé, il est vrai, par d'autres autorités médicales, l'inculpée, déclarée coupable, fut condamnée à l'emprisonnement.

Or, cet arrêt paraît à M. Girard le résultat d'une erreur judiciaire. Suivant ce savant confrère, les modifications qui s'étaient opérées dans le moral, la puérilité des actes incriminés accusée par l'insignifiance des sommes et la singularité des procédés, les antécédents héréditaires, et, de plus, les symptômes paralytiques déclarés depuis, tout aurait attesté l'existence et l'influence de la détérioration.

On a pu constater, en effet, par l'examen, 1° comme signes physiques : la pâleur de la face, l'affaissement des traits, une légère déviation labiale à gauche, l'embarras de la prononciation, et une notable diminution de l'action des sens ; 2° comme signes physiques : la perte de la mémoire, notamment à l'égard des faits récents ; une remarquable insouciance, et, jointe à un laisser-aller absolu pour ses intérêts majeurs, une tendance parcimonieuse ridicule dans les petites choses.

M[me] ... ne distribuait aux pauvres qu'une partie des sommes à elle confiées, et dont aucune comptabilité n'établit l'emploi. Quant aux comestibles, non-seulement elle ne délivrait pas intégralement les quantités assignées, mais elle échangeait le surplus des bons contre des journées de travail faites pour son compte personnel et de minces fournitures, telles que viande, pain, salade, champignons, fraises, etc.

De si minimes soustractions de la part d'une personne jouissant de plus de 20,000 francs de rente, un mode si imprévoyant, qui

mettait dans la confidence et domestiques et commères, n'indiquent-ils pas cette inconscience des actes qui caractérise l'envahissement de la démence ?

Pour M. Girard, pour MM. Ferrus, Cœurderoy et Paradis, appelés à dresser une consultation, la question ne fait pas de doute, et il est difficile qu'on ne partage pas leur manière de voir, si surtout on rapproche de ces circonstances et de l'état physique et moral de l'inculpée les nombreux témoignages d'hérédité M^me ..., comptant dans sa famille sa mère, sombre et bizarre ; sa sœur, sujette à des attaques nerveuses et poursuivie par des pensées de mort ; deux oncles ayant succombé à des affections cérébrales, et un troisième, réputé pour son originalité et son avarice.

M. Girard a étayé son opinion d'une longue argumentation que nous n'analyserons point. Mais, tel qu'il est, l'exposé qui précède suffit pour montrer, avec beaucoup d'autres faits du même genre, toute la circonspection qu'exige, de la part des médecins et des juges, l'examen des causes dans lesquelles l'insanité est invoquée. (*Gazette des hôpitaux*, 14 fév. 1856.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Compte rendu des faits observés à la clinique d'accouchement de l'École de médecine de Bordeaux, depuis le 1er mai 1854 jusqu'au 30 avril 1855, par le professeur Rousset.

De l'accouchement laborieux, de ses causes et de ses indications, discours prononcé en séance publique de l'Administration des hôpitaux, le 31 mai 1855, par A. Bouchacourt, chirurgien en chef (sortant) de la Charité de Lyon. Chez Savy.

Leçon d'ouverture du cours d'accouchement de l'École de médecine de Lille, par le professeur Binaut ; novembre 1855.

Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, in-8 de 130 pages, par le docteur Silbert (d'Aix) ; ouvrage qui a remporté le premier prix au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Marseille. Paris, 1855 ; chez Victor Masson.

Les brochures de formes différentes dont nous venons d'inscrire les titres témoignent, dans une certaine limite, de l'activité et des ressources de l'obstétrique dans les départements. En effet, les trois premières sont des *comptes rendus* de cliniques ou services d'accouchements, et la quatrième une *monographie* provoquée et couronnée par une des nombreuses sociétés de médecine de province qui prennent leur rôle au sérieux.

Nous ne connaissons pas de publications qui méritent mieux d'être accueillies avec faveur et d'être encouragées que les comptes rendus détaillés et sans réticences des services d'accouchements. Ils donnent une image fidèle et vraie des besoins de la pratique, en n'appelant l'attention que sur ce qui se présente réellement, en la fixant forcément sur les accidents les plus communs et les plus graves, et en fournissant des termes de comparaison multipliés entre les diverses méthodes. Nous regrettons que ces comptes rendus, si communs à l'étranger, passés en habitude dans les Universités allemandes, ne soient encore chez nous que des actes exceptionnels plutôt entravés qu'encouragés par les administrations hospitalières. Nous devons ajouter que l'absence de ce complément presque indispensable de tout enseignement clinique accuse moins, en ce qui concerne l'art des accouchements, du moins, l'apathie des professeurs, qu'une organisation arriérée et incomplète de l'enseignement obstétrical dans la plupart des écoles préparatoires.

Malgré des réclamations persévérantes, les *Maternités* sont restées trop souvent fermées aux élèves et même aux professeurs. Ce non-sens, à peine croyable, a des conséquences d'autant plus déplorables, qu'un certain nombre d'élèves et de sages-femmes doivent recevoir leur diplôme après cet enseignement, de toute nécessité exclusivement théorique. Cet état de choses, sans nom avouable, existait naguère encore à Bordeaux. Mais laissons la parole au professeur d'accouchement lui-même :

« Une lacune fâcheuse existait dans l'enseignement de l'École préparatoire de médecine : les élèves n'étant pas admis à l'hôpital de la Maternité, arrivaient au terme de leurs études sans avoir vu faire un seul accouchement. Ceux qui aspiraient au titre d'officier de santé recevaient leur grade sans autre instruction que des connaissances théoriques. Grâce à l'initiative de M. le directeur de l'École de médecine, l'administration des hospices, toujours disposée à favoriser les idées fécondes en résultats utiles, a bien voulu faire disposer, à l'hôpital Saint-André, un local propre à recevoir des femmes en couches. »

Ainsi parle M. Rousset en commençant le premier compte rendu depuis l'inauguration de la clinique d'accouchement. Nous souscririons volontiers à l'éloge flatteur à l'adresse de l'administration des hôpitaux, si sa disposition à favoriser les idées fécondes n'avait pas été par trop lente à se manifester, si elle n'avait pas mesuré avec trop de parcimonie l'espace à la clinique d'accouchement. Dix lits et un mouvement de quatre-vingts accouchées par année semblent insuffisants. Nous croyons qu'avec de la bonne volonté il serait possible d'approprier l'hôpital de la Maternité tout entier à l'enseignement clinique. Contentons-nous, pour le moment, de ce qu'on nous donne : désormais l'art des accouchements sera représenté, dans le grand hôpital Saint-André, à côté de la médecine et de la chirurgie.

Si le compte rendu de la clinique d'accouchement de Bordeaux laisse à désirer sous le rapport du nombre de faits qu'il embrasse, ce désavantage est racheté par le soin apporté dans l'étude de ces faits. Toutes les particularités qui peuvent être exprimées d'une manière numérique sont notées et coordonnées ; toutes les déviations de l'ordre normal sont décrites avec des détails suffisants, et l'aridité des chiffres et des tableaux est atténuée par des commentaires judicieux et des observations intéressantes. Ce que nous devons surtout noter, comme un exemple à suivre, c'est l'intention, qui se révèle à chaque page, de faire servir tous les faits, aussi bien ceux qui ont trait à l'ordre physiologique que ceux qui ont trait à l'ordre pathologique, à l'enseignement des élèves, enseignement qui devient ainsi tout à la fois théorique et pratique.

— Le travail récent de M. Bouchacourt doit son existence à un usage consacré, qui fait aux chirurgiens des hôpitaux de Lyon, à l'expiration de leurs fonctions, le devoir de présenter en séance publique, devant le conseil d'administration, le compte rendu de leur service. Indiquer, dans un espace de temps très limité et sous leur véritable jour, les résultats de six années de la pratique d'un grand hôpital, et les présenter sous la forme attachante qu'exige la circonstance, est une tâche fort difficile et même périlleuse, qui ne doit point être abordée sans crainte et sans émotion. Cette tâche si ardue a été accomplie avec bonheur par le dernier chirurgien en chef (sortant) de la Charité ; et son succès doit lui être d'autant plus cher qu'il ne l'a point acheté, comme on le fait trop souvent en pareille occasion, en sacrifiant la science à de vains ornements littéraires.

Les attributions du chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon sont fort complexes. Au service obstétrical, qui comprend environ douze cents accouchements par année, s'ajoute la chirurgie des nouveau-nés et des vieillards. En prenant pour sujet principal de son discours l'accouchement laborieux, qui réclame plus particulièrement l'intervention du chirurgien, M. Bouchacourt a pu mettre, en regard des principes qui l'ont guidé et protégé contre les inconvénients de la routine et contre les dangers de l'esprit d'innovation, les résultats de sa pratique distribués dans l'ordre le plus logique et le plus lumineux, grâce à la méthode qu'il a suivie, méthode qui consiste à étudier chaque espèce de dystocie dans ses causes et dans son diagnostic, avec une intention finale d'utilité pratique, absolument comme une série de maladies ou d'individualités morbides.

On comprend sans peine qu'en s'attachant à donner en même temps les véritables caractères de chaque cause de dystocie, et en déposant à côté les résultats observés dans le cours de son exercice, M. Bouchacourt n'ait pu indiquer ces résultats que d'une manière sommaire et très générale. Sous ce rapport, ce n'est pas, à pro-

prement parler, un compte rendu, mais un programme que nous ne suivrons pas dans les détails, mais qui montre avec quel esprit élevé et judicieux notre confrère de Lyon saura mettre à profit, pour l'ouvrage qu'il prépare, les richesses que son passage à l'hôpital de la Charité, comme chirurgien en chef, a mises en sa possession.

— Plus encore que le *discours*, la *leçon d'ouverture* de M. Binaut est un programme ; programme, du reste, doublement à sa place, soit que le professeur paie un juste tribut d'éloges et de regrets à la mémoire de son digne prédécesseur l'honorable Lestiboudois, soit qu'il fasse parcourir rapidement à ses élèves tous les degrés de la dystocie, en leur énumérant en même temps les ressources cliniques précieuses et abondantes que met à leur disposition leur libre admission à la Maternité, où il se fait environ trois cents accouchements par an.

Le rapport adressé à l'administration des hospices sur le mouvement de la Maternité pendant l'année 1854, que M. Binaut donne comme confirmation de ses assertions, forme à la vérité un compte rendu précis, mais beaucoup trop restreint, bien qu'il soit accompagné du récit sommaire des cas les plus intéressants ; mais il donne une idée des ressources considérables dont dispose l'École de Lille pour l'enseignement de la clinique obstétricale, et du zèle que le professeur met à les faire servir à l'instruction pratique des élèves.

Nous désirons vivement que les profitables exemples que nous venons de signaler trouvent des imitateurs chez tous les médecins chargés de service d'accouchement. Ces comptes rendus ne sont, à la vérité, que des matériaux qui attendent leur mise en œuvre ; mais, à ce titre encore, ils ont leur importance, et si nos écoles n'entrent pas largement dans cette voie, elles tomberont dans un véritable état d'infériorité vis-à-vis des écoles étrangères.

— C'est justement à l'étranger qu'est né, qu'a grandi sans le concours et triomphé malgré l'opposition de la France, l'*accouchement prématuré artificiel*, dont M. Silbert est le plus récent historien. Cette conquête, l'une des plus belles de l'obstétrique moderne, conserve toujours le privilége d'attirer l'attention et d'exciter l'esprit d'innovation. Ce n'est pourtant pas à imaginer des procédés nouveaux, ou à perfectionner ceux qui existent, que M. Silbert a consacré ses veilles, et nous ne lui en faisons point un reproche. A en juger par le grand nombre de procédés qu'on a préconisés, et par l'ardeur qu'on met à en imaginer de nouveaux, on pourrait croire que l'art n'est pas encore en possession d'un moyen réellement efficace et pratique de provoquer artificiellement le travail. Il n'en est rien pourtant. Cette recherche obstinée à la poursuite de moyens faciles, à la portée même des femmes enceintes, comme les ventouses sur les seins, les injections vaginales, a été plus nuisible qu'utile à la propagation de l'idée de l'accouchement artificiel ; ces moyens faciles paraissant avec raison à quelques-uns un danger social, et réveillant chez d'autres des préventions qui ont leur source dans la parenté de l'accouchement prématuré artificiel avec l'*avortement médical*, dont ils ne veulent pas absolument entendre parler.

Ce qui fait le plus défaut, ce ne sont ni les méthodes ni les procédés opératoires dont on s'occupe tant ; c'est le nombre relativement restreint des femmes qui, en dehors des cliniques d'accouchement, sont appelées à jouir des bénéfices de l'accouchement prématuré artificiel. Bien qu'admis en principe par tous, les préventions et les répugnances qu'il a si longtemps excitées paralysent encore le plus souvent, dans la pratique particulière, les bonnes intentions de la science. On ne saurait trop répéter l'épigraphe du livre de M. Silbert : *Occidit quisquis servare potest nec servat.* Mais si l'éducation médicale a été si difficile et si longue, celle des femmes intéressées à la question l'est bien davantage. C'est à peine si l'on parvient à décider celles qui ont déjà accouché plusieurs fois d'enfants morts ou mutilés, à se présenter à temps pour prévenir le double danger qui les menace.

Si la pensée de populariser l'accouchement prématuré artificiel est entrée pour quelque chose dans les vues de la Société de médecine de Marseille, en le proposant pour sujet de prix, elle a eu une idée fort juste, et nous devons reconnaître que M. Silbert a pleinement répondu à cette intention. On ne saurait donner une idée plus vraie et plus morale de l'accouchement prématuré artificiel, mieux en faire ressortir les avantages et montrer le peu de fondement des objections qu'il a soulevées. La première partie de son ouvrage, consacrée entièrement à ces questions préliminaires, tout à la fois historique et critique, mérite d'être louée sans restriction, et enlève tout prétexte aux médecins qui déclineraient encore, en se retranchant dans leur conscience, une responsabilité qu'il est de leur devoir d'assumer.

Dans la deuxième partie, M. Silbert traite des indications et des contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel, et, dans la troisième, des méthodes et des procédés opératoires. Dans ces deux parties, qui comprennent une foule de problèmes intéressants, il est aussi complet que possible, et les questions qui y sont agitées sont généralement résolues d'une manière assez conforme aux idées reçues, et si souvent répétées par la presse médicale, pour nous dispenser de les commenter ou de chercher à les rectifier sur quelques points.

Qu'il nous suffise de dire que le docteur Silbert s'est acquitté avec talent de la tâche difficile qu'il s'est imposée. N'ayant à mettre en œuvre que des faits connus, déjà souvent rassemblés et appréciés jusqu'à satiété, il semblait forcément condamné à une fastidieuse compilation. Nous ne dirons point qu'il a fait une histoire tout à fait originale de l'accouchement prématuré artificiel ; mais il s'est si bien rendu maître de son sujet, qu'il a donné à son ouvrage des caractères personnels qui en rendent la lecture aussi agréable qu'instructive ; et, grâce à un jugement sûr et à une appréciation réfléchie et mesurée, bien que n'apportant pas à l'œuvre commune les résultats de son expérience personnelle, il a pu justement donner à son livre le titre de : *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel.*

JACQUEMIER.

VI.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours public d'accouchements le lundi 14 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera, à la même heure, tous les lundis, mercredis et vendredis. Le cours complet sera terminé le 15 août.

— M. Coste, membre de l'Institut, a ouvert son cours d'embryogénie comparée au Collége de France, le 8 avril, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— On annonce la mort de M. le docteur Malleville, le plus ancien médecin des dispensaires de Toulouse.

— Le *Moniteur* contient une liste de personnes qui, par décret du 17 mars, ont été autorisées à accepter et à porter des décorations d'ordres étrangers. Nous y remarquons MM. Bonnafont, chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique ; Milne Edwards, chevalier de l'ordre du Lion néerlandais (Hollande); Fenin, chevalier du même ordre; A. d'Orbigny, chevalier de l'ordre du Christ (Portugal) ; Tardieu, chevalier de l'ordre de Saint-Jacques de l'Épée (Portugal), et de l'ordre du Medjidié, 4e classe ; Scrive, ordre du Medjidié, 3e classe (Turquie) ; Vulage, même ordre, 4e classe (nous avons annoncé la mort de M. le docteur Volage) ; Beau, Gueit, Ollivier, même ordre, 5e classe ; Maublanc, pharmacien-major, même ordre, 5e classe.

— D'après le *Moniteur*, l'état sanitaire des troupes en Crimée s'améliore rapidement ; le chiffre des entrées aux ambulances a diminué de moitié depuis un mois.

— Cinq médecins anglais, accompagnés de plusieurs élèves en médecine, et sous la direction de M. Wild-Heat, auteur de recherches intéressantes sur le typhus, sont partis samedi dernier de Lyon, par le chemin de la Méditerranée. Ils sont envoyés en Orient par le gouvernement anglais, avec mission non-seulement de soigner leurs compatriotes malades, mais encore d'étudier le caractère et les phases de l'affection qui sévit à Constantinople et en Crimée.

Le Rédacteur en chef : **A. DECHAMBRE.**

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 18 AVRIL 1856. N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial, en date du 9 avril 1856, l'élection de M. Würtz, faite par l'Académie impériale de médecine, est approuvée.

— Par arrêté, en date du 12 avril 1856, M. Roger, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant la durée du 2e semestre de l'année scolaire 1855-1856, de la suppléance de M. Duméril.

M. A. Richard, agrégé de la même Faculté, est chargé, pendant le semestre précité, de suppléer M. Cloquet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 9 au 16 avril 1856.

87. JONIAND, Auguste-Léonce-Émile, né à Saint-Pierre-de-Bressieux (Isère). [*De la pneumonie comme complication.*]

88. ISAMBERT, Émile, né à Auteuil (Seine). [*Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections couenneuses.*]

89. TALLON, Pierre-Marie, né à Lyon (Rhône). [*De la ponction des séreuses thoraciques dans quelques cas d'épanchement.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 17 avril 1856.

INFLUENCE DE LA VACCINE. — *Forceps assemblé* DE M. CAMILLE BERNARD. — CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT DE L'INTOXICATION SATURNINE.

Nous donnons aujourd'hui la fin du travail de M. Bertillon, qui a pour titre : CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE. Ceux à qui s'adresse plus particulièrement ce travail se plaignaient que les bases statistiques de leur doctrine n'eussent jamais été examinées sérieusement par les médecins. Nous avons voulu, contre l'avis de quelques personnes, que cela fût fait une fois dans ce journal. La tâche a été accomplie, et habilement accomplie, par M. Bertillon. Nous avons dû, en même temps, laisser la réplique aux partisans de la doctrine attaquée, à ceux du moins qui la représentent dans un langage honnête et suffisamment

FEUILLETON.

Biologie des Peintres et des Sculpteurs.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Au moment où la chaire d'anatomie est vacante à l'École des beaux-arts, j'ai pensé que des réflexions sur cet enseignement pourraient avoir quelque intérêt pour vos lecteurs.

Je recommande donc à votre bienveillance la publication d'un petit nombre de remarques que j'ai dû exposer le plus brièvement possible, mais qui, j'espère, feront sentir le vrai caractère de la *biologie des peintres et des sculpteurs*.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'anatomie des peintres me semblent avoir apporté dans cette étude, les uns des préjugés d'artiste, les autres des préjugés de médecin ; je m'explique : les peintres et les sculpteurs, trop confiants dans l'habileté spontanée que les vrais artistes possèdent, dans la reproduction des formes, ont naturellement repoussé l'influence grossière d'un procédé, dont le caractère toujours analytique, est par cela même anti-esthétique. Par contre, les médecins qui ont voulu tracer des règles aux arts du dessin, y ont souvent mis une sorte de pédanterie qui a excité une juste méfiance.

En effet, si vous faites juger une statue par un artiste et un pur anatomiste, le mode d'examen différera essentiellement entre eux. Celui-ci prenant une à une chaque partie de l'œuvre, en calculera les proportions et dimensions, scrutera avec soin les attaches tendineuses, disséquera de l'œil les masses musculaires, et s'il ne trouve aucune faute d'anatomie, il déclarera que la statue est belle, de même qu'il la condamnera pour la plus légère erreur anatomique. Que fait l'artiste ? regarde-t-il d'abord la tête, puis le tronc, puis les extrémités ? En aucune manière : il regarde l'ensemble. Car pour lui, l'art ne consiste pas à copier exactement un bras, une jambe, une tête, mais bien à présenter un ensemble qui réalise, de la manière la plus parfaite, le but esthétique que s'est pro-

mesuré. Aujourd'hui que notre but est atteint, que les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ont sous les yeux tous les éléments essentiels de la question, notre résolution est prise de n'en plus faire l'objet d'aucune polémique.

— Il n'y a pas moins de vingt ans que M. Camille Bernard (d'Apt) présentait à l'Académie de médecine son *forceps assemblé*. Bientôt après, ce forceps était l'objet d'un rapport de M. Velpeau, rapport favorable au fond, mais en appelant à l'expérience. Mêmes conclusions un peu plus tard, sur un rapport de M. Villeneuve. Depuis cette époque, M. Bernard a publié quelques articles sur ce sujet. Enfin, l'an dernier, il a fait paraître une brochure intitulée: *Du forceps assemblé, ou nouveaux principes de construction et d'application du forceps, réunis aux principes en vigueur*. Il pouvait donc sembler que ce fût de l'histoire ancienne que l'auteur portait mardi dernier à la tribune de l'Académie ; mais non; malgré les faits relatés en 1836, malgré plus de cinquante observations rassemblées dans la brochure, le forceps assemblé est un instrument nouveau pour l'immense majorité des accoucheurs, et non encore essayé par ceux mêmes qui en connaissent la construction. Or, pour un outil chirurgical comme pour toute idée appliquée, de quelque ordre qu'elle soit, une appréciation est difficilement juste si elle ne s'appuie sur une certaine notoriété, sur quelques résultats concordants de la pratique commune. On nous excusera dès lors de nous en tenir à quelques mots.

Dans le forceps de M. Bernard, les deux branches, au lieu d'être introduites séparément, puis articulées, sont unies au moyen d'une charnière à genou, qui permet aux deux cuillers de s'appliquer l'une sur l'autre. A mesure qu'elles avancent, les cuillers se *décroisent* en tournant sur elles-mêmes, et se développent sur la tête du fœtus jusqu'à ce qu'elles aient pris la même position que si elles eussent été placées séparément, selon le procédé ordinaire. Par un mécanisme placé à l'extrémité des manches, on peut graduer le rapprochement des cuillers, conséquemment graduer et arrêter à un degré fixe la pression exercée sur la tête, et rendre cette pression indépendante des efforts de traction. Enfin, si quelque circonstance empêche l'introduction des cuillers réunies, ou force à les *désassembler* pendant la manœuvre même, il suffit de tirer le verrou qui retient la charnière, et le forceps revient à l'instant aux conditions du forceps ordinaire.

M. Velpeau disait dans son rapport : *C'est bon, si c'est possible*. A en juger par les observations de la brochure, non-seulement la manœuvre est très possible, mais elle est aisée, prompte, inoffensive ; elle a amené la terminaison de l'accouchement dans des cas où le forceps ordinaire avait été vainement employé; elle a évité la version, dont le danger pour l'enfant est assez connu. Ce sont là des affirmations bien encourageantes et qui mériteraient certainement de stimuler le zèle expérimental des accoucheurs. En l'absence de ce contrôle, on comprend bien l'économie de temps qui peut résulter de l'introduction simultanée de tout l'instrument, l'avantage de pouvoir toujours se passer d'un aide, la solidité de position que se prêtent mutuellement les deux branches par suite de leur union, au lieu de la mobilité que présente la première branche du forceps *désassemblé*, et à laquelle la main d'un aide ne suffit pas toujours à remédier. Oui ; mais tout cela suppose que le jeu de l'instrument introduit est, toutes choses égales, aussi facile que celui du forceps usuel ; que le cheminement des branches entre la tête et les parois vagino-utérines se fait aussi commodément que le glissement direct d'une seule branche sur le plat de la main, et c'est précisément ce dont on ne peut s'empêcher de douter *à priori*. Quand la tête est engagée dans le petit bassin, la manœuvre ordinaire est si simple et si prompte, qu'il y a peu d'avantage à y substituer quoi que ce soit. Quand la tête est encore au détroit supérieur ou au-dessus, on éprouve sans doute des difficultés, et parfois de très grandes, à engager séparément les deux branches dans le col; mais a-t-on moins de peine à y engager les deux branches à la fois? Notez que la manière même dont les cuillers se joignent dans le forceps de M. Bernard empêcherait de les introduire sans les avoir préalablement décroisées à un certain degré, et c'est ce qu'il fait en réalité dès le second temps ; de sorte que les cuillers, bien que marchant simultanément, pénètrent néanmoins sur les côtés de la tête par deux points distincts. Or, on ne voit pas aisément comment on réussit mieux à pratiquer, dans un passage étroit, deux voies simultanément, qu'à les pratiquer l'une après l'autre, en donnant aux tissus, s'il en est besoin, quelque répit entre les deux intromissions. Pour diriger la manœuvre, M. Bernard plonge une main dans le vagin pendant que l'autre dirige l'évolution des cuillers; c'est une complication qui n'est pas sans inconvénient chez les primipares, et dont l'application du forceps ordinaire s'affranchit souvent.

En somme, nous ne portons pas de jugement formel : nous exposons nos impressions, en faisant appel à l'expérience des maîtres.

---

posé l'auteur. Et dans beaucoup de cas, si ce but est atteint malgré quelques erreurs anatomiques, il n'en conclura pas moins que la statue est belle. Aussi, les médecins qui ont condamné certains chefs-d'œuvre de la statuaire grecque, pour quelques fautes dans les digitations du grand dentelé, n'ont pas montré de grandes dispositions artistiques.

D'après ce parallèle, on commence à sentir quelle doit être la véritable disposition mentale d'un professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts; s'il y impose sa dissection comme le but vers lequel doit tendre le dessin, il se trompe. Car cette connaissance parfaite de la forme rentre dans la catégorie des procédés. Oui ! le peintre et le sculpteur doivent avoir une connaissance parfaite de la forme; mais cette connaissance est comme la couleur, comme la lumière, au service de leur imagination. Je dirai plus ; dans certains cas, l'exécution les obligera à des fautes inévitables. Donc, un sculpteur ne sera pas déclaré grand artiste parce qu'il ne fera pas de faute d'anatomie, pas plus qu'un musicien n'est déclaré grand compositeur parce qu'il ne fait pas de faute d'harmonie.

Cette première proposition étant actuellement évidente, je dois y porter plus de précision afin de mieux déterminer la position relative de la biologie avec les arts du dessin.

Jusqu'ici, c'est particulièrement l'anatomie qui a fourni des renseignements aux arts de la forme; mais il est bien évident que plus tard on ne fera pas simplement l'anatomie des peintres, mais bien la biologie des peintres dans laquelle, sans occuper plus de temps que n'en occupe actuellement l'étude trop détaillée des muscles, on fournira aux jeunes artistes tous les renseignements utiles que la science des êtres vivants peut fournir aux compositions esthétiques.

En ne considérant d'abord que l'anatomie, je veux insister sur quelques points qui éclaireront davantage le parallèle que je faisais plus haut.

Les médecins appelés aujourd'hui à faire un cours d'anatomie pour les beaux-arts, se bornent en général à la description des os, des articulations, des muscles et des veines superficielles. Outre que cette opération est insuffisante, je vais montrer qu'elle est souvent

— La respiration, dans un lieu fraîchement peint à la céruse ou à la litharge, peut-elle occasionner l'intoxication saturnine? C'est ce que tendrait à démontrer, contre l'opinion la plus générale, une observation récemment lue par M. Vigla à la *Société de médecine des hôpitaux*, et que nous trouvons dans le *n°* 1 de la *troisième série* du BULLETIN. Un marin a présenté les symptômes les plus graves de la colique de plomb quatre jours après avoir peint l'intérieur d'un navire en blanc (blanc de céruse) et les armatures en jaune (litharge). Avec M. Legroux, nous croyons qu'il est encore douteux que des émanations plombiques suffisantes pour amener l'intoxication puissent se dégager de la peinture à l'essence. Trois causes de maladie se trouvent en présence dans un appartement fraîchement peint : l'essence de térébenthine, le sel plombique employé, et les molécules de plomb que répand dans l'atmosphère le grattage préalable des couches anciennes. Ainsi que l'a rappelé M. Legroux, et que l'a reconnu M. Guérard (qui paraît disposé à mettre en cause le plomb des peintures fraîches), c'est principalement à la suite des grattages que les peintres contractent la colique; et, d'un autre côté, l'inspiration des vapeurs térébenthinées occasionne des accidents nerveux qui ne sont pas sans quelque analogie avec ceux des affections saturnines. M. Bouchut en a observé de très graves, a-t-il dit dans la discussion, chez les ouvriers employés dans une usine de caoutchouc, loin de toute émanation saturnine. Enfin, M. Guérard a rappelé un fait bien propre à montrer combien sont difficiles à déterminer les conditions d'une bonne expérience. M. Mialhe, ayant fait passer un courant d'air à travers une caisse peinte à l'intérieur, avait obtenu du sulfure de plomb en lavant l'air dans une solution d'acide sulfhydrique. Or, cette même expérience, reproduite depuis par M. Mialhe lui-même et par MM. Chevreul et Lassaigne, n'a donné que des résultats négatifs.

La science a donc, en ce moment, à faire le départ des différentes causes d'accidents que nous rappelions tout à l'heure. Quoi qu'il en advienne, il ne sera jamais bon de coucher dans un appartement nouvellement peint, ne serait-ce que pour éviter l'action de l'essence de térébenthine; mais il sera prudent surtout de ventiler fortement et pendant un certain nombre de jours l'appartement, pour chasser les molécules de plomb que le grattage aurait pu semer dans l'atmosphère. C'est une précaution dont on n'use pas habituellement.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE.

(Suite et fin. — Voyez les n°s 5, 9 et 10 du tome III.)

Nous avons promis un travail sérieux sur la statistique de Paris, afin d'apprécier les mouvements de sa mortalité. Nous eussions mieux aimé attendre, pour faire un pareil travail, des documents ultérieurs plus complets; mais nos contradicteurs continuent à profiter d'une si étrange manière de l'imperfection des matériaux statistiques publiés, que nous croyons devoir en tirer tout de suite les conclusions possibles, afin que chacun soit à même d'apprécier la vanité des assertions des détracteurs de la vaccine, non-seulement parce que leur logique est fausse, leurs hypothèses sans application dans l'espèce, mais encore parce que leurs résultats sont contraires à ceux que donne la science, c'est-à-dire la logique et la *méthode* appliquées aux documents. Cette discussion, en effet, *est une question de méthode*. La méthode trouvée, les quatre règles s'exécutent, la conclusion apparaît d'elle-même. Nos lecteurs nous excuseront donc de commencer ce travail par une revue rétrospective et par l'examen de quelques nouvelles et puissantes considérations qui mettent en évidence toute l'absurdité des tables de population *calculées* et appliquées à la ville de Paris, car c'est là surtout que gît l'erreur. M. Carnot paraît savoir très bien que ce sont les tables de population, qu'il calcule à sa manière, qui sont sa force : car, après les avoir abandonnées un instant pour essayer des recensements (*Journal des connaissances médicales*, 30 janvier), il y revient aussitôt; et, puisqu'on nous provoque au sujet de ce travail de M. Carnot, qui nous paraissait digne d'oubli, nous allons dire en quelques mots comment il se fait que ce jour-là, bien qu'étant revenu à la vraie méthode en ce qui concerne l'adoption des tables de population, *le maître* a encore trouvé un résultat erroné.

1° M. Carnot compare une année de la première période (1814) à une année de la seconde (1854), deux années *également* calamiteuses, dit-il. Cette dernière assertion n'est pas exacte, attendu que M. Carnot ne s'occupe que des femmes, et que l'année 1814 fut surtout funeste au sexe masculin. Il n'en

mal dirigée. En effet, le médecin y insiste toujours trop sur les détails et jamais sur l'ensemble qui pour l'artiste est la chose capitale. Le squelette est sans contredit la partie la plus importante de cette étude; c'est lui qui fournit les points de repère les plus fixes, et qui sur un grand nombre de points détermine la forme extérieure. Donc il faut s'attacher à faire bien sentir ses proportions générales, et à bien déterminer les points sous-cutanés de cette charpente qui est en quelque sorte le croquis de l'organisme. Quant aux articulations, elles doivent être principalement étudiées au point de vue des attitudes. Une fois arrivé aux muscles, le médecin doit introduire dans cette partie un très haut degré de relativité, car pour un même sexe, pour un même âge, on observe entre les individus des différences très nombreuses quant à la proportion des parties tendineuses et des parties charnues dans un même muscle, et même dans la position de la masse charnue, par rapport au tendon, tandis que la partie vraiment fixe de l'histoire des muscles est leur connexion avec le squelette. Du reste, les couches profondes doivent être présentées par groupe de muscles par rapport aux mouvements, tandis que pour les muscles superficiels, on décrit spécialement ceux qui ne sont pas enveloppés de fortes aponévroses, et qui font directement saillie sous la peau, comme à la partie inférieure et antérieure de la cuisse, ou à la partie postérieure et supérieure de la jambe, et encore faut-il avoir soin d'indiquer qu'il y a des variétés assez grandes dans la position relative des masses charnues par rapport aux tendons.

En somme, si l'on veut réduire cette anatomie à ce qu'il y a vraiment d'essentiel pour l'artiste, on voit qu'elle peut facilement se condenser en un petit nombre de leçons. Mais en circonscrivant même cette étude comme je viens de le faire, on sent que le médecin n'a pas rempli sa tâche, s'il n'étend pas ses points de vue à la considération des différents âges, sexes et races.

L'art prenant chaque jour un caractère plus social, s'inspire de toutes les époques de l'humanité; par conséquent, l'artiste doit, à titre de simple procédé, bien connaître les caractères distinctifs de notre espèce, dans quelque condition qu'elle se présente à l'imagination de l'artiste. Sans faire ici allusion aux différences gros-

est pas de même de 1854, qui fut également fatale aux deux sexes (1).

Et en général, M. Carnot devrait savoir que comparer *une* année à *une* année, ce n'est pas faire de la statistique, c'est s'élever contre la statistique, qui a pour *premier objet* de trouver des moyennes (Quetelet, Guillard, Guerry, etc.).

2° Pour le recensement de 1817, M. Carnot prend la population *complète* des douze arrondissements, et, comme ce dénombrement n'a pas distingué les sexes, *il suppose* un nombre de femmes qu'il ne se fait pas faute de grossir, comme l'exigent les conclusions qu'il veut tirer. Il nie, dites-vous, l'avoir grossi plus que de raison... Soit; mais enfin, il *remplace le document* par une supposition, et ce n'est plus de la statistique...

Mais sa plus grosse erreur, et la plus authentique, c'est qu'après avoir pris les décès de toute la population parisienne et après avoir largement pris cette population entière pour 1817, il ne prend pour l'année 1854 que la population recensée nominativement *qu'il donne pour la population totale* (c'est un oubli de 60,000 âmes), et il rapporte à cette population fractionnée les décès de la population totale. Aussi, par cet ensemble de procédés, diminuant les décès et augmentant les vivants de la période qu'il veut protéger, et opérant inversement pour la période ennemie, il fait si bien qu'il arrive à une augmentation de mortalité de trois cinquièmes pour les adultes, et il appelle cela « dire la vérité sans restriction. »

Vaccinophobes et vaccinateurs, tous comprendront que ce travail est à refaire : c'est ce que nous entreprenons aujourd'hui.

Discussion de la méthode. — *Les tables de population calculées ou théoriques ne peuvent être admises pour les villes.* — Nous avons déjà eu l'occasion de dire et de montrer que les tables de population calculées, surtout par la méthode *dite* de Halley, supposaient une régularité parfaite dans la succession des générations, et surtout exemption des mouvements extérieurs. Si l'on peut quelquefois supposer, en l'absence de meilleurs documents, qu'il en est ainsi pour une grande nation, pouvait-on, même avant nos démonstrations, hasarder une telle hypothèse pour une grande ville comme Paris, qui est le siége de tant de causes perturbatrices? Ainsi le nombre des naissances se trouve augmenté, et par l'attraction des hôpitaux et hospices spéciaux, et par la facilité d'y cacher un accouchement inopportun ; mais, à peine les nouveau-nés sont-ils échappés du sein de leur mère, qu'on les emporte presque tous hors de la capitale, dans laquelle leur passage n'est accusé que par les mort-nés et les décès des vingt-quatre ou trente-six premières heures. Le plus grand nombre succombe aux coups de la mort, qui atteignent si facilement les premiers âges et qui sont aggravés encore par les conditions souvent défavorables d'une parturition dissimulée, d'une naissance irrégulière, d'une nourrice mercenaire et d'un long voyage qui les soustrait à l'œil maternel. Ceux qui survivent ne reviennent qu'au bout d'une, deux ou trois années, lorsque leur vitalité est presque assurée. A un autre âge, les besoins de l'instruction déplacent encore la jeunesse bourgeoise et l'amènent dans les grandes villes ou aux environs. A l'âge adulte, nouvelle attraction d'un nombre considérable de jeunes hommes et de jeunes femmes, appelés pour les grands travaux des cités, des usines, pour les études professionnelles et pour les besoins de la domesticité, et ce en tel nombre que, sur quinze jeunes gens qui succombent en France, il en meurt un à Paris. Grand nombre de ces jeunes gens quittent en effet l'air vif des campagnes pour venir s'entasser dans d'impures chambrées. A l'âge d'établissement ou de maturité, il y a reflux d'une portion de ces masses mobiles. D'une autre part, de nombreux êtres souffrants sont attirés vers les grandes villes par les célébrités scientifiques et par les facilités de toute espèce qu'elles offrent. D'autres en sortent pour aller chercher quelques oasis favorables à leurs maux, etc., etc. Enfin des dépôts de vieillards, d'indigents, d'incurables, sont formés, tantôt dans la ville, tantôt aux environs, et une importante portion des décès est soustraite aux registres de Paris; les vieilles femmes sont dans la métropole et les vieillards à Bicêtre, ce qui détruit dans les relevés l'équilibre des deux sexes et en rend la confrontation impossible. Ajoutons, pour faire comprendre combien cette mer humaine est profondément agitée, qu'à Paris la moitié des décédés seulement sont des natifs; l'autre moitié a été acquise à la capitale par immigration.

Et M. Carnot croit pouvoir représenter par un calcul qui *suppose* un calme parfait, ces tumultueuses et irrégulières successions!

Ce n'est pas seulement en notre nom privé, que nous posons cette fin de non-recevoir, mais avec la plupart des statisticiens, et aussi avec Buffon; et à ce sujet nous

(1) En effet, si l'on prend la moyenne des décès féminins des années 1812, 1813, 1815, on trouve que ceux de l'année 1814 ne la dépassent pas de un cinquième, tandis que les décès féminins de 1854 dépassent de presque un quart la moyenne des trois années précédentes.

sières et bien connues entre les trois races caucasique, mongolique et éthiopique, il faut encore apprécier des différences plus délicates, mais tout aussi évidentes, qu'il y a entre les types du nord et les types du sud, soit dans l'ancien monde, soit dans le nouveau, types d'autant plus importants à connaître, qu'ils sont le reflet du caractère national, ainsi que je l'observerai plus loin avec de nouveaux détails.

Donc cette étude du squelette et des muscles doit être faite à ces différents points de vue, pour offrir à l'artiste des renseignements plus généraux. Mais il est encore un point sur lequel le médecin doit aussi fixer l'esprit d'un jeune artiste, c'est la représentation des différentes espèces animales.

Outre l'intérêt propre que suscite la représentation isolée de telle ou telle espèce, les animaux offrent encore aux beaux-arts une grande importance par leurs relations avec l'homme.

Sous le premier aspect, on ne saurait trop louer les grands artistes qui ont consacré leur talent à la représentation de scènes touchantes, dans lesquelles les différentes espèces animales, domestiques ou sauvages, servent à la peinture des sentiments ; ils ont montré en cela que les natures vraiment esthétiques ne peuvent être altérées par cette philosophie absurde qui refuse même au chien des penchants affectueux. Il est vrai de dire que l'art païen qui occupera toujours dans l'histoire la plus large place, a secondé efficacement les nobles instincts des vrais artistes. Donc, sous un grand nombre de rapports, la connaissance spéciale des principales espèces offre au peintre un intérêt direct.

Mais, si l'on considère cette étude relativement aux compositions sociales, on y voit immédiatement les mêmes espèces prendre une très grande importance, par l'intimité qui les lie à notre histoire et à nos mœurs.

Enfin, cette représentation des animaux intéresse encore le peintre au point de vue de la forme elle-même. Or, c'est ici que l'intervention du vrai naturaliste peut servir les jeunes artistes.

Une disposition trop optimiste n'a pas permis jusqu'à présent de juger avec indépendance l'organisation des différentes espèces animales. Si l'on veut simplement les envisager au point de vue de

nous sommes demandé comment il se fait que la *doctrine* qui *en principe* déclare Buffon un profond observateur et qui *tout haut* se pare d'un nom si populaire, fait en *pratique* et *sans en rien dire* le contraire de ce que recommande « le profond observateur ». Est-ce ignorance? est-ce habileté? voilà ce que nous ne déciderons pas. Cependant Buffon s'exprime ainsi : « MM. Halley, Kerseboom, Simpson, etc., ont donné des tables de mortalité du genre humain, ils les ont fondées sur le dépouillement des registres mortuaires de quelques paroisses de Londres, de Breslau, etc. Mais il me paraît que leurs recherches, quoique très amples et d'un très long travail, ne peuvent donner que des approximations assez éloignées sur la mortalité du genre humain. Pour faire une bonne table de cette espèce, il faut dépouiller non-seulement les registres des paroisses d'une ville comme Londres, Paris, etc., où il entre des étrangers et d'où il sort des natifs, mais encore ceux des campagnes, afin qu'en ajoutant ensemble tous les résultats les uns compensent les autres; c'est ce que M. Dupré a exécuté, etc. »

Eh bien, malgré cette recommandation expresse et fort logique de celui dont on honore avec raison le génie, la *doctrine* voulant savoir si la mortalité a augmenté en France, s'appuie non sur la table complète de Buffon, qui lui donnerait tort, mais sur une partie de cette table qu'elle en sépare en dépit des avertissements de l'auteur : cette partie se rapporte à trois paroisses de la ville de Paris : les vaccinophobes en tirent les conclusions que l'on sait, puis ils s'écrient : « Ainsi tombent les doutes intéressés relatifs aux tables (il fallait dire à un lambeau des tables) publiées par *Buffon*, doutes accueillis un peu légèrement en 1853 par l'Académie de médecine sur un rapport fait par M. le docteur Bricheteau ». Et pourtant, si cet illustre écrivain prenait la parole, il vous dirait que vous vous êtes vainement targué de son autorité, que vous avez trompé le public et compromis son nom ; car, en son nom, vous avez séparé ce qu'il regardait comme inséparable, et vous voulez conclure quelque chose sur la mortalité par l'examen d'une table de population *calculée* et ayant la vaine prétention de représenter la population réelle d'une ville qu'il déclare déjà troublée de son temps par l'émigration et l'immigration : qu'est-ce donc aujourd'hui?

Remarquons encore qu'ils accordent à Buffon des louanges que la justice veut qu'on laisse à Dupré Saint-Maur : Buffon n'est que l'éditeur de ce consciencieux et utile travail ; on sait que le grand écrivain aimait plus les travaux brillants que les recherches patientes.

Mais ces menus détails de justice et d'exactitude n'arrêtent pas les adversaires de la vaccine : ils exploitent Paris au moyen des tables théoriques ; et comme la mortalité y *paraît* à peu près stationnaire au moins depuis trente ans, tandis qu'elle a beaucoup diminué dans toute la France, il leur est plus facile, en travaillant à leur manière les chiffres que fournissent des documents incomplets, d'arriver à l'augmentation désirée.

Ils ont donc commencé par annoncer un accroissement de mortalité de 1/6 aux âges de fécondité, et cela par la naïve méthode qui consiste à ne compter que les décès sans s'occuper de leur rapport aux vivants : ne trouvant vers 1818 que 21 décès *sur* 100 *décédés de* 20 *à* 30 *ans*, et en obtenant 28 vers 1848, ils ont conclu que la mortalité avait augmenté de un sixième, sans se demander si l'augmentation dans le nombre des décédés adultes ne venait pas tout simplement d'une augmentation dans le nombre des vivants du même âge. Et c'est un géomètre et un algébriste, qui trop préoccupé sans doute de courbes, de trapèze et de hautes formules, avait commencé par trébucher sur une des règles les plus élémentaires de l'arithmétique, ou, si l'on veut, du calcul des probabilités! Car il ne pouvait ignorer que, pour apprécier la valeur d'une chance, on compare le nombre des chances favorables *au nombre total des chances*. Aujourd'hui ce géomètre a habillé son procédé, il l'a paré, déguisé, orné de *mortalité relative* et de tables *théoriques* des vivants, choses dont les lecteurs de nos deux premiers articles connaissent la valeur.

De même que tout à l'heure nous l'avons vu se servir de l'autorité de Buffon contre Buffon, de même aussi il applique la méthode de Halley malgré Halley. Cet astronome, en effet, ne l'a destinée qu'à une population qu'il estimait à peu près stationnaire et nullement troublée par des mouvements extérieurs ; lui-même en prévient en ces termes (*Philos. trans.*, 1693, p. 596) :

« Les déductions qu'on a voulu tirer des mortuaires de quelques grandes villes telles que Londres, Dublin, *sont défectueuses à cause d'une grande et variable* accession d'étrangers... Une condition indispensable au succès de ces recherches est que les mouvements de la population ne soient altérés, ni par immigration, ni par émigration. Ce défaut paraît affecter faiblement les tables mortuaires de la ville de Breslau, etc. »

---

leur forme et de leur équilibration par rapport au milieu dans lequel ils vivent, on sera frappé immédiatement de la grande quantité des animaux imparfaits. En effet, entre l'homme qui peut être considéré comme type, par rapport à la station bipède verticale, et le tigre qui est certainement le type de la station quadrupède, il y a évidemment une grande quantité d'animaux qui sont ou des bipèdes ou des quadrupèdes manqués, c'est-à-dire des animaux mal équilibrés sur deux pieds ou sur quatre pieds. Au point de vue esthétique, le chimpanzée, l'orang-outang, sont de mauvais types de station bipède, de même que l'ours est un mauvais type de station quadrupède, à cause de la proportion de ses appendices par rapport à son tronc. A la suite des vrais quadrupèdes, on observe également un grand nombre d'animaux mal équilibrés sur quatre pieds. Chez beaucoup de rongeurs et de didelphes, on voit même s'établir un mode de station tout particulier, dans lequel l'appendice caudal prête un appui si indispensable, que l'on est tenté d'établir, au point de vue de la station, le mode tripède dont le canguroo nous offre l'exemple le plus net. D'après ces quelques observations, je veux surtout faire sentir qu'avec un petit nombre de types bien choisis, le médecin pourra facilement diriger les études préliminaires sur la forme, et faire sentir leurs rapports mutuels. Il m'est impossible de développer ici davantage un sujet auquel je dois donner plus tard un développement assez grand à cause de l'intérêt qu'il offre pour la classification rationuelle des animaux ; je me contente d'en signaler ici un des points culminants. En effet, cette simple considération de l'équilibre touche à l'ensemble des arts du dessin. Nous disons que les monuments égyptiens et tous ceux qui s'en rapprochent sont lourds parce qu'ils sont trop bien équilibrés ; à l'autre extrême, nous pouvons dire que l'homme, bien proportionné, est le plus élégant des animaux, parce que, eu égard à sa masse et à sa mobilité, c'est lui qui est équilibré de la manière la plus simple.

Enfin, en supposant qu'à tous les points de vue, le médecin a étudié le squelette, les articulations et les muscles, pense-t-on qu'il a tout fait pour les arts du dessin? Évidemment non! Un ouvrage trop peu connu des artistes et des médecins : l'*Anatomie*

Et encore Halley ne suppose-t-il pas, comme on le croit communément et comme le fait M. Carnot, N = D.

Enfin disons-le nettement : rien de plus absurde que de vouloir, pour un usage sérieux, dresser une table de survie d'après les mortuaires de la ville de Paris. *Toutes les fois* qu'une population éprouve de *notables* changements, *soit* dans sa mortalité, *soit seulement* dans les rapports des nombres des vivants à chaque âge, la méthode de M. Carnot donne des résultats fallacieux. Nous l'avons amplement démontré dans notre dernier travail. Nous avons fait voir en effet qu'elle amène à conclure une augmentation de mortalité, alors que c'est une diminution *ou* une migration qui s'est produite. Notre démonstration était rigoureuse : et d'après ce que nous avions prouvé des forts mouvements de migration dont la ville de Paris est le siége, nous avions quelque raison de supposer que l'application de notre théorème à la ville de Paris allait de soi, sans plus amples explications. Mais en cela nous avions tort : les « élèves » de la *doctrine* nous le prouvent par leurs réponses; ce sont hypothèses, disent-ils..... Il est vrai, de même qu'en toute proposition de géométrie. Quand je démontre la valeur du carré fait sur l'hypoténuse, je suppose le triangle rectiligne, je le suppose rectangle, etc., et dans la proposition actuelle je suppose que d'une époque à l'autre le nombre des décès des enfants, et plus encore des vieillards, s'est atténué, et cela *soit* par la diminution des vivants de ces âges, *soit* par la diminution de leur mortalité, et je dis : *quand* UNE *de ces deux* perturbations se produit, et *à fortiori* toutes deux, la méthode de M. Carnot mène à l'erreur. J'ai signalé deux perturbations possibles pour donner à ma démonstration toute sa généralité. *Une seule est nécessaire;* et dans l'espèce *une seule convient ou au moins suffit* à la ville de Paris, parce que cette perturbation est incontestable et authentique : c'est la diminution *relative* des enfants et des vieillards. En effet, il y avait, contre 100 habitants de 15 à 50 ans,

En 1817,

34,40 enfants de 0 à 15 ans;

34,80 vieillards au-dessus de 50 ans.

En 1851,

30 enfants de 0 à 15 ans;

22,60 vieillards au-dessus de 50 ans.

Ainsi, puisque les enfants et les vieillards ont diminué *relativement* aux adultes, il est naturel que leurs décès relatifs aient diminué également.

Telle est la lettre même de notre hypothèse. Que les « élèves » en palpent la réalité en y appliquant notre démonstration, et ils ne nous reprocheront pas de n'avoir agité qu'une vue de l'esprit.

Comment se fait-il que les fidèles de la doctrine soient si pleins de confiance aux travaux du *maître*, dans lesquels fourmillent des hypothèses absolument inacceptables quand on veut les appliquer à la ville de Paris? Nous les avons déjà signalées à la fin de notre dernier article. Mais nous devons aujourd'hui attirer l'attention sur l'une d'elles, la plus monstrueuse, et dont M. Carnot fait la pierre angulaire de son travail.

Algébriste, il suppose (c'est la base de ses trois équations, *Gaz. hebd.*, n° 10) que la population *décroît* en progression arithmétique de 20 à 30 ans.

Géomètre, il fait la même supposition quand il représente la population de 15 à 45 ans par des trapèzes, etc.

Arithméticien, il procède par la même hypothèse dans la construction de ses tables de survie ou de population (1), et particulièrement dans l'établissement et les considérations de sa mortalité *dite* relative, laquelle, vu cette progression décroissante qu'il attribue à toute population, serait *toujours* moindre que le danger de mort.

Cherchons donc comment se réalise cette décroissance continue que le chef de la doctrine suppose *toujours* dans ses travaux. Dressons deux tables de population pour la ville de Paris :

L'une d'après la méthode *dite* de Halley qui satisfasse l'hypothèse favorite de M. Carnot; et l'autre, simple expression du fait, puisée dans le dénombrement par âges de 1851.

Et voyons jusqu'à quel point l'hypothèse ressemble à la réalité.

AGES.	TABLE THÉORIQUE *D'après la méthode de M. Carnot,* sur la mortuaire de M. Legoyt. 1845-1853.		TABLE *De la population* DE FAIT, *d'après le recensement de* 1851.	
P_{0-10}	242719		137667	
P_{10-20}	211050		159108	
P_{20-30}	178177	P_{20-25} 94451 P_{25-30} 83726	255007	P_{20-25} 123394 P_{25-30} 131613
P_{30-40}	141818		202329	
P_{40-50}	111947		143084	
P_{50-60}	81508		90864	
P_{60-70}	53052		43731	
P_{70-80}	24952		18012	
$P_{80-\infty}$	8039		3457	
P totale.	1053262		1053262	

(1) On se souvient que ces deux tables se confondent dans l'hypothèse *dite* de Halley.

---

et la physiologie de l'expression de Charles Bell, montre au point de vue physiologique, les différents aspects sous lesquels la physiologie peut servir les arts de dessin. Dans ce remarquable traité où les médecins comprendront la véritable théorie des *nerfs respiratoires*, les artistes peuvent déjà étudier l'ensemble des phénomènes involontaires qui accompagnent la plupart de nos émotions, et dont le dessin peut tirer un si grand parti. La pathologie elle-même aussi bien que l'étude des passions y est mise à profit par Charles Bell d'une manière toujours intéressante pour l'artiste.

Dans un court article comme celui-ci, j'ai simplement pour but de mieux développer le véritable champ de la biologie des peintres, et déjà l'on sent que, dès à présent, un cours de ce genre peut prendre le caractère d'un enseignement sérieux dans lequel au lieu d'insister outre mesure sur quelques points spéciaux, on doit s'efforcer de donner aux jeunes artistes un ensemble de renseignements utiles pour tous les genres de composition.

Pour rectifier l'influence que pourrait avoir sur l'esprit du lecteur le commencement de cet article, je dois ici faire observer que, tout en considérant l'anatomie comme un simple procédé, il faut néanmoins que l'artiste reconnaisse à cet égard la prééminence des études sur la forme ; car cette forme seule peut, par elle-même, prendre un caractère vraiment esthétique, et la raison en est bien simple.

Quand on décompose un organisme en appareils et organes, on reconnaît d'abord que pour un même appareil, les organes sont dans des relations déterminées, et entre les appareils eux-mêmes, on arrive à saisir également une corrélation essentielle. Cette corrélation devient précisément la source des principaux effets de la forme. L'art étant principalement destiné à cultiver les plus nobles sentiments, je n'ai pas besoin de m'occuper ici des relations générales entre les appareils de la vie animale et ceux de la vie végétative; je prendrai seulement ceux qui intéressent presque exclusivement les arts du dessin, c'est-à-dire les appareils de la vie animale qui finalement déterminent la forme. Il est facile de voir que dans un beau modèle toutes les parties du squelette affectent entre elles une harmonie générale quant aux formes et aux dimensions rela-

Ainsi, tandis que la table théorique décroît continûment du premier âge au dernier, comme il est naturel à une population normale et dont les rangs sont, à chaque âge, incessamment éclaircis par la mort, la table réelle, la table *de fait* présente une anomalie spéciale aux grandes villes où le travail est en accroissement continu. Les vides que fait la mort sont comblés et bien au delà par l'immigration, de sorte que la population va croissant jusqu'à 30 ans ; à cet âge, et encore aux âges suivants, *elle dépasse de plus d'un tiers* les nombres que suppose la table théorique.

Quand, dans ses *deux mots d'algèbre*, M. Carnot suppose que de 20 à 30 ans la population décroît continûment, etc., et que sur cette hypothèse il pose sa première équation, il suppose donc le contraire de ce qui arrive *pour la ville de Paris*, à laquelle, en fin de compte, il veut appliquer son algèbre.

Quand, dans sa géométrie, il dresse des trapèzes, dont la surface doit représenter la population, et qu'il nous accorde, par grande faveur, que la courbe de vie (ligne qui relie les deux bases du trapèze) devienne une droite, au lieu d'une concave en dehors qu'il prétend, c'est au contraire une courbe très convexe en dehors qu'exige la double progression parisienne de 15 à 45 ou 50 ans.

D'où il résulte que l'algébriste, que le géomètre, diminuant, par des hypothèses si contraires au vrai, le nombre des vivants, augmente le coefficient de mortalité, au lieu de le diminuer comme il le prétend (1).

Enfin pour peu qu'on se rappelle ce que c'est que la mortalité *relative* de M. Carnot, on verra qu'il n'y a plus aucune raison pour admettre qu'elle soit plus petite que le danger de mort, puisqu'au contraire de 20 à 30 ans elle devient plus grande que lui.

Abandonnons maintenant cette réfutation qui nous a servi à bien fixer la méthode, en démontrant l'impossibilité de se servir des tables calculées pour représenter la population de Paris. Revenons aux recherches positives, et tâchons de déterminer cette mystérieuse mortalité parisienne dont les adversaires de la vaccine ont tant abusé.

(1) On peut se convaincre facilement du fait en calculant sur les deux tables de P que nous avons posées. Ainsi, de 20 à 30 ans, la table théorique suppose 432,000 habitants, et la table de fait en donne 600,000, etc. M. Carnot ne peut prétendre que si ses tables de vivants n'ont pas la même forme que l'ensemble de la population, c'est parce qu'il n'examine qu'une fraction de cette population. En effet, les mortuaires dont il se sert sont des parties aliquotes des mortuaires totales ; par conséquent, les tables de population qui en dérivent doivent être des parties aliquotes de la table de population totale ; et le multiple d'une progression décroissante ne peut donner qu'une progression décroissante, etc.

EXAMEN DES DOCUMENTS.

XVIIIe SIÈCLE. — Il est tout à fait impossible d'indiquer la mortalité de la ville de Paris au XVIIIe siècle, puisque nous n'avons pour cette époque ni mortuaire *générale* ni dénombrement qui nous fasse connaître le nombre des habitants de chaque âge.

Aurions-nous une mortuaire *de la ville de Paris*, que nous ne pourrions en tirer aucune table de survie ni de population sans passer outre aux avis de Halley, de Buffon, et sans méconnaître les lois de la science moderne, sinon celles du bon sens. Mais nous n'avons point cette mortuaire. Nous avons, il est vrai, deux lambeaux de mortuaire parisienne, l'une de Dupré-Saint-Maur, publiée par Buffon, qui ne voulait pas qu'on la séparât de la mortuaire des paroisses rurales, avec lesquelles il la donne; l'autre mortuaire est donnée par Montyon. Or, la première a été construite sur trois paroisses et la seconde sur une seule. En les réunissant, c'est le relevé mortuaire de quatre paroisses dont nous pouvons disposer. Paris en renfermait quarante-sept : c'est donc comme si nous avions, pour juger de la mortalité actuelle, le relevé mortuaire d'un arrondissement de Paris. Mais ne sait-on pas que les citadins se groupent dans une ville suivant leurs mœurs et leur fortune, presque aussi régulièrement que des voyageurs dans les trois classes de wagons? D'autre part, on connaît les travaux de M. Villermé touchant l'influence de la fortune sur la mortalité et la distribution de cette mortalité dans les douze arrondissements de Paris. Dès lors on comprend que connaître la mortalité..., non, la mortuaire d'un arrondissement, c'est ne rien connaître pour apprécier celle de la ville entière.

M. Carnot voudrait-il aujourd'hui considérer comme mortuaire parisienne celle du second arrondissement, qui ne donne à domicile que 1 décès sur 67, tandis que le 12e, aussi à domicile, en donne 1 sur 43 (Villermé)? Non sans doute, ce choix ne ferait pas l'affaire de sa thèse. Pourquoi donc veut-il nous faire accepter la mortuaire d'un arrondissement du XVIIIe siècle pour une mortuaire de la ville entière? Est-ce parce que ce vieux lambeau se trouve favorable à sa doctrine? On comprend que ce ne peut être pour nous une raison d'accepter ce qu'au nom de la logique et de la science nous devons récuser.

Il y a même encore une raison de ne pas ajouter grande créance à cette mortuaire : c'est que, d'après elle, les Parisiens auraient une mortalité moindre que les gens de la campagne,

---

tives. Les muscles eux-mêmes sont dans les mêmes relations, soit entre eux, soit relativement au squelette. Mais ce qu'il y a de capital, c'est que cette enveloppe musculaire et osseuse est en corrélation directe avec le système nerveux ; en sorte qu'elle peut nous révéler le degré de dignité de l'organisme, puisque nos plus hautes facultés sont étroitement liées à la conformation et à la structure de l'appareil nerveux. En un mot, le dehors est le reflet du dedans, et nous trouvons ainsi anatomiquement la justification des préjugés sur la beauté, qui sont pleinement acceptables.

En effet, si telle personne a tout à la fois une réputation de beauté et de bêtise, faites-la juger par un artiste, et bien souvent vous vous apercevrez d'une lacune capitale.

D'après cette relation fondamentale, les jeunes artistes peuvent juger de l'importance des études sur la forme, mais ils le sentiront mieux lorsque la biologie aura pris, vis-à-vis des beaux-arts, un caractère plus systématique.

Je regrette que les conditions de cet article ne me permettent pas d'entrer ici dans plus de détails, mais je puis assurer que sans excéder la mesure qui est actuellement faite au professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, on pourrait transformer un enseignement très spécial en un cours plus systématique qui, par cela même, intéresserait davantage les jeunes artistes, et les détournerait moins du point de vue essentiellement synthétique qui caractérise toutes les œuvres d'art. A. SEGOND.

— M. le préfet de police vient d'adresser aux maires et aux commissaires de police une circulaire dans laquelle, leur rappelant les lois et ordonnances relatives à la vente des substances vénéneuses, il leur adresse les instructions arrêtées par M. le ministre de l'agriculture pour la vente de ces substances. Désormais les fioles et paquets contenant des substances toxiques devront être recouverts d'un papier de couleur *rouge orangé*, qui portera ces mots : *Médicament pour l'usage extérieur*. Cette formalité de l'étiquette rouge orangé est imposée aux pharmaciens, aux médecins des communes rurales, qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des dépôts de médicaments, de même qu'aux personnes qui dirigent les pharmacies des hospices et des bureaux de bienfaisance,

---

comme on peut s'en convaincre en comparant les deux parties de la mortuaire de Dupré-Saint-Maur. Or, ce résultat est tout à fait contraire aux résultats les plus notoires de la statistique moderne. Ne perdons pas plus de temps à cet examen négatif, et arrivons à notre siècle.

XIXe SIÈCLE. — Les raisons que nous avons précédemment déduites nous ayant fait rejeter les tables de population calculées, comme complétement inexactes quand il s'agit de la ville de Paris, nous n'entreprendrons d'établir la mortalité qu'aux deux périodes où ont été effectués les seuls recensements par âges qui soient publiés.

Le premier de ces recensements a été entrepris à la fin de l'année 1816 et achevé au commencement de 1817. Pour prendre une moyenne un peu large de cette époque, sans cependant dépasser l'année 1820, afin que l'influence variolique ne soit pas encore marquée chez les adultes, il nous faudra prendre trois années avant et trois années après l'époque du recensement, soit 1814 à 1820 exclusivement.

Le second recensement a été fait dans le courant de l'année 1851; mais la population était alors en même nombre que celle donnée par le recensement de 1846 : il en résulte que nous pouvons, pour cette seconde période, prendre notre moyenne sur dix années (1844—1853).

Nous avons donc établi, pour chacune de ces deux périodes, la moyenne annuelle des décès à chaque âge. En la comparant à la population aux mêmes âges, rien ne semble plus facile et plus simple que d'avoir le coefficient de mortalité ou danger de mort propre à chaque période d'âge. Si, par exemple, les deux recensements par âges eussent été faits en 1806 et en 1841, il n'y aurait rien à objecter à cette méthode. Mais il arrive, par un hasard fâcheux, que les deux seuls dénombrements par âges dont nous jouissions nous forcent à tirer nos moyennes de décès de périodes qui renferment des années tristement célèbres : c'est l'année 1814, pour la première période; ce sont, pour la seconde, les années 1847, dont la grande cherté a beaucoup grossi le nécrologe, 1848, qui a vu plusieurs fois la guerre civile, 1849, pendant laquelle le choléra a enlevé à lui seul, et tout à fait en supplément de la moyenne, 19,000 victimes; c'est enfin l'année 1853, qui compte aussi bon nombre de cholériques. Il résulte de ce rapide examen que nous ne pouvons en toute impartialité nous dispenser de suivre le sage conseil que donne M. Guillard : « Une précaution à laquelle ne manque jamais un bon architecte avant de mettre en œuvre ses matériaux, c'est de les recevoir. Ce travail préliminaire, indispensable, d'examen et de critique, les statisticiens s'en sont dispensés trop souvent, etc. (1). »

Ainsi, les deux périodes que nous comparons, bien que calamiteuses toutes deux, le sont à des degrés très inégaux *en ce qui concerne nos documents*. En effet, l'année 1814 a surtout été funeste à l'armée, décimée par le typhus; mais notre mortuaire, *cette année-là*, ne renferme pas les décès militaires, de sorte que les décès de cette fatale année sont très amendés dans notre document.

La mortuaire de 1849 et toutes celles de la seconde période renferment au contraire les décès de l'armée. Il résulte de là une inégalité de position qui nous est faite par les documents publiés, et que la logique et la science nous ordonnent de discuter et, s'il se peut, de faire disparaître.

D'autre part, les adversaires de la vaccine protestent contre toute action sur les résultats bruts; l'inégalité qu'ils présentent leur est chère, et ils s'écrieront que notre balance pèse faux si nous ne mettons dans chaque plateau que des valeurs comparables, etc. Nous avons donc résolu de laisser au public lui-même le soin de juger : nous donnons d'abord la mortalité qui ressort des documents *bruts*, sans autre soin que d'enlever de part et d'autre les victimes des boulets et des balles, laissant l'armée, décimée aux deux époques par l'épidémie et par l'entassement, peser sur la seconde période seule, tandis que la première en est affranchie (A.).

Dans un second travail, nous faisons disparaître de chaque période les années calamiteuses seulement, c'est-à-dire 1814 et 1815 pour la première, et 1849 pour la seconde; nous aurions pu enlever aussi 1853, frappé du choléra : nous l'avons admis (B. *Premier cas*).

Cette opération laisse cependant quelque chose à désirer, surtout si l'on veut apprécier le véritable coefficient de mortalité, parce que les années visitées par quelque fléau meurtrier qui décime les populations sont toujours suivies d'une ou deux années où la mortalité est très atténuée. Ainsi, 1814 et 1815 sont suivis de 1816, qui fournit un nombre très faible de décès; ainsi, après 1849, les années 1850 et 1851 sont au-dessous de la moyenne. Nous avons donc cru que, pour nous mettre tout à fait *en dehors des calamités et de leur réaction*, nous devions éliminer de part et d'autre non-seulement les années frappées, mais encore l'année suivante au moins. Cette considération a donné lieu à une troisième table qui nous paraît, au point de vue de la méthode, être la plus digne de fixer l'attention sur les résultats (B. *Deuxième cas*).

Danger de mort à Paris aux trois périodes étudiées.

AGES.	POPULAT.	DÉCÈS moyens annuels.	DANGER de mort ou 1 déc. sur :	POPULAT.	DÉCÈS moyens annuels.	DANGER de mort ou 1 déc. sur :
A. Périodes brutes, sans déduction des années de peste et de guerre (non compris les morts violentes).						
	Période de six années (1814-1819).			*Période de dix années* (1844-1853).		
De 0 à 15 ans.	145169	8370	17,3	206763	11297	18,3
De 15 à 50 »	421935	5997	70,3	690432	10035	68,8
De 50 ans et plus.	146862	7391	19,7	156067	8656	18,0
De tout âge.	713966	21758	32,8	1053262	20988	35,1
B. Périodes, déduction faite des années calamiteuses.						
PREMIER CAS, dans lequel on a laissé l'année à mortalité faible qui suit la calamité.						
	Période de quatre années (1816-1819).			*Période de neuf années* (1844-1853, *moins* 1849).		
De 0 à 15 ans.	145169	8151	17,8	206763	10499	19,7
De 15 à 50 »	421935	5803	72,7	690432	9519	72,5
De 50 ans et plus.	146862	7126	20,6	156067	8040	19,4
De tout âge.	713966	21080	33,0	1053262	28058	37,5
DEUXIÈME CAS, dans lequel on a supprimé les années calamiteuses et la suivante.						
	Période de trois années (1817-1819).			*Période de cinq années* (1844-1848).		
De 0 à 15 ans.	145169	8617	16,0	206763	10585	19,5
De 15 à 50 »	421935	6109	69,0	690432	9562	72,0
De 50 ans et plus.	146862	7101	20,7	156067	7840	20,0
De tout âge.	713966	21827	32,7	1053262	27987	37,63

(1) *Démographie comparée*, chap. III, p. 41.

Conclusions. — Si nous voulions suivre la rigueur des chiffres, nous dirions : Il résulte de ces tableaux, dressés avec le plus grand soin, que, d'une période à l'autre :

1° La mortalité de l'enfance a diminué dans tous les cas examinés.

2° La mortalité des âges virils semble s'être légèrement accrue *quand* on laisse partout les années calamiteuses (ce qui s'explique fort bien, puisque les fléaux de la seconde période surpassent ceux de la première *en nombre* et *en puissance*); mais cette mortalité paraît stationnaire si on enlève les années calamiteuses; et enfin elle diminue très notablement d'une époque à l'autre si on supprime, avec les années calamiteuses, ou l'année ou les années suivantes, qui présentent toujours une mortalité trop atténuée, ce qui diminue indûment le danger de mort moyen. Par cette dernière opération, on ne compare vraiment que des années à mortalité moyenne : aussi, c'est le résultat qui nous paraît le plus digne de confiance.

3° La mortalité des vieillards semble s'être très légèrement accrue dans les trois cas.

4° La mortalité générale de tous les âges s'est notablement et toujours atténuée. Mais il est bon de remarquer que ce fait est le résultat du plus grand nombre relatif des virils ; de sorte que, si la chance de mourir dans l'année s'est très notablement amoindrie pour un habitant quelconque de Paris, c'est surtout parce qu'il a plus de chance d'appartenir aux âges virils.

Mais nous avouons trouver tous ces résultats trop faiblement accusés : et nous croyons que *la seule conclusion* utile à invoquer aujourd'hui pour la vaccine, parce qu'elle est au-dessus de toute contestation, c'est que, depuis 1815, la mortalité de la ville de Paris est au moins stationnaire, avec une tendance à diminuer qui n'a été voilée que par le choléra.

En effet, les légères modifications qu'on observe dans les coefficients, soit en moins, soit en plus, sont trop faibles pour qu'on puisse les considérer comme en dehors des oscillations provenant des imperfections des recensements, qui, selon les recherches de M. Quetelet, s'élèvent en Belgique de 1 à 3 pour 100, suivant les âges. Ce n'est pas faire injure à notre pays que de croire que les dénombrements par âges n'y ont pas été faits avec plus de perfection ; et l'on peut dès lors se convaincre facilement que, si l'on fait varier dans cette limite le nombre des vivants de chaque âge, les coefficients de la mortalité, qui expriment les dangers de mort, se confondent l'un dans l'autre à chacune des deux périodes. Néanmoins, il ressort de cet examen ceci de singulier, c'est que, tandis que la mortalité diminue en France à tous les âges, comme nous l'avons amplement démontré dans notre premier travail (1), elle diminue à peine dans la ville de Paris. Certainement, tout cela n'a aucun rapport avec l'assertion de la mortalité doublée et l'étrange explication de ce prétendu fait; mais ce *statu quo* nous semble mériter quelque attention : c'est ce qui nous a porté à analyser avec plus de soin les mouvements de la population parisienne, dans l'espérance de saisir peut-être quelques-unes des causes fatales qui pèsent sur cette cité chère à la France et au monde entier. Nous avons essayé de montrer par le tableau suivant dans quelle proportion s'est augmentée la population aux différentes périodes d'âges :

AGES.	LA POPULAT. de 1817	est à	LA POPULAT. de 1851	com.	100	est à	*x*.
De 0 à 15 »	145169	:	206763	::	100	:	142
De 15 à 50 ans.	421935	:	690432	::	100	:	163,7
De 50 et au delà.	146862	:	156067	::	100	:	107
De tout âge.	713966	:	1053262	::	100	:	147,5

Ainsi, l'augmentation de la population virile a dépassé de beaucoup toutes les autres. Si, d'autre part, on se demande quelle est la classe qui accroît si rapidement le chiffre des habitants de Paris aux âges de travail, on se convaincra facilement que c'est surtout la population ouvrière, c'est-à-dire la classe dont la mortalité est constamment plus élevée que celle de la population bourgeoise et aisée.

Il se présente encore ici un point d'une grande importance et que nous ne pouvons que signaler, parce que les documents précis nous manquent jusqu'à ce jour : ce serait de connaître la mortuaire spéciale de la garnison à chacune des deux périodes. Car ce chiffre aura une grande influence sur la mortalité des âges virils, qui semblera plus grande si elle n'en est pas discernée, puisqu'on sait (1) que la mortalité de l'armée à l'intérieur est à peu près double de la mortalité civile aux mêmes âges. Il ne nous paraît pas douteux que ce ne soit là une des causes qui maintiennent stationnaire *en apparence* la mortalité des virils. Car, d'une part, notre mortuaire de 1814 ne comprend pas les décès militaires ; et l'armée ayant été licenciée en 1815, et reconstituée seulement en 1818 et sur un pied très faible, il en résulte que notre première période doit être peu chargée de décès militaires.

Que l'on compare cet état avec ce qui a dû se passer dans la seconde période 1844—1853, alors qu'un trône chancelant, puis renversé, et de puissants mouvements populaires, et l'état de siége presque permanent, avaient accumulé à Paris une très forte garnison, entassée dans les casernes et dans les baraques que nous avons vues encombrer nos promenades et déparer nos monuments : on se demandera, en songeant à la très forte mortalité particulière à l'armée, même bien logée, comment il se fait que le coefficient de mortalité des âges virils ne se soit pas encore accru sous cette influence soldatesque (2), et l'on sera disposé à voir un véritable progrès dans le *statu quo*. Il serait fort intéressant de creuser cette question; mais on n'a pas de documents publiés, et la ville de Paris est muette. Quoi qu'il en soit, nous pourrons conclure avec plus de force que jamais que, si la mortalité des âges virils est stationnaire à Paris, c'est que, comme nous l'avons dit ailleurs, les âges virils à Paris perdent en qualité à mesure qu'ils augmentent en quantité.

Nous espérerions beaucoup des élargissements et embellissements de la ville de Paris, si une ventilation convenable, établie dans chaque maison, remédiait à l'entassement inévitable

(1) *Union médicale*, n° 102, ann. 1855. Il est bon de rappeler que, dans ce travail, ayant en vue moins la précision du résultat que de prouver que la mortalité n'avait augmenté à aucun âge, nous voulûmes plutôt rester au-dessous du vrai afin de prévenir toute objection. Nous adoptâmes, en conséquence, des bases et un mode de calcul qui atténuait beaucoup la diminution de la mortalité moderne. Nous reviendrons, dans une prochaine publication, aux valeurs précises ; et l'on verra que leur différence, d'un siècle à l'autre, est beaucoup plus tranchée. B.

(1) Benoiston, *Ann. d'hyg.*, t. X ; Boudin, *Ann. d'hyg.*, t. XXXV ; Desjobert, *Moniteur* du 6 juillet 1847 ; Bertillon, *Thèse inaug.*, 1852.

(2) Les décès des hôpitaux militaires nous permettent d'affirmer que les décès militaires se sont accrus dans une plus grande proportion que les décès civils d'une époque à l'autre. Les décès civils se sont accrus dans la proportion de 100 à 138, et les décès militaires de 100 à 163, et seulement en comptant les décès militaires de 1817 à 1820, les seuls que nous ayons pu nous procurer. Cette augmentation pèse exclusivement sur les âges virils : et l'on comprend que, si nous faisions entrer dans nos calculs 1814 (qui n'a pas de décès militaires) ou les années 1815 et 1816, notre différence serait plus considérable.

et à l'exiguïté des locaux. On sait que M. le docteur Boudin attribue à l'air confiné des casernes la mortalité considérable de l'armée. Si l'hypothèse n'est pas encore scientifiquement démontrée, elle est au moins fort plausible. Ne peut-on pas attribuer au même vice l'infériorité reconnue des villes vis-à-vis des campagnes quant à la conservation de la vie? Mais cette intéressante question nous entraînerait hors du sujet et doit être ajournée.

Il est donc démontré et hors de doute :

1° Qu'on ne peut faire des tables de survie de quelque valeur sur les mortuaires connues de Paris;

2° Que la mortalité de la ville de Paris n'a doublé à aucun âge ;

3° Qu'elle est restée stationnaire à tous les âges depuis 1815, si même elle n'a diminué.

C'est ce que nous voulions démontrer, et ce qui suffit pour venger la vaccine des dernières attaques de ses obstinés détracteurs.

BERTILLON, D.-M. P.,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

M. H. Carnot nous écrit pour nous signaler une erreur qu'il croit s'être glissée dans le mémoire de M. le docteur Bertillon, n° 9, p. 142, colonne 2, où il est dit qu'à Paris « 100 décès correspondent à 112 naissances. » Nous engageons M. Carnot à voir au volume dernièrement publié de la *Statistique de France*, p. XXXIII, dernier nombre de l'avant-dernière ligne : il y trouvera le chiffre 112 qu'il incrimine, et pourra adresser sa réclamation au bureau ministériel ou à son chef M. Legoyt. B.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

Renvoyé au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Würtz à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Sur l'invitation de M. le président, M. Würtz vient prendre place parmi ses confrères.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Pagès*, de Baréges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3° L'Académie reçoit : — *a.* Des lettres de MM. *Moquin-Tandon, Martinet, Durand-Fardel*, candidats pour la place vacante dans la *section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.* — *b.* Des lettres de MM. *Ch. Robin* et *Ménière*, candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. — *c.* Un mémoire sur l'action locale du baume de copahu administré à l'intérieur dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale, par M. le docteur *Langlebert*. (M. Ricord, *rapporteur.*) — *d.* Une observation d'éclampsie survenue après l'accouchement sans trace d'albumine dans les urines, par M. le docteur *Mascarel*, de Châtellerault. (M. *Depaul*, rapporteur.) — *e.* Une note sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle courbure, par M. le docteur *Gély*, de Nantes. (*Commission nommée.*)

Lectures et Mémoires.

EAUX MINÉRALES. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de trois rapports, dont voici le résumé :

1° *Sur les eaux de Digne* (Basses-Alpes). — La commission demande, pour les soumettre à l'analyse, des échantillons de cette eau recueillis dans certaines conditions dont elle a arrêté le programme. (Adopté.)

2° *Sur une nouvelle source d'eau sulfureuse située à Baréges.* — L'eau de cette nouvelle source vient se ranger, par sa composition chimique, à côté de celle des sources Dassieu et Follard, et, par sa thermalité, près de celle de Barzun. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

3° *Sur les produits fournis par l'eau de Bagnols* (Lozère). — L'examen des résidus de l'évaporation ne conduisant à rien de précis, la commission engage M. Dufraisse de Chassaigne, qui est placé aux sources mêmes comme médecin inspecteur, à diriger ces travaux dans une voie capable de conduire à la connaissance exacte de l'eau minérale de Bagnols. (Adopté.)

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Camille Bernard* (d'Apt) donne lecture d'un travail *sur les avantages et les indications du forceps assemblé.* Cet instrument, imaginé par l'auteur de la présente communication, a été présenté en 1836 à l'Académie de médecine, et est devenu, de la part de M. Velpeau, l'objet d'un rapport où se trouvaient beaucoup d'encouragements et de paroles bienveillantes. Instruit par l'expérience, l'auteur a apporté depuis au forceps assemblé d'importantes modifications. Il a eu l'occasion d'appliquer ce forceps dans soixante cas, dont cinquante-cinq ont été publiés dans différents recueils, et cinq se trouvent consignés dans ce mémoire.

Ce sont des primipares qui font le sujet des cinq dernières observations.

L'application du forceps assemblé a eu lieu trois fois la tête étant descendue dans l'excavation où les efforts utérins étaient impuissants à la faire cheminer, et deux fois la tête se trouvant à peine engagée obliquement dans le détroit supérieur.

Chez la première femme de la série des trois, l'inertie de l'utérus a succédé à des contractions énergiques. Dans l'intérêt du fœtus, il fallait agir. La tête se trouvant près du détroit inférieur, en position directe, l'auteur a préféré à l'emploi du seigle ergoté l'application du forceps, opération fort simple alors.

Chez la seconde femme, de violentes attaques d'éclampsie ont commandé la délivrance artificielle.

Enfin, chez la troisième, après un travail long mais régulier, l'occiput restait arcbouté derrière la cavité cotyloïde gauche, et la tête remplissait à peu près exactement la cavité pelvienne.

Ces trois femmes, ainsi que leurs enfants, sont pleins de vie. Par contre, les deux femmes de la deuxième série, épuisées par quatre jours de travail, durant lesquels maintes tentatives avaient été faites pour l'application du forceps ordinaire, ont succombé dans la première période traumatique.

Voici les conclusions par lesquelles M. Camille Bernard termine son travail.

1° Mes observations me permettent de considérer comme réalisées les espérances que j'ai conçues il y a vingt ans. Dans tous les cas où j'ai eu à appliquer le forceps, j'ai conservé la réunion des branches, et cependant je n'ai pas manqué de rencontrer les diverses catégories d'obstacles qui tout d'abord semblent contre-indiquer l'introduction des deux branches superposées : étroitesse de la vulve, pression de la tête dans l'excavation, présentation de la face, angustie pelvienne chez les femmes mal conformées. La dilatation préalable de la vulve à l'aide des doigts et la dépression du périnée ont rendu facile l'introduction des deux branches réunies. J'ai soulevé la tête en totalité, alors qu'elle était pressée perpendiculairement, et les deux cuillers, n'en formant plus qu'une seule à la suite du décroisement, se sont glissées sur ma main, introduite en totalité dans le vagin. Dans les présentations de la face, l'évolution s'est accomplie sans plus de peine que dans celles de l'occiput ou du front. Enfin, dans l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur, l'angle sacro-vertébral, trop proéminent, s'est logé dans le vide laissé par les cuillers qui se fuient.

2° L'opération n'a pas été seulement indispensable, mais elle a

été marquée dans tous les cas par plus de simplicité, plus de promptitude ; elle a été d'une parfaite innocuité pour la mère et pour le fœtus.

3° Dans les cas réputés difficiles, au moyen du forceps disjoint, j'ai opéré sans aide ; et quand le moral de la femme commandait de grands ménagements, j'ai opéré à son insu.

4° Dans l'excavation pelvienne, quel qu'ait été le degré de pression, les cuillers se sont déployées plus ou moins lentement, au gré de la main extérieure, qui appréciait la force de résistance ; d'autre part, la main conductrice éclaire la marche du forceps et protége les organes maternels. L'introduction de la main tout entière dans le vagin est une manœuvre indispensable et de la première importance.

5° Maintes fois j'ai pu terminer des accouchements où l'application du forceps disjoint avait été vainement tentée, soit dans l'excavation, soit au détroit supérieur ; dans un cas, entre autres, où la tête séparée du tronc était restée seule dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci.

6° La facilité avec laquelle les deux cuillers du forceps assemblé saisissent dans le vide, sans le secours d'un aide, la tête qui n'a point d'appui que la main, tel est l'avantage de cet instrument sur le forceps disjoint.

7° Quelques secondes suffisent pour rendre à chacune des branches son indépendance. On peut ainsi les introduire l'une après l'autre, et alors la première, ne croisant pas le passage, gêne bien moins l'entrée de la suivante. Ou bien encore, après les avoir superposées sans les assembler, on peut introduire simultanément les deux branches sur la même main, puis les mettre successivement à leur place, ce qui est plus long que dans l'état assemblé, mais plus facile qu'avec le forceps en usage. Le croisement de celui-ci, en forme de pince, le rend, à mon avis, le plus incommode des instruments quand il s'agit d'opérer à de grandes hauteurs, à travers des voies étroites, et surtout que le danger est imminent. (M. Velpeau, *rapporteur.*)

Pathologie générale. — M. *Desportes* donne lecture d'un travail intitulé : *Sur les bases à donner à une distinction précise, positive, affirmative, entre la révulsion et la dérivation.* L'auteur remonte à l'étymologie des mots révulsion et dérivation, donne une longue nomenclature des verbes et des substantifs grecs et latins destinés à exprimer ces deux méthodes thérapeutiques ; puis il définit la révulsion et la dérivation, les étudie dans leurs formes diverses et leurs nombreux agents, et explique leur mécanisme sur l'économie malade. M. Desportes démontre enfin que la révulsion et la dérivation diffèrent l'une de l'autre par leur étymologie, leur emploi thérapeutique, leurs agents, et par les phénomènes et les modifications qu'elles provoquent dans l'organisme vivant.

La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 7 mars 1856. — Présidence de M. Cazeaux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la kératite et de ses suites*, par M. *Castorani;* rapporteur, M. *Forget.*

2° *Précis des maladies du foie et du pancréas*, par M. *Fauconneau-Dufresne;* rapporteur, M. *Géry.*

3° Une brochure *sur l'emploi du chlorate de potasse dans la stomatite ulcéreuse*, par M. le docteur *Bergeron;* M. *Dechambre* fait un exposé sommaire de ce travail.

M. *Durand-Fardel* lit un rapport sur l'ouvrage de M. *Raoul Leroy* (d'Étiolles) : *Des paralysies et des paraplégies.*

De l'occlusion dans les ophthalmies.

M. *Bouvier* demande à M. Richard de vouloir bien donner des développements aux principes qu'il a exposés sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion palpébrale, parce qu'il aurait l'intention de présenter lui-même quelques observations relatives au côté pathologique et thérapeutique de la question.

M. *Richard* rappelle d'abord que la question de l'occlusion, dont on s'occupe beaucoup en ce moment, était un peu neuve en France, alors qu'elle était employée comme méthode générale en Belgique ; cependant il a vu MM. Sichel et Desmarres s'en servir avec succès après l'opération de la cataracte par le procédé de kératotomie supérieure.

Après avoir indiqué les différences qui existent entre cette occlusion méthodiquement appliquée et le bandeau dont les chirurgiens avaient l'habitude de recouvrir les yeux après toute opération oculaire, M. Richard passe en revue les divers agents que l'on peut employer pour remplir ce but. L'emploi du collodion, dit-il, est douloureux ; la colle ordinaire tient peu ou point. La solution de gomme, que l'on étale avec un pinceau sur les paupières rapprochées et qu'on recouvre avec la toile à cataplasme enduite elle-même d'une nouvelle couche de gomme, est la plus convenable ; elle se maintient en place de quatre à six jours.

Quant aux indications de l'occlusion, on peut dire que cette méthode est favorablement appliquée, d'une manière générale, dans toute ophthalmie ; cependant, quand l'inflammation attaque les parties profondes de l'œil, elle ne saurait en arrêter la marche et les progrès, bien qu'elle ait pour résultat de calmer la douleur. Elle est surtout utile dans les kératites ulcéreuses ; c'est dans ces circonstances qu'elle donne les plus heureux résultats, et qu'elle est préférable à la cautérisation par le nitrate d'argent.

M. *Cazeaux* demande si l'occlusion est efficace dans ces ophthalmies rebelles qu'on rencontre souvent chez les enfants, et qui ont une tendance fâcheuse aux récidives.

M. *Richard* répond par l'affirmative ; ce sont, dit-il, les faits les plus favorables pour l'occlusion, à moins que ces formes de kératite ne soient entretenues par des granulations palpébrales contre lesquelles il faudrait d'abord diriger un traitement approprié ; car l'occlusion ne saurait, dans aucun cas, empêcher le praticien de faire conjointement un traitement général, de recourir au besoin à l'usage des topiques, des collyres, parmi lesquels on doit placer en première ligne le mucilage tannique, dont M. Hairion a préconisé l'efficacité merveilleuse.

M. *Bouvier* demande quelles sont les raisons qu'on invoque pour soutenir la non-vascularité de la cornée ; c'est une question d'anatomo-physiologie qu'il ne croit pas nettement démontrée, et qu'il faudrait d'abord élucider avant d'aborder les questions pathologiques qui en découlent.

M. *Richard.* La cornée n'est point vasculaire, ce qui peut déjà faire supposer la translucidité de cette membrane. En effet, on s'expliquerait difficilement, avec de telles conditions physiques, la présence de vaisseaux charriant un liquide rouge, coloré ; tout au plus pourrait-on admettre l'existence de vaisseaux blancs. Mais l'opinion de la non-vascularité repose sur des données plus positives : sur les résultats négatifs et de l'examen au microscope et des injections les plus délicates faites par M. Broca, M. Robin, M. Sappey.

Si telle est la condition anatomique de la cornée, ajoute M. Richard, comment expliquer les réparations dont elle offre des exemples évidents à l'état pathologique ? Cette objection n'a plus aujourd'hui la même valeur, puisqu'il est démontré qu'au sein de l'organisme tous les phénomènes de nutrition ne se passent plus, comme on le croyait autrefois, dans les capillaires eux-mêmes, mais bien en dehors des vaisseaux, au milieu de ce plasma qui remplit les intervalles formés par la trame vasculaire. C'est là aussi que se passent, à l'état pathologique, tous les phénomènes de réparation. Non-seulement l'existence de ce plasma n'est pas douteuse, mais on a encore pu calculer l'étendue qu'elle occupe dans chaque organe en particulier ; ainsi dans le poumon elle est trois fois, dans le foie quatre fois, plus grande que la place occupée par la trame vasculaire elle-même. Les tissus fibreux, les cartilages sont comme la cornée des corps non vasculaires ; ils se nourrissent par les vaisseaux du voisinage.

M. *Bouvier* persiste à croire que la question est encore débattue au point de vue anatomique et physiologique; quant à la partie pathologique de la question, il demande comment on explique que la cornée soit rouge dans la première période de la kératite.

M. *Richard* insiste d'abord sur ce point que le nom de kératite a été appliqué à des altérations pathologiques ambiantes ou à l'inflammation des organes profonds ; quant à l'existence de vaisseaux rampant à la surface de la cornée, il ne la conteste point, mais il fait remarquer qu'ils n'appartiennent point à cette membrane ; ce sont des vaisseaux de nouvelle formation ; ils sont volumineux et s'irradient de la conjonctive vers la cornée.

M. *Bouvier* s'étonne que M. Richard nie la couleur rouge de la cornée, coloration qui est quelquefois aussi vive, aussi tranchée que celle de la chair musculaire.

M. *Bourguignon* cite le fait d'une malade chez laquelle il a vu la cornée manifestement rouge. Il ne partage pas l'avis de ceux qui nient la kératite. Puisqu'on admet la formation de vaisseaux, on doit admettre qu'il peut y avoir une inflammation, et partant une kératite; on ne discute, en réalité, que sur le moment où la vascularisation est évidente.

M. *Briquet* a eu occasion d'observer plusieurs malades affectés d'ophthalmie; il se rappelle avoir vu la cornée transformée en tissu opaque et fibreux; cet état morbide avait été précédé d'une rougeur manifeste.

M. *Guibout* a vu des rougeurs de la cornée; il cite le fait d'une jeune fille atteinte de kératite ulcéreuse avec teinte rouge ambiante contre laquelle échouèrent tous les moyens généraux et locaux conseillés en pareil cas, et qu'il traita finalement, avec un plein et prompt succès, par l'occlusion combinée avec la réfrigération. L'occlusion était opérée au moyen d'une compression exercée sur le globe oculaire à l'aide d'un plumasseau de charpie fine incessamment mouillée d'eau blanche.

M. *Richard*. Il n'y a pas de vaisseaux au début de la kératite ; les vaisseaux se forment plus tard et lentement. Je ne nie point l'existence de kératites vasculaires, de pannus, de pustules cornéennes à la base desquelles on voit aboutir des vaisseaux bien dessinés ; mais ces altérations sont produites, la plupart du temps, par une ophthalmie granuleuse souvent méconnue et pourtant bien commune ; mais les vaisseaux partent de la conjonctive pour s'irradier vers les altérations de la cornée. Il n'y a qu'une circonstance, à mon avis, où la cornée est rouge : c'est dans le cas d'épanchement de sang dans la chambre antérieure ; mais c'est un phénomène d'imbibition.

M. *Bouvier* a vu un cas où la cornée était uniformément rouge, sans vaisseaux rouges visibles ; cet état était accompagné d'un nuage commençant. Il persiste donc à croire que la question pathologique est encore à vider.

Au point de vue thérapeutique, pour apprécier la valeur de la méthode nouvelle, il se demande s'il y a une différence entre l'occlusion artificielle et l'occlusion naturelle produite par la maladie. Pour moi, ajoute M. Bouvier, j'ai vu, chez des enfants, les ophthalmies déterminer des occlusions naturelles, se maintenant sans effort, sans clignement évident.

Après cette discussion, on procède à l'élection de M. le docteur *Desayvre*, médecin de Châtellerault, qui est nommé membre correspondant.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 18 AVRIL 1856

Examen des comptes du trésorier.

Continuation de la discussion sur les affections cancéreuses.

Statistique des affections cancéreuses, par M. *Leroy* (d'Étiolles).

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur les eaux minérales de Nauheim, par le docteur A. Rotureau, avec des Considérations et analyses chimiques, par M. Chatin. 1 vol. in-12, Paris, Labé, 1856.

Nauheim est situé dans la Hesse électorale, à 24 kilomètres de Francfort, sur le chemin de fer du Mein Weser. Vingt heures suffisent pour se rendre de Paris à la station de Nauheim.

En forant un puits artésien dans une vallée où se trouvaient plusieurs sources salines, à Nauheim, on rencontra une nappe d'eau jaillissante qui fournit un jet d'eau très salée et très chargée de gaz carbonique, ayant une température de 27 degrés centigrades. Mais, chose remarquable, le puits, qui dans le principe n'avait point donné d'eau et qui avait été abandonné, se prit, une belle nuit, à la suite d'une violente tempête, à couler avec force au point d'inonder la vallée. Rien n'est joli à voir comme cette magnifique gerbe d'eau écumante, blanche comme la neige, grosse comme un jeune arbre, s'élevant à plusieurs mètres au-dessus du sol.

Jusqu'au 2 mars 1855, ce grand puits, qui est creusé à 15 mètres au-dessous du niveau de la mer et n'a pas moins de 73 mètres de profondeur, fournit une quantité d'eau suffisante pour alimenter les bains et les salines ; mais à cette époque, le jet s'abaissa tout à coup, diminua considérablement de salure, et finit par cesser tout à fait de jaillir. Ce phénomène était dû à des causes accidentelles : la rupture des tuyaux, des infiltrations. Celles-ci furent promptement réparées, et aujourd'hui la source fournit près de 90,000 pieds cubes d'eau salée par jour. La quantité d'acide carbonique qui s'en échappe est, aussi par jour, au moins de 100,000 pieds cubes. 1 kilogramme de cette eau contient 28gr,7 de principes fixes, dont 24,6 de chlorure de sodium, 1,93 de chlorure de calcium, et 2,13 de bicarbonates de chaux. Sa température est de 35 degrés centigrades.

Les principes minéralisateurs de l'eau de Nauheim sont les chlorures de sodium et de calcium, le bicarbonate de chaux, et le gaz acide carbonique libre. La quantité de ce gaz qui s'échappe des diverses sources de Nauheim est si considérable qu'on l'estime à 175,000 pieds cubes par jour. On retire annuellement de 70 à 80,000 quintaux métriques de sel de cuisine du grand puits.

Les autres sources principales de Nauheim ne sont connues que depuis dix années environ ; celle que l'on appelle *Frédéric-Guillaume* date seulement du mois de mai 1855; elle provient d'un puits foré qui a 205 mètres de profondeur. L'eau jaillit à 20 mètres au-dessus du sol, par une ouverture de 12 centimètres de diamètre. Elle a une température de 39 degrés centigrades, et une réaction alcaline. Son jet donne par minute 50,000 pieds cubes d'eau salée, et environ 100,000 pieds cubes de gaz carbonique. 1 kilogramme de cette eau contient 40,6 de principes fixes, dont 34,5 de chlorure de sodium, 2,86 de chlorure de calcium, et 2,35 de bicarbonate de chaux.

Les eaux de Nauheim s'emploient en boisson, en douches, en bains généraux ou locaux d'eau stagnante ou courante dans la baignoire, avec ou sans addition d'*eau mère*.

Les bains et les douches d'eau de Nauheim pure ont pour effet principal de surexciter plus ou moins fortement la circulation cutanée ; elles provoquent de la chaleur, de la rougeur à la peau, des démangeaisons, souvent même des éruptions, une poussée caractérisée par des papules d'abord, puis des vésicules à base rouge et indurée, qui sont réunies en groupes. Quelquefois il survient aussi des furoncles ou un *ecthyma*. On recommande de ne pas pousser trop loin ces éruptions, qui indiquent un usage trop prolongé des bains ou la trop grande énergie de la source. M. le docteur Rotureau en parle savamment ; car c'est en se soumettant lui-même à l'action des différentes sources qu'il a appris à en connaître les effets.

Que si, comme nous le disions, les bains sont additionnés d'eaux mères qui proviennent de l'évaporation des salines, et qui renferment une forte proportion de chlorure de calcium et de bromure

de magnésium, on obtient un mélange très actif. Aussi commencera-t-on par 1 litre environ d'eau mère par bain ; on a vu de plus fortes quantités produire l'érysipèle. Le danger serait plus grand s'il y avait une ulcération à la peau.

On emploie aussi quelquefois des compresses trempées dans l'eau mère, et qui, appliquées sur la peau, provoquent au bout de vingt-quatre heures une éruption analogue à celle que détermine la pommade d'Autenrieth.

On prend les eaux et les bains de Nauheim pendant une ou plusieurs saisons suivant les exigences de la maladie. La saison est, en général, de vingt-cinq jours.

Les eaux de Nauheim sont particulièrement efficaces contre la scrofule, l'anémie, les diverses formes de rhumatismes, certaines affections du système nerveux, l'impuissance, les dermatoses chroniques. Une citation montrera jusqu'où va sur ce point la confiance de l'auteur.

« Quelle que soit, dit-il, la période à laquelle soit parvenu le développement des accidents scrofuleux, quelque graves que soient ces accidents, mes observations personnelles et les documents que j'ai recueillis me permettent d'affirmer que les eaux de Nauheim ont la vertu de le guérir.

» J'ai pu constater l'efficacité certaine de ces eaux sur des malades trop nombreux et trop gravement atteints pour qu'aucun doute soit resté possible pour moi. Et M. le docteur Bode, médecin du gouvernement et inspecteur des sources de Nauheim, n'a pas vu mourir depuis quatorze ans un seul scrofuleux pendant la saison thermale, *quels que fussent, au moment de leur arrivée, la gravité de la maladie et le degré du dépérissement et du marasme.* » C'est aller loin, assurément ; mais il n'y a que des eaux thermales puissantes qui inspirent une telle confiance, et l'excès même de l'éloge renferme une sérieuse recommandation.

Les eaux de Nauheim appellent aussi la congestion sanguine vers l'utérus, et déterminent la réapparition des règles.

On fait grand usage, à Nauheim, des bains et douches de gaz carbonique, qui sont administrés dans des appareils analogues à ceux dont on se sert pour l'administration des bains sulfureux. 100 volumes de gaz de Nauheim contiennent :

Acide carbonique.	93,4
Azote.	6,2
Oxygène	4
	100

On emploie les douches gazeuses sur la peau dans certaines affections cutanées, dans le rhumatisme, la paraplégie ; dans les oreilles pour remédier à certaines surdités ; sur les yeux, dans certaines ophthalmies ; sur la muqueuse nasale, lorsqu'elle est affectée de troubles dans sa sécrétion.

Mais c'est surtout dans les affections rhumatismales que les bains de gaz ont été employés avec succès ; il en est de même pour la sciatique, qui est classée par les uns dans les névralgies, et par les autres dans les maladies rhumatismales.

Deux bâtiments contenant ensemble 76 baignoires sont affectés au service des bains ; les cabinets sont larges, spacieux ; les baignoires sont de marbre blanc et très vastes ; on y descend par trois marches. Une ouverture ménagée à l'une des extrémités de la baignoire permet de prendre des bains d'*eau courante*.

D'autres cabinets sont affectés à l'usage spécial des douches.

Nous ne saurions trop encourager M. le docteur Rotureau à poursuivre ses études et ses recherches. Son premier travail sur Nauheim nous donne l'assurance qu'elles seront dignes de tout l'intérêt du praticien, et qu'elles obtiendront du public l'accueil le plus empressé.

D[r] Herpin.

Études médicales scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne, par le docteur Herpin (de Metz). 1 vol. in-18 avec tableaux. Paris, Victor Masson.

M. Herpin veut bien se charger quelquefois de rendre compte, dans la Gazette hebdomadaire, d'ouvrages relatifs à l'hydrologie médicale. Nous sommes tenté de nous en plaindre, au moment où ce serait pour nous un devoir de dire combien de gages notre confrère a depuis longtemps donnés de son aptitude aux travaux de ce genre, par ses écrits sur l'agriculture, sur l'œnologie, sur les arts économiques et industriels, et avec quel succès il a réalisé dans le présent livre les promesses de ses premières publications. Mais au moins, ce qu'il nous est interdit d'exprimer ici, nous pouvons le susciter dans l'esprit du lecteur par une analyse, même incomplète, de cet exposé sérieux, original, instructif, d'observations, personnelles et d'investigations laborieuses. M. Herpin n'avait jadis — il n'oublie pas de le rappeler — qu'une très médiocre confiance dans l'efficacité des eaux minérales. Mais tant de médecins, et de médecins consciencieux autant qu'instruits, étaient d'un avis contraire, qu'il lui prit envie de demander directement à l'expérience une conviction ; en sorte que le mobile de ces longues pérégrinations, de ces recherches assidues qui ont familiarisé l'auteur avec les principales sources d'une grande partie de l'Europe, a été un scrupule scientifique. Voilà certes une bonne garantie et de l'exactitude des faits et de la solidité des opinions. Disons tout de suite que M. Herpin est aujourd'hui grand partisan de la médecine thermale.

L'ouvrage sur lequel nous appelons l'attention n'est pas un exposé méthodique de tout ce qui concerne les eaux minérales ; ce n'est ni un *traité* ni un *guide*, mais seulement, comme le titre l'indique, une suite d'*études* qui intéressent à la fois le médecin, le chimiste, le géologue et l'administrateur. On y trouve, réunis avec une patience exemplaire et classés dans d'importants tableaux, un grand nombre de documents qu'on chercherait vainement dans les manuels destinés à rester sur la table du praticien ou à figurer dans le bagage du voyageur aux eaux. C'est une œuvre de science jusque dans les objets étrangers à la médecine, à peu près telle qu'elle pourrait émaner d'une commission d'inspecteurs qu'on aurait chargée de réunir sur la matière les notions les plus précises et de préparer les éléments d'une organisation générale.

Le mouvement annuel de numéraire occasionné par la fréquentation des établissements thermaux est évalué, pour la France seulement, à 28 millions de francs, et l'argent dépensé par les baigneurs dans les diverses stations à 13,600,000 francs par an. Il résulte, en outre, d'un tableau statistique dressé par l'auteur, que, dans l'année 1852, 813,265 malades ont pris les eaux dans 92 établissements, où il a été administré 992,279 bains et 318,144 douches. Le nombre des malades traités pendant la même année dans les établissements ouverts à l'armée (Barèges, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains, Guagno (Corse) et Vichy) a atteint le chiffre de 1719. Ces chiffres expriment suffisamment la vogue dont jouit aujourd'hui la médecine thermale. Que sera-ce quand on aura réalisé les améliorations attendues encore par tant d'établissements ! Car, il importe de le dire très haut, la France est sous ce rapport, malgré des progrès incontestables, en arrière de plusieurs autres pays, et surtout des contrées rhénanes. Selon M. Herpin, à qui l'on peut s'en fier, les thermes les plus fréquentés et les mieux habités de France, tels que Cauterets, Eaux-Bonnes, Vichy, Luchon, etc., ne valent pas, quant au comfort, au bien-être et à l'agrément, les thermes allemands *de second ordre*. Et quant aux conditions essentielles, un grand nombre de nos établissements, même parmi les principaux, en sont réduits à des appareils balnéaires imparfaitement appropriés aux exigences hygiéniques et thérapeutiques ; il leur manque des baigneurs (sans parler des *baignoires*), des doucheurs, des étuvistes, des masseurs intelligents, etc. Les établissements d'ordre inférieur, sauf quelques exceptions de date très récente, sont dans un tel état, que M. Herpin a pu, sans sortir de la vérité, en faire un tableau à dégoûter baigneurs et buveurs des classes aisées.

Quel est le système le plus propre à amener rapidement les améliorations nécessaires? Est-ce la régie pour le compte du gouvernement, ou est-ce le fermage? Le dernier mode, pour lequel plaide M. Herpin, est en effet, et incontestablement, le meilleur. Il y a un proverbe qui dit : *On ne fait bien que ses propres affaires*. Un régisseur, opérant pour le gouvernement, aura rempli ses obligations quand il aura assuré la régularité du service, fait respecter le règlement, établi l'ordre dans la comptabilité ; mais des fermiers seuls, ayant des capitaux engagés dans l'entreprise, versés, comme ils le sont ordinairement, dans les ressources de l'industrie, trouveront le moyen de tirer tout le parti possible d'une source minérale; seuls ils imagineront, et seuls ils pourront avec convenance offrir au public, cet attrait du comfort ou du plaisir qui est souvent si nécessaire loin du foyer domestique et de toutes les habitudes de la vie. En 1852, les régies et les fermes réunies ont rendu au gouvernement, d'après un rapport de M. Patissier, la somme de 959,438 francs. Le système généralisé du fermage, en faisant hausser la valeur des établissements par l'élévation des produits, assurerait pour l'avenir au gouvernement une somme beaucoup plus forte.

Une dissertation chimique sur la classification des eaux, à propos de celle de M. Herpin, serait sans doute peu goûtée du lecteur. Contentons-nous donc de dire que l'auteur range toutes les eaux minérales en trois catégories, eaux *sulfatées*, eaux *chlorurées*, eaux *carbonatées*, lesquelles peuvent se combiner entre elles de manière à former des eaux *chloro-carbonatées*, *carbo-chlorurées*, *chloro-sulfatées*, etc.; qu'il subdivise ensuite ces catégories d'après les principes minéralisateurs (sodium, calcium, magnésium, fer, iode, brome, arsenic, etc.), ou d'après les gaz qui s'associent aux éléments principaux. Mais ce qui est précieux dans ces *Études*, ce qui fait une bonne partie de leur valeur pratique, c'est un tableau comparatif de la température des principales sources minérales de l'Europe, de quelques sources de l'Asie et de l'Amérique ; c'est un classement des eaux d'après les analogies de leur composition et de leur thermalité ; c'est, pour chaque source en particulier, le tableau exact des principes minéralisateurs qui entrent dans sa composition ; l'exposé des phénomènes physiologiques, chimiques et thérapeutiques produits par l'usage de l'eau minérale ; l'indication des maladies et des malades auxquels elle convient plus particulièrement, et enfin des détails fort utiles sur les diverses manières de l'employer. La France seule offre, à cet égard, d'immenses richesses. En rattachant ses diverses sources aux systèmes de montagnes, on trouve 200 sources pour les Pyrénées, 200 pour les montagnes du centre, 80 pour les Vosges, 66 pour les montagnes du nord-ouest, 28 pour les Alpes, 12 pour les montagnes de la Corse, et 7 pour celles des Ardennes. On en compte, en outre, 67 dans les pays de plaines, dont 62 pour le bassin de Paris seulement. L'auteur se complaît, avec une sorte de patriotisme, à étaler ce luxe minéral de la France ; il classe les sources par départements, avec indication des localités où elles surgissent, de leurs qualités physiques et chimiques ; il entre dans d'assez longs développements sur la législation qui régit les établissements balnéaires, sur leur administration et leur exploitation, sur l'affectation de quelques-unes d'entre elles à la médecine militaire ; il fait connaître la distribution géognostique des sources, sur laquelle Brongniart avait fondé, comme on sait, une classification, suivant que les eaux étaient fournies par des terrains primitifs, ou par des terrains à sédiment, ou par des terrains de transition, ou par des terrains de trachytes anciens et des terrains volcaniques modernes. Sans s'arrêter beaucoup à cette classification, M. Herpin s'occupe spécialement du degré d'altitude des établissements ; des conditions climatologiques et météorologiques au milieu desquelles ils sont placés, et montre, par des observations qu'il emprunte aux médecins chargés du service sanitaire des eaux, combien ces diverses circonstances influent sur la santé des baigneurs et peuvent aider ou contrarier le traitement thermal proprement dit.

Suivant l'auteur, ce traitement, indépendamment des effets hygiéniques dont nous venons de parler, exerce une triple action : 1° une action physique, 2° une action chimique, 3° une action physiologique. Par la première, pénétrant dans l'économie, circulant avec le sang, l'eau entraîne et emporte au dehors, avec la sueur, avec les urines, avec les évacuations alvines, les principes hétérogènes qu'elle ramasse, pour ainsi dire, en son chemin. Par la seconde, elle forme des combinaisons et des réactions diverses, et neutralise des principes nuisibles ou en apporte de salutaires. Par la troisième, enfin, elle excite les organes des sécrétions et des excrétions, corrige et améliore leurs produits, favorise la résolution des maladies, et, dans certains cas, opère une révulsion ou une dérivation puissantes. En ajoutant à ces divers modes d'action l'influence toute spéciale que certaines eaux paraissent exercer sur certains appareils ou certains organes, on aurait une vue générale très complète et très vraie des effets de la médecine thermale.

D'après des documents très curieux, recueillis en France et en Allemagne, M. Herpin a établi et classé dans des tableaux particuliers la statistique des guérisons et des améliorations obtenues dans les maladies suivantes : névropathies, paralysies, hémiplégies, paraplégies ; asthmes, catarrhes chroniques, bronchites, etc.; maladies chroniques des membranes muqueuses ; scrofules, induration, tumeurs, etc.; maladies rhumatismales ; maladies du système utérin ; maladies goutteuses ; dermatoses, dartres ; ostéites, carie, nécrose ; vieilles blessures, plaies, ulcères ; syphilides, accidents secondaires et tertiaires. Or, sur un nombre total de 17,748 malades traités par les eaux minérales, le nombre des guérisons immédiates ou consécutives a été de 5,270, ou 27,96 pour 100 (27,44 pour 100 en France et 29 pour 100 en Allemagne). Le nombre des améliorations ou soulagements a été de 8,777 (44 p. 100 en France et 59,52 pour 100 en Allemagne). Les insuccès ou les résultats nuls ont été de 3,748 (28,56 pour 100 en France, et 11,48 en Allemagne). Sur le nombre des résultats nuls, il y a environ 3 pour 100 des malades dont l'état s'est aggravé pendant l'usage des eaux. Selon M. Herpin, si les guérisons sont plus communes en Allemagne qu'en France, cela tient à ce qu'en France on attend généralement trop tard pour employer la médication hydro-minérale, après seulement que l'on a épuisé sans succès toutes les ressources de la pharmacie, lorsque la maladie est devenue chronique et rebelle à tous les moyens curatifs. En Allemagne, au contraire, on emploie les eaux comme moyen prophylactique.

L'ouvrage du docteur Herpin est terminé par deux grands tableaux synoptiques des principes médicamenteux contenus par kilogramme dans les eaux minérales de la France et de l'étranger. Chacun de ces deux tableaux est divisé en 26 colonnes indiquant les noms des sources minérales, leur classification d'après les divisions établies par l'auteur ; les noms des chimistes qui en ont fait les analyses ; la température ; la quantité totale des principes fixes ; la quantité totale des sulfates, des chlorures, des carbonates, des sels sodiques, magnésiques, calciques, des sulfates et des carbonates de soude, de magnésie, de chaux, des chlorures de sodium, de magnésium et de calcium, des silicates, des sulfures, du fer, des matières organiques et autres substances diverses que l'on a trouvées dans les eaux ; la proportion de gaz sulfhydrique, de gaz acide carbonique libre ou à demi combiné avec d'autres principes.

En voilà assez, ce nous semble — et cette analyse est loin d'être complète —, pour montrer quels sacrifices de temps et d'argent, quelle patience, a dû s'imposer l'auteur pour arriver à réunir de si considérables et de tels matériaux. L'étude de l'hydrologie médicale n'avait jamais été poursuivie avec une passion aussi opiniâtre, ni donné de résultats de cette importance. A. Dechambre.

V.

VARIÉTÉS.

Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie, par M. Amb. Tardieu (1).

Le charlatanisme, ainsi qu'on l'a dit, est la plaie honteuse de la profession médicale. Nulle part il ne s'exerce avec plus d'impu-

(1) M. le docteur Tardieu a bien voulu nous adresser la partie la plus substantielle

dence, et, il faut le reconnaître, avec plus de liberté que dans ces matières où la crédulité, d'une part, se montre si empressée et si facile, et où, de l'autre, la répression, trop illusoire, n'est souvent qu'un nouveau moyen de publicité et de réclame. Jamais aussi il ne s'est produit d'une manière plus dangereuse qu'à l'époque actuelle, au milieu de cet esprit général de spéculation qui s'est répandu de toutes parts dans la société, et jusque dans les professions les plus libérales. De là, cette indignation unanime des hommes honnêtes, ces réclamations incessantes adressées au pouvoir, cette ardeur à implorer des lois nouvelles protectrices de la santé publique.

Cependant l'excès du mal devait, comme il arrive dans plus d'une circonstance, provoquer un effet salutaire et engendrer les moyens, sinon d'arrêter, du moins d'atténuer les progrès de cette plaie vivace.

Le congrès médical tenu à Paris en 1845, se plaçant surtout au point de vue de l'intérêt professionnel, qui ne peut, il est vrai, se séparer ici de l'intérêt public, avait cherché un remède dans l'institution de colléges médicaux d'arrondissement chargés d'adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations relatives à l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie. A défaut de ces institutions nouvelles, que la loi seule aurait pu consacrer, les associations médicales, et, avant toutes, l'Association de prévoyance des médecins de Paris, ont plus d'une fois rempli cette utile mission en prenant l'initiative d'une surveillance assidue et d'une dénonciation légale des fraudes du charlatanisme.

Dans le mémoire qu'elle présenta à la chambre des pairs, en 1847, sur le projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, l'Association des médecins de Paris réclamait expressément la répression efficace et énergique du charlatanisme, tels que affiches, annonces, distribution d'imprimés, etc., que se permettent certains docteurs en médecine.

L'Académie de médecine, sollicitée dès 1842, par un manifeste éloquent du professeur H. Royer-Collard, d'établir dans son sein une commission spécialement chargée de veiller à l'exécution des lois relatives à la médecine et à la pharmacie, de rechercher les cas dans lesquels ces lois peuvent être enfreintes, et de déférer au besoin les délits de ce genre à l'autorité compétente, dans le but d'en obtenir la répression, l'Académie s'est, depuis cette époque, montrée de plus en plus sévère dans ses appréciations, qui avaient trop souvent servi de manteau aux plus coupables manœuvres des charlatans.

Les écoles de pharmacie et les jurys médicaux ont aussi, dans la mesure de leurs attributions, concouru efficacement à la répression des abus, et l'administration supérieure, par des instructions émanées du Comité consultatif d'hygiène publique, a guidé leur action dans l'exécution des mesures législatives qui régissent l'exercice de la pharmacie et la vente des médicaments. Enfin, il n'est presque pas d'année où le Conseil de salubrité du département de la Seine n'ait fait entendre avec autant d'autorité que de persévérance les plus justes observations sur les progrès du charlatanisme, et n'ait appelé sur ceux qui s'y livrent les sévérités de l'administration, exemple suivi avec un zèle très louable par un grand nombre de conseils d'hygiène et de salubrité des départements, notamment par ceux du Rhône, de la Loire-Inférieure, de l'Aube, de la Nièvre.

Mais ce concours unanime, ces efforts réunis de tant d'autorités si compétentes et si considérables, ne devaient produire que des résultats bien incomplets et bien précaires s'ils n'étaient soutenus par une législation pénale et par une jurisprudence ferme et éclairée. Or, personne ne conteste que la législation actuelle ne soit impuissante à réprimer tous les abus, et que, dans la plupart des cas, la pénalité dont elle frappe ceux qu'elle peut atteindre ne soit tout à fait insuffisante ; mais cette législation même ne laisse pas la justice aussi complétement désarmée qu'on le pense. La sagesse du juge sait y trouver le droit et les moyens d'élever le châtiment en proportion de la gravité des délits.

Une jurisprudence récente, aujourd'hui consacrée par deux arrêts de la Cour suprême et par un arrêt souverain de la Cour impériale de Paris, a restitué à certains faits de charlatanisme leur véritable caractère, en leur appliquant la qualification d'escroquerie et les peines que ce délit encourt : c'est ce fait considérable, destiné à exercer une si haute et si salutaire influence sur la dignité et sur les intérêts de la profession médicale, qu'il nous a paru utile de mettre en lumière en en faisant ressortir l'importance.

Sans doute les formes du charlatanisme sont trop nombreuses et trop variées pour que cette juste et rigoureuse interprétation de la loi puisse s'appliquer à toutes. Mais le texte des arrêts que je vais citer, et les détails dans lesquels je vais entrer au sujet d'une des affaires qui ont été ainsi jugées, montreront qu'elle atteindra au moins les plus graves abus, les manœuvres les plus compromettantes pour la santé publique, non-seulement de la part de ceux qui exercent illégalement, mais de ceux qui déshonorent par les actes les plus coupables et les plus honteux un titre qu'ils ont le droit de porter, mais dont ils sont indignes.

Nous ne pouvons essayer d'indiquer ici, et d'ailleurs il n'en est pas besoin, les innombrables procédés, les inépuisables mensonges auxquels peut recourir le charlatanisme ; mais il est une forme qui les résume presque tous, et qui, par sa généralité, par le système organisé qu'elle révèle, par l'étendue véritablement incroyable de ses spéculations frauduleuses, constitue, à vrai dire, un fléau pour la santé publique et pour la médecine elle-même. Nous voulons parler de ces hommes qui, se disant inventeurs de médications inconnues et infaillibles, s'adressent, par les mille voix d'une désastreuse publicité, à l'impatience et au désespoir des malheureux atteints de maladies chroniques ou de quelques-unes de ces affections incurables qui déjouent tous les efforts de la science, et pour lesquelles ils ne craignent pas de promettre une guérison prochaine et assurée.

Et qu'on ne vienne pas dire qu'il s'agit ici de doctrines médicales plus ou moins discutables, de méthodes thérapeutiques qui pourront donner lieu à des dissidences d'opinions, mais non à des imputations de mensonge et d'escroquerie. Lorsque la justice, dans des questions de cette nature, croit devoir recourir à une expertise, et demande un avis aux hommes qu'elle honore de sa confiance, ceux-ci, pour être à la hauteur de cette mission, doivent avant tout s'attacher à maintenir les questions qui leur sont posées sur leur véritable terrain, c'est-à-dire sur celui des principes les plus incontestables de la science et de la pratique la plus généralement admise. Ils doivent s'attacher à déterminer les limites de la puissance de l'art, et à fixer les bases de toute saine appréciation médicale. Ils ont le droit et le devoir, si l'on se vante par exemple de guérir radicalement et sûrement la phthisie et le cancer, de démentir ces annonces mensongères. Et dans des cas semblables, il ne se trouvera pas un tribunal qui se refuse à admettre que ces promesses de guérison certaine, qui ne reposent sur aucun examen, qui s'adressent d'une façon banale et par correspondance, sous une forme toujours identique, à toutes les maladies indistinctement, ne peuvent être qu'un leurre, et que de telles manœuvres ne pourraient être assimilées à la pratique sérieuse et loyale de l'art de guérir. Pour moi, je déclare que jamais je n'ai mieux senti l'honneur des fonctions délicates du médecin expert que, lorsque appelé à éclairer la justice sur des faits de charlatanisme médical, je me voyais en quelque sorte chargé de représenter la dignité de la science et l'honorabilité de la profession médicale. On se trouverait bien faible pour une pareille tâche, si l'on ne puisait des forces non dans les convictions plus ou moins assurées d'une opinion personnelle, mais dans les éternels principes de la médecine traditionnelle.

Les faits de la nature de ceux auxquels je fais allusion ne sont presque jamais bornés à des abus commis par d'indignes médecins ; derrière ceux-ci se placent presque toujours des pharmaciens ou des prête-noms qui se font leurs complices. Notre très honoré collègue, M. Chevallier, a pu, dans plus d'une circonstance, et notam-

du travail qu'il a lu récemment à l'Académie sur la répression du charlatanisme médical. Ce travail convenait d'autant mieux à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qu'il est conçu dans des vues tout à fait conformes aux nôtres, et que nous comptons même rappeler à cette occasion. A. D.

ment dans celle que nous allons rappeler, apporter à la justice le tribut de son expérience sur cette plaie non moins honteuse de la pharmacie. L'un des moyens les plus usités dans l'espèce de charlatanisme dont nous parlons consiste à faire exécuter par un pharmacien associé, ou plus souvent mercenaire, des formules désignées soit par des numéros, soit de toute autre façon mystérieuse.

Déjà, dans son beau livre *De la Jurisprudence de la médecine en France*, livre rempli d'enseignements et parfois de si tristes révélations, M. Trébuchet avait parfaitement caractérisé ce grave et déplorable abus. Ces médecins, propriétaires réels ou apparents d'une pharmacie, « auront, dit il, à leur disposition tous les moyens de captation, de séduction et de charlatanisme pour entraîner le public dans des dépenses dont eux seuls et leur prête-noms auront connaissance; ils désigneront leurs formules par des numéros ou par des noms de convention non usités dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Le cumul des deux professions de médecin et de pharmacien par une même personne présente cela d'immoral que l'on est autorisé à penser que la personne qui ordonne les médicaments étant celle qui les vend, est intéressée à en exagérer le prix et la quantité, au préjudice du malade, dépourvu de tout moyen de contrôle et entraîné d'ailleurs par la confiance illimitée et naturelle qu'un malade place toujours dans l'homme de l'art dont il reçoit les avis.

» Or, cet inconvénient est le même lorsque deux personnes se réunissent dans un intérêt commun. Il est évident que, lorsqu'un malade se présente chez un pharmacien avec une ordonnance de médecin formulée dans le style ordinaire et intelligible pour toutes les personnes de cette profession, il y a une concurrence nécessaire; il peut s'adresser à celui qui le traite le plus favorablement, et la vérification possible de la qualité et de la quantité des drogues qui entrent dans un médicament, fait que celui-là même qui le donnera à bas prix sera obligé encore de le donner de bonne qualité.

» Mais lorsqu'un médecin délivre une ordonnance en chiffres ou dans un style de convention, qui n'est connu que de son associé, qu'il demande, par exemple, un opiat A, ou une potion B, ou l'un de ces remèdes à tous maux que l'on trouve dans une foule de pharmacies, il est évident qu'il n'y a plus de concurrence possible, et que le public est livré sans défense à la cupidité de ceux qui l'exploitent, cupidité d'autant plus exigeante, que les bénéfices doivent être partagés. »

L'auteur de ce tableau saisissant regrette le silence de la loi à ce sujet; mais il a lui-même éloquemment démontré l'importance qu'il y aurait à pouvoir trouver dans la loi les moyens de réprimer de tels abus, et dans une jurisprudence consacrée la certitude de les atteindre, en leur appliquant à titre de complicité la qualification d'escroquerie qui doit frapper le charlatanisme médical.

Ces observations n'étaient pas inutiles pour faire apprécier la portée des trois arrêts que nous allons citer, et sur lesquels nous désirons appeler l'attention du corps médical, qui y verra un témoignage de la sollicitude vigilante et de la ferme protection de la magistrature pour sa dignité et ses intérêts les plus légitimes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Il est bruit depuis quelque temps, dans la presse médicale et ailleurs, d'une mesure projetée dans l'enseignement supérieur de la médecine, et qui serait de nature à modifier sensiblement la situation du corps des agrégés. Un journal est même allé jusqu'à dire que M. le doyen avait suggéré à M. le ministre de l'instruction publique la pensée de cette mesure, qui serait entrée par là dans les intentions formelles du gouvernement.

Voici, à cet égard, des renseignements que nous avons lieu de croire authentiques.

En premier lieu, il n'y a aucun *projet*, au sens administratif; il n'y a qu'une idée propre à M. le doyen, idée non arrêtée encore d'une manière obsolue, qui s'est fait jour dans des conversations particulières, mais dont il n'a été aucunement conféré avec le ministre.

Secondement, l'idée en question n'a pas la portée qu'on a paru lui attribuer. Amené, par sa position, à chercher le moyen de rendre le moins préjudiciable possible à l'enseignement la suppléance des professeurs empêchés, M. le doyen a pensé que le roulement établi à cet effet parmi les agrégés pouvait introduire l'arbitraire dans le programme, enlever à l'enseignement sa régularité, sa suite, son harmonie, et que cet inconvénient disparaîtrait peut-être par la désignation expresse d'un *professeur adjoint*. Mais cette désignation, en attachant un suppléant à un professeur, pendant tout le temps où celui-ci resterait éloigné de sa chaire, n'entraînerait pas du tout un droit formel à la survivance du titulaire ; mais il ne serait créé d'adjoints que pour les professeurs qui se trouveraient dans l'impossibilité de faire leurs cours; mais les adjoints resteraient agrégés et soumis au *statut* sur l'agrégation. Nous ferons seulement remarquer que si jamais ces vues venaient à être réalisées et que les adjoints fussent pris parmi les agrégés *libres*, ce serait en vertu de ce même statut (art. 2), sans qu'il fût besoin de dispositions nouvelles.

A. D.

— Pour satisfaire d'honorables susceptibilités, nous croyons devoir faire remarquer que, en reproduisant dans notre dernier feuilleton (voyez n° 15, p. 254) une note de l'UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE, relative à des dissensions locales, nous n'avons entendu prendre le parti de personne. Cela, d'ailleurs, ressortait nécessairement de notre article, puisque la note que nous nous sommes borné à répéter ne dit rien des motifs de la division, qui nous sont encore inconnus aujourd'hui.

— Le concours pour une place de chirurgien du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine, notre distingué collaborateur.

— Au concours pour deux places de médecins du bureau central, ce sont MM. Empis et Charcot qui ont été nommés.

— Encore une mort bien regrettable, la mort d'un homme d'esprit, de talent, de science et de courage. M. VIDAL (de Cassis), dont une distinction récente à l'Académie de médecine récompensait les travaux, vient de succomber à l'affection rénale qui, plusieurs fois déjà, avait menacé sérieusement son existence.

Le nom de M. Vidal sera surtout perpétué par deux de ses ouvrages : le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* et le *Traité des maladies vénériennes*.

— Nous avons à déplorer aussi la mort de M. le docteur Levaillant, âgé de quarante-trois ans, membre du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement, chirurgien du cinquième dispensaire de la Société philanthropique et de plusieurs autres institutions ou associations de charité.

— Diverses mutations viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris, par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Gérardin.

M. le docteur Delpech passe de l'hospice la Rochefoucauld à la Maternité, et M. Sée est nommé médecin de l'hospice de la Rochefoucauld.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Tableau du prix de l'abonnement annuel à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger.*

Autriche, Bade, Bavière	24 fr.
Angleterre, Malte ; Belgique ; Grèce ; Pays-Bas ; Egypte, Syrie, Turquie	27
Colonies, États-Unis du Nord (voie anglaise) ; Toscane	29
Duchés italiens ; Suisse	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie ; Saxe ; Suède	28
États romains	34
Portugal	25
Sardaigne	26
Sicile	30

On peut s'abonner par l'entremise de tous les libraires de l'Étranger, *ou en adressant directement un mandat sur Paris à* LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 25 AVRIL 1856. | N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 16 au 23 avril 1856.

90. BARRAUD, Louis-Joseph, né à Annac (Charente). [*Essai sur l'emploi des bains en hygiène.*]

91. MOREL, Louis-Camille, né au Puy (Haute-Loire). [*Recherches à propos de la transfusion du sang.*]

92. PIÉPLU, Théodore-Émile, né à Paris (Seine). [*Quelques réflexions sur les ulcérations simples du col de l'utérus.*]

93. BRÉCHET, Sosthène-René, né à Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire). [*De l'influence du régime alimentaire sur la production des maladies.*]

94. SANDEMONT, Pierre-Antoine, né à Brébières (Pas-de-Calais). [*Quelques considérations sur la saignée.*]

95. FROMONT, Jean-Baptiste, né à Lent (Ain). [*De la morve aiguë chez l'homme.*]

96. GARASSE, Louis-Pierre-Félix, né à Calais (Pas-de-Calais). [*De l'antéversion de la matrice.*]

97. HOFFMANN, Auguste, né à Sarrebourg (Meurthe). [*De la ligature des veines.*]

98. COUSSOT, Louis, né à Nanteuil (Charente). [*Aperçu sur l'épidémie de choléra observée à Nanteuil (Charente) pendant les mois d'octobre, novembre et décembre de l'année 1855.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 24 avril 1856.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG : OBLITÉRATION DES VAISSEAUX PAR DES CONCRÉTIONS FIBRINEUSES *détachées du cœur (embolies).*

M. le professeur Schützenberger, à l'occasion d'un fait observé par lui à la clinique médicale de Strasbourg, vient de porter à la *Société de médecine* de cette ville (séance du 8 mars) une question du plus haut intérêt, qui paraîtra nouvelle à beaucoup de médecins français. Il n'y a pas longtemps, tout dépôt fibrineux trouvé dans les vaisseaux, hors les cas d'obstacle à la circulation ou d'action toxique, était considéré comme s'y étant formé sur place, soit par coagulation spontanée du sang, soit par suite d'une phlegmasie de la tunique interne. Quelques médecins n'admettaient même que ce dernier mode de formation, se fondant sur ce que les caillots, quand ils avaient manifestement un certain degré d'ancienneté, adhéraient toujours plus ou moins aux parois vasculaires. Aujourd'hui, il est parfaitement avéré que des dépôts fibrineux, même très adhérents, siégeant dans les vaisseaux à sang rouge ou dans les artères pulmonaires, peuvent y avoir été amenés des cavités cardiaques par le courant circulatoire.

Déjà des anatomo-pathologistes allemands, M. Rokitansky, M. Hasse, avaient signalé un rapport de coïncidence entre l'existence de l'endocardite et la formation de concrétions sanguines dans le système artériel; mais ils expliquaient ce rapport par un mélange des matières exsudées par l'endocarde avec le liquide sanguin, lequel acquérait par là une tendance particulière à se concréter. C'était toujours, comme on voit, sous une autre forme, la théorie de la coagulation *in situ*. Les deux observateurs auxquels on doit la démonstration du déplacement des concrétions fibrineuses du cœur et de leur migration dans les vaisseaux, ainsi que la connaissance des accidents qui en résultent, sont MM. Kirkes (de Londres) et Virchow (de Würtzbourg), et ce dernier a caractérisé la concrétion transportée et arrêtée dans les vaisseaux par un mot déjà entré dans la langue médicale, mais qui n'avait pas encore reçu cette application; il l'a appelée *embolie*.

Trois expressions grecques, ἐμβολή, ἐμβολεὺς et ἔμβολος (ou ἔμβολον), ont, à certains égards, des sens analogues; toutes trois impliquent l'action de fermer, ou de retenir; mais ἔμβολος veut dire spécialement *clavette, verrou, levier;* ἐμβολεὺς *plantoir, piston* et aussi *verrou;* ἐμβολή *injection, inser-*

tion, emboîtement. L'*embolisme* médical a été dérivé à la fois de ces diverses expressions; car il s'est dit tout ensemble de l'action attribuée à la glande pinéale d'ouvrir et de fermer alternativement l'aqueduc de Sylvius, de l'emboîtement des os, des injections cadavériques et chirurgicales, des lavements même (voir le lexique de Castelli et le dictionnaire allemand de Krauss). Or, dans l'espèce, pour désigner un bouchon poussé dans les vaisseaux par un vrai procédé d'injection, il nous semble que le mot doit être dérivé d'ἐμβολὴ; que dès lors il y a nécessité de créer le mot féminin *embolie*, au lieu d'emprunter au latin, avec M. Schützenberger, le mot *embolus*, lequel, correspondant à ἔμβολος, signifie *verrou* et non *injection*. Il y a d'autant plus lieu de proposer cette petite rectification au savant professeur de Strasbourg, que lui-même adopte l'étymologie de ἐμβολὴ; or il est certain que ce n'est pas ἐμβολὴ, mais bien ἔμβολος, qui peut donner *embolus*.

Mais la communication de M. Schützenberger est d'une importance à braver une chicane de grammaire. L'observation qui en fait le sujet est une des plus complètes, des plus curieuses et des plus instructives du genre, et suffirait presque seule à construire l'histoire de la maladie. On y saisit clairement la corrélation de l'oblitération artérielle avec l'affection de l'endocarde; l'embolie s'y rencontre, non pas isolément, mais sur une foule de points; un diagnostic habile surprend celle-ci au moment précis, à la minute, de sa formation, *flagrante delicto*, et le scalpel et le microscope viennent ensuite en déterminer à la fois l'origine, la nature et les phases successives. L'arrachement des concrétions cardiaques est visible à l'orifice auriculo-ventriculaire; l'arrivée subite des concrétions dans les artères superficielles est traduite par des signes manifestes; d'autres signes, distincts des premiers, révèlent l'action excitante de ces corps étrangers sur les tissus où ils se sont arrêtés; partout où on les a signalés pendant la vie, l'autopsie les montre, accusant par leurs caractères anatomiques la date que leur avait assignée la symptomatologie; enfin, tout ce qui peut constituer un tableau nosographique est réuni, comme nous le disions à l'instant, dans cette observation, dont voici les traits principaux :

Un journalier, âgé de vingt-deux ans, entre à la Clinique, le 24 octobre 1855. Quelques jours avant, il avait éprouvé au niveau de l'aine gauche une douleur qui rendait la marche difficile. Le 17 novembre, on constate à la région du cœur un bruit de souffle; le deuxième bruit est rude et prolongé. Le 21, fourmillements douloureux dans l'extrémité supérieure gauche; la main est froide, comme cadavéreuse; le pouls radial, qu'on avait exploré la veille, n'est plus perceptible; aucune pulsation dans les artères cubitale et radiale aux deux tiers inférieurs du bras. Au-dessous de l'aisselle, le long de la face interne du biceps, on sent, dans l'étendue de plusieurs centimètres, un cordon non noueux, de la grosseur d'une plume à écrire, donnant au palper la sensation d'une artère remplie d'une matière à injection; ce cordon est roulant sous le doigt, peu douloureux à la pression. Dans le creux axillaire, on retrouve les battements artériels. On diagnostique une obturation embolique de l'artère brachiale à la partie supérieure. Les jours suivants, la pression au niveau de la dureté devient plus douloureuse, puis les symptômes locaux vont s'amendant.

Le 1er janvier, le malade accuse des élancements, des fourmillements très douloureux dans les deux extrémités inférieures; il éprouve une pression douloureuse dans les deux régions inguinales, dans les régions sus-pubiennes et iliaques. Les extrémités inférieures sont froides, sans être cadavéreuses; la peau du tronc est, au contraire, chaude et brûlante. Le pouls de l'artère radiale gauche est fréquent, développé, assez résistant. L'artère radiale droite ne donne toujours que des pulsations à peine perceptibles; à l'exploration attentive des artères crurales, il est impossible d'y constater un battement quelconque; mais on sent deux cordons durs, non noueux, peu douloureux à la pression. M. Schützenberger annonce une obturation des artères iliaques.

Au bout de quelque temps, toutes les lésions de sensibilité cessent du côté des membres; mais les pulsations ne reparaissent pas aux artères crurales; on ne sent pas non plus de battements distincts aux artères poplitées et tibiales postérieures. L'affection du cœur persiste sauf quelques modifications dans les signes stéthoscopiques.

Pendant les mois de janvier et février, l'amaigrissement fait des progrès; mais aucun accident grave ne se produit. Dans la soirée du 24 février, le malade se trouvait dans son état ordinaire, lorsque tout à coup il fut pris d'hémiplégie à gauche. L'obturation d'une artère cérébrale droite est signalée à la clinique; la mort a lieu le 1er mars.

Or voici ce qu'a révélé l'ouverture du cadavre :

Teinte laiteuse de l'endocarde; épaississement de la lame antérieure de la valvule mitrale qui, à sa partie moyenne et centrale, offre une perforation conduisant dans la cavité de l'oreillette, et livrant facilement passage à une plume à écrire. Les bords de cet orifice sont rugueux et présentent des incrustations fibrineuses blanches, mamelonnées, dont la surface est comme déchirée; on y rencontre quelques lambeaux flottants. Ces espèces d'excroissances sont entièrement adhérentes aux contours de l'ouverture. Au bord libre de cette même lame se trouve une concrétion polypiforme, irrégulière, de 0m,02 de long, d'une coloration blanc jaunâtre, à bords frangés, ressemblant à une grande crête de coq irrégulière. Cette excroissance polypeuse se continue sur les bords de la valvule par une base de 0m,01 de large, qui adhère intimement au tissu valvulaire. Le reste de l'excroissance est libre et flotte dans la cavité du ventricule. Sur un tendon de la valvule, on trouve implanté un petit corps, d'une coloration rouge, de la grandeur d'un grain de chènevis, fortement adhérent. Un second corps semblable, mais plus volumineux, et d'une coloration jaune marbré de rouge, se trouve implanté sur un autre tendon, à son point d'insertion au muscle papillaire.

La seconde lame de la valvule mitrale est notablement moins épaissie à son insertion ventriculaire. Les cordes tendineuses qui en partent offrent cependant un épaississement considérable et une teinte laiteuse; leur épaisseur atteint jusqu'à 2 millimètres.

Examiné du côté de l'oreillette, le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire est recouvert tout entier de végétations qui offrent une saillie de 6 à 8 millimètres. Ces végétations se présentent sous forme d'une lame presque continue, frangée, déchiquetée, à bords irréguliers, minces, offrant dans différents points des lambeaux flottants. Leur base d'insertion est en général large et leur adhérence intime.

Vers le bord antérieur droit de l'orifice existe une surface irrégulière, déchirée, offrant quelques incrustations crétacées. *Il est évident, à l'inspection simple, que, de ce point, des excroissances ont été arrachées.* Le bord des végétations, qui est dirigé du côté de l'oreillette, devait être incessamment entraîné par le courant sanguin dans la direction de la cavité du ventricule.

L'endocarde de l'oreillette offre une teinte laiteuse. Il est manifestement épaissi et plus opaque qu'à l'état normal. A la face antérieure de la cavité auriculaire, à peu près à 0m,02 de l'orifice, se trouve une surface irrégulière, rugueuse, recouverte de végétations d'un millimètre de longueur. Dans différents points, cette surface est grenue *comme si l'on y avait enlevé des portions saillantes de végétations.*

Voilà pour le cœur lui-même. Pour ce qui concerne le système artériel, on trouve des concrétions dans les artères carotide externe, linguale, faciale, occipitale, pharyngienne inférieure; dans l'artère carotide interne, depuis les rameaux qu'elle fournit dans le sinus caverneux jusqu'au-dessus de l'artère ophthalmique; dans les artères brachiale gauche et humérale profonde; à la bifurcation aortique, sur laquelle était placé à cheval un bouchon fibrineux,

long de 0^m,015 ; des artères iliaque primitive du côté droit et iliaque externe, hypogastrique, crurale (au dessous de la naissance de la circonflexe interne), fémorale (dans une étendue de 3 centimètres), fémorale profonde, du même côté ; des artères iliaque primitive, iliaque externe, hypogastrique, fémorales superficielle et profonde, du côté gauche ; de plusieurs branches de l'artère splénique ; de l'artère rénale gauche jusqu'au niveau de sa division dans le hile.

Ces concrétions sont toutes adhérentes, mais à des degrés divers, et les parties voisines portent des traces d'une phlegmasie consécutive plus ou moins avancée. Ainsi, dans l'artère iliaque primitive droite, le coagulum, épais de 5 millimètres, peut être détaché des parois du vaisseau ; tandis que l'artère humérale gauche, renfermant un coagulum très adhérent, est considérablement revenue sur elle-même et est convertie en un cordon imperméable, depuis 0^m,01 au-dessus de l'artère humérale profonde, jusqu'au niveau de la naissance de l'artère articulaire supérieure interne du coude.

Tantôt aussi les concrétions sont rouges ou jaunâtres jusque dans leur profondeur, et sont constituées par de la fibrine pure ; tantôt on trouve, comme enchâssée dans une sorte de poche fibrineuse, une matière d'un blanc jaunâtre, se réduisant en grumeaux qui paraissent formés par des granul. tions graisseuses.

Ajoutons enfin que les artères qui ont servi à la circulation collatérale étaient en général très développées, et que, dans les viscères où se rendaient les branches oblitérées, comme dans le cerveau, la rate, les reins, on trouvait des infarctus rosés ou jaunâtres, avec ramollissement du tissu Il en existait un notamment à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère droit, rendant parfaitement compte de l'hémiplégie survenue dans les derniers jours.

On le voit, ce genre d'altération s'annonce principalement par trois signes : 1° une sensation subite d'engourdissement, accompagné ou non de refroidissement dans les parties desservies par l'artère obstruée; 2° la formation, également brusque, d'un cordon qui, au lieu d'être *noueux*, comme celui qui résulte des coagulations consécutives à l'inflammation des vaisseaux, est uni et tout à fait semblable aux cordons que forme l'injection bien réussie d'une matière solidifiable ; 3° l'absence d'accidents phlegmasiques sur le trajet du vaisseau, au moment et quelque temps après la formation du coagulum, et le développement d'accidents de cette nature dans les jours qui suivent.

Qu'on n'accuse pas de vaine curiosité l'étude de pareils faits ! Qu'on laisse dire les grands esprits qui font état de dédaigner les conquêtes de la médecine moderne ! Une science imparfaite et l'insuffisance de l'instruction personnelle servent trop bien chez eux le vague des théories, pour qu'on puisse espérer de les rattacher jamais à la cause exigeante de l'observation ! Trop de praticiens aussi nourrissent des préventions contre tout ce qui dérange les habitudes de leur première éducation, et vont répétant qu'en poursuivant ainsi l'analyse des maladies on en perd de vue la synthèse. Oui, la synthèse est l'âme et la vie de la science; mais, comme le calcul, il faut qu'elle opère sur des éléments positifs, bien définis. Hors de là, elle est l'instrument scientifique le plus faux et le plus dangereux. Or, voyez : un individu affecté d'endocardite est pris subitement de douleur et d'engourdissement dans un membre : quelle belle matière à opération synthétique pour qui n'y regarde pas de près ! L'endocardite a des liens connus avec le rhumatisme ; celui-ci, à coup sûr, se sera jeté sur le bras, sur la jambe, comme on le voit dans d'autres cas se jeter du bras ou de la jambe sur le cœur. Quoi de plus clair ? On apercevrait le cordon formé sur le trajet de l'artère, qu'on ne démordrait pas pour cela de l'explication : le rhumatisme ne peut-il, en se logeant dans les tuniques d'un vaisseau, y déterminer une phlegmasie et la coagulation consécutive du sang ? Ce n'est pas ici un tableau de fantaisie : comme la migration des caillots n'est pas très rare, on peut affirmer qu'une pareille erreur a été commise un bon nombre de fois.

Il ne faut pas, du reste, oublier que cet ordre de faits ne contredit, en aucune manière, la supposition rappelée plus haut de MM. Hasse et Rokitansky ; il est fort possible que les concrétions artérielles qui apparaissent dans le cours de l'endocardite ne viennent pas toutes des cavités du cœur, et que quelques-unes se forment sur place ; il n'est même pas nécessaire de supposer pour cela une sorte d'action chimique des produits de l'endocardite sur les matériaux du sang ; car on doit regarder comme très possible, -- et M. Bouillaud l'a rappelé dans son Traité des maladies du cœur, — que le sang peut se coaguler sous la seule influence de la fièvre.

Nous nous en tenons aujourd'hui à ces quelques remarques. Le travail de M. Schützenberger ne soulève pas la question de savoir si les caillots ne sont pas susceptibles de se déplacer plusieurs fois dans le canal même des artères, comme un fait observé il y a peu de temps dans la pratique particulière de M. Gaultier de Claubry, de si regrettable mémoire, nous porte à le penser. Nous ne pouvons vérifier en ce moment si cette question a occupé M. Virchow. Il n'arriverait d'ailleurs ici que ce qu'on sait déjà des concrétions calcaires, dont la migration dans les vaisseaux a été signalée en 1853 par M. le docteur Deschamps. (*Gaz. méd.*, p. 784.) De même, nous ne recherchons pas, pour le moment, avec M. Kirkes (*The Edinburg journal*, 1853), si des symptômes d'infection purulente peuvent résulter du mélange des produits de l'endocardite avec le sang.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal, par M. Alphonse Milne Edwards.

Suite et fin. — Voir le t. III, n° 15.

1° *Expériences sur les lapins.*

Exp. I. — Le 25 octobre, l'humérus droit a été successivement fracturé à deux lapins, vers sa partie moyenne. La fracture présente une grande mobilité et un chevauchement considérable; on donne du phosphate de chaux au lapin n° 1.

Le 6 novembre, c'est-à-dire 12 jours après la fracture, on constate du vivant de l'animal, que chez le n° 1, le cal est beaucoup plus volumineux et moins mobile que chez le n° 2. Après la mort des lapins, on voit que chez tous les deux la fracture se trouve à peu près dans le même point.

Chez le n° 1, il reste encore de la mobilité ; les deux fragments, fortement chevauchés, sont assez étroitement maintenus l'un contre l'autre, par une substance fibro-cartilagineuse, unissant les deux fragments, non pas par leur extrémité puisqu'il y a eu chevauchement, mais par les surfaces qui se correspondent.

La partie périphérique est épaisse de 2 à 3 millimètres, et offre çà et là des points blancs qui paraissent être calcaires; les uns sont disséminés, les autres forment une couche continue.

Sur le n° 2, on trouve un cal périphérique, mais il n'y a pas de cal interfragmentaire. Le cal périphérique forme une virole beaucoup moins épaisse, offrant moins de points osseux que celle du n° 1.

Après la macération, on trouve que chez le n° 1, les deux

fragments sont réunis par de la matière calcaire qui manque presque complétement à la périphérie. Chez le n° 2, les points calcaires sont plus rares et ne peuvent joindre les deux fragments, qui ne se trouvent réunis que par une bandelette de fibro-cartilage.

Exp. II. — Le 9 novembre, on fracture l'humérus droit à deux lapins, à peu près vers la partie moyenne de l'os. La fracture présente une grande mobilité, et il y a un chevauchement considérable. On donne du phosphate de chaux au lapin n° 1. Le 27 novembre on tue les deux lapins et on constate que chez le n° 1, le cal a peu d'adhérence avec les couches musculaires profondes. Examiné sans dissection préalable, il paraît très solide, mais après l'ablation des parties molles, il présente encore un peu de mobilité. En sciant l'os, on constate que le cal n'est pas très volumineux; que sa portion périphérique a environ 3 millimètres d'épaisseur, et que son fibro cartilage est incrusté d'une grande quantité de matière calcaire qui lui donne une dureté considérable. La portion interfragmentaire est fibro-cartilagineuse et ne présente que quelques traces de sels calcaires. Chez le n° 2, avant la dissection, on trouve encore un peu de mobilité, après l'ablation des parties molles, on voit que le dépôt des sels calcaires est moins considérable, que la portion périphérique est fibro-cartilagineuse, mais n'est point ossifiée. La portion interfragmentaire présente seule quelques points osseux, mais en petit nombre. Ces cals ayant disparu pendant qu'ils macéraient, n'ont pu être examinés complétement privés de parties molles.

Exp. III. — Le 5 décembre, on fracture les humérus droits de deux lapins. La fracture présente une grande mobilité, un chevauchement considérable. On donne du phosphate de chaux au lapin n° 1.

Le 25 décembre, on tue les lapins et l'on constate que chez le n° 1, il n'y a presque plus d'ecchymose; presque tout le sang est résorbé, les muscles n'adhèrent plus entre eux ni au périoste, ce dernier est épaissi et plus vasculaire qu'à l'état normal. Le cal dépouillé de parties molles est dur, peu volumineux; après la section on reconnaît que la portion périphérique est presque complétement encroûtée de sels calcaires qui lui donnent une grande dureté. La portion interfragmentaire quoique moins riche en matières salines, présente quelques points osseux.

Chez le n° 2, les muscles ont encore quelque adhérence au périoste, le cal est plus volumineux, mais c'est aux parties molles qu'il doit ce volume. Le dépôt de sels calcaires est moindre; la portion interfragmentaire présente quelques points osseux, la portion périphérique n'en présente pour ainsi dire aucun si ce n'est en arrière.

2° Expériences sur des chiens.

Exp. IV. — Le 25 novembre, l'avant-bras droit a été fracturé à chaque chien vers son tiers inférieur; il y a peu de mobilité et l'on reconnaît que le radius seul a été fracturé, ce qui empêche tout chevauchement et maintient les fragments en place. On donne des os au chien n° 1, on en prive complétement l'autre que l'on nourrit de la manière ordinaire.

Le 12 décembre, les chiens paraissent ne plus souffrir de leur fracture et s'appuient sur leur patte malade. On les tue et l'on constate que chez le n° 1 les muscles sont à peu près dans leur état normal, le cal est moins volumineux que celui du n° 2, mais il est facile de voir qu'il est plus dur.

Après la macération, on reconnaît que l'ossification est presque complète; il n'y a pour ainsi dire qu'un point situé à la partie postérieure qui soit incomplétement ossifié; tout mouvement de latéralité ou d'avant en arrière est impossible. Le radius, comparé à celui de l'autre côté, paraît même hypertrophié.

Chez le n° 2, les muscles ont quelque adhérence entre eux, le cal est volumineux, mais encore assez mou; il présente un peu de mobilité; après la macération, on reconnaît que les points osseux sont peu nombreux; ils sont rassemblés à la partie externe, mais la portion interfragmentaire n'est que fibro-cartilagineuse.

Exp. V. — Le 20 janvier, on casse l'avant-bras à deux chiens: chez le n° 1, la fracture est située vers le tiers inférieur des os, chez le n° 2, elle se trouve vers la partie moyenne.

Après 27 jours, c'est-à-dire le 16 février, on trouve à l'autopsie que chez le n° 1, la fracture ne présente plus *aucune* mobilité, le fragment supérieur du radius est écarté du fragment inférieur du même os par un intervalle d'un demi-centimètre, rempli par un fibro-cartilage en voie d'ossification, surtout en arrière; les deux fragments du cubitus sont complétement soudés.

Chez le n° 2, on trouve encore un peu de mobilité; le cal est volumineux, mais ne présente qu'un petit nombre de points calcaires. Les fragments sont réunis par une substance cartilagineuse très dense; après quelque temps de macération dans l'eau alcalinisée, les fragments se séparent complétement, et l'on peut constater qu'il n'y avait entre eux aucun point calcaire et que ceux que l'on remarquait étaient situés tous à la périphérie.

Exp. VI. — Le 22 janvier, on casse successivement l'avant-bras à deux chiens; la fracture présente une grande mobilité, les deux os sont bien manifestement fracturés. Chez le n° 1, la fracture est placée à peu près vers la moitié des os, chez le n° 2, elle se trouve au tiers inférieur; 19 jours après, c'est à-dire le 10 février, on les tue et l'on trouve, chez le n° 1, un cal résistant, présentant encore très peu de mobilité. Les muscles n'ont plus aucune adhérence au périoste. Après la macération on voit que la fracture du cubitus est parfaitement consolidée, surtout vers la partie interne; le radius présente quelques points calcaires englobés dans une masse fibro cartilagineuse.

Chez le n° 2, on ne voit, à proprement parler, que de rares points osseux; les mouvements que l'on peut imprimer au membre sont assez étendus. Les fragments ne sont réunis que par de la substance fibro-cartilagineuse.

Exp. VII. — Le 26 janvier, on fracture l'avant-bras à deux chiens; la fracture est placée au tiers moyen des os.

Le 12 février, c'est-à-dire 17 jours après, on tue les chiens, et l'autopsie révèle une légère différence entre le degré d'ossification des cals. Chez le n° 1, le cubitus est presque complétement ossifié, et le radius présente de nombreux points calcaires.

Chez le n° 2, les deux fragments du cubitus sont réunis par du fibro-cartilage, ne présentant que quelques points osseux. Sur le radius le travail de consolidation est encore moins avancé.

Exp. VIII. — Le 26 janvier on fracture l'avant-bras à deux chiens; la fracture se trouve placée, chez le n° 1, au tiers supérieur des os, chez le n° 2, au tiers moyen.

Le 24 février, c'est-à-dire 29 jours après, on constate à l'autopsie que:

Chez le n° 1, les deux fragments du cubitus sont complétement soudés, que les deux fragments du radius sont réunis en avant et du côté externe par du fibro-cartilage, mais en arrière et du côté interne, ils sont encroûtés de matières calcaires.

Chez le n° 2, les deux fragments du cubitus sont soudés vers la partie interne, mais vers la partie externe, on ne voit que quelques points osseux. Quant au radius, la matière calcaire ne joint pas encore les fragments; quoiqu'en assez notable quantité, elle est entourée par du fibro-cartilage.

Conclusions.

D'après l'ensemble de ces faits, on voit que l'abondance de phosphate de chaux contenu dans les aliments, et par suite porté dans le torrent de la circulation, accélère le travail d'ossification. Ce sel est d'ailleurs sans danger, il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie. Il s'en faut cependant que je présente ici le phosphate de chaux comme un moyen infaillible d'empêcher la non-consolidation des fractures, et, quand d'autres causes interviennent pour empêcher l'ossification du cal, telles qu'une constitution affaiblie ou des mouvements prématurés, le phosphate de chaux ne peut à lui seul donner

la guérison ; je le présente seulement comme un moyen adjuvant qui, uni à des soins bien entendus, pourrait diminuer le nombre des non-consolidations et, dans les cas ordinaires, hâter la marche de l'ossification du cal.

De l'herpès (*serpigo*, *Ringwurm*), par M. de Baerensprung(1). — Analyse détaillée et raisonnée, *avec figures*, par M. Paul Picard.

Il n'est peut-être aucune question scientifique qui ait, dans un aussi court espace de temps, donné lieu à autant de classifications successives qu'on en rencontre dans l'étude des maladies cutanées. Cela tient en grande partie à ce que l'anatomie histologique et l'anatomie pathologique de la peau, jusqu'à ces derniers temps, étaient imparfaitement connues. Aussi fallut-il les travaux des Malpighi, Verheyen, Stenon, Monro, Fontana, Prochaska, Cruiksank, Albinus, Meckel, etc., pour qu'une classification valable pût s'établir là où des symptômes superficiels et grossiers, les formes extérieures, le mode de développement avaient seuls servi de point de repère. Lorsque la peau eut été mieux étudiée anatomiquement, et que son anatomie pathologique fut mieux connue, Plenck (1776), et après lui Willan et Bateman, et Biett, leur vulgarisateur en France, basèrent leur système sur la *forme* des produits morbides. En 1810, Alibert groupa par familles les maladies de la peau qui avaient quelque *analogie* entre elles. Ce sont là les deux systèmes dont l'idée mère a dirigé la plupart de nos classificateurs modernes. MM. Baumès, Cazenave, Gibert, Rayer, Devergie, etc., étudièrent mieux, dans leurs caractères propres et leurs analogies, cet ordre d'altérations pathologiques. Un aide précieux vint imprimer un progrès marqué à la dermatologie. Le microscope donna les moyens de distinguer les éléments histologiques de la peau ; les fonctions de cette membrane furent mieux connues, et le système de Willan, dont l'effet avait été de rendre le diagnostic plus aisé et plus sûr, de substituer une méthode rationnelle à une nomenclature arbitraire, dut subir des changements considérables.

Grâce au microscope, on reconnut que souvent la même cause produisait des effets variés, suivant qu'elle agissait sur des tissus divers ou sur des couches différentes. On vit que souvent la *même* anomalie, par cela seul qu'elle donnait naissance à des produits pathologiques *différents*, appartenait en même temps à plusieurs classes du système de Willan. Ce fut surtout lorsque les travaux micrographiques de Malmsten, Gruby, Kuchenmeister, Robin, Bazin, Hebra, etc., eurent démontré que certains cryptogames ou animaux parasites se développent dans la peau et l'altèrent, et que, suivant la sensibilité des sujets et la disposition anatomique des parties, ils peuvent produire, ici des bulles ou des vésicules, là des pustules, des papules ou des squames — ce fut alors qu'on se vit forcé de modifier ces systèmes commodes qui avaient servi bien plus à asseoir un diagnostic, à trouver un mot, qu'à suggérer un traitement ou un remède. Bref, l'ignorance de l'étendue, de l'importance, de la nature des lésions anatomiques, la connaissance imparfaite de la cause et de l'acte morbides, avaient livré la thérapeutique de certaines portions de la dermatologie aux incertitudes de l'empirisme. M. de Baerensprung, jeune et savant syphiliographe, eut l'occasion, d'abord à Halle, ensuite à l'hospice de la Charité de Berlin, dont il est médecin en chef, d'observer de nombreux cas d'herpès (serpigo), et ses résultats diffèrent, sur des points très importants, des données jusqu'ici connues. Cette sérieuse étude démontre une fois de plus l'insuffisance du système de Willan, et rend indispensable, si elle est exacte, un profond remaniement de la plupart des divisions admises jusqu'à ce jour. C'est ce travail que nous voulons faire connaître aux médecins français ; et, comme son extrême longueur ne nous permet pas de le reproduire intégralement, nous avons pris le parti de nous borner à une analyse très étendue. P. P.

(1) Ce travail a été inséré dans le 2e cahier des *Annalen des Charité-Krankenhauses*, 6e année, décembre 1855, et publié séparément avec deux planches, dont l'une est coloriée. Berlin, chez Reimer.

Synonymie.

M. de Baerensprung fut frappé de l'analogie que présentaient, dans le système de Willan, l'*herpes circinatus*, le *lichen circumscriptus* (*lichen gyratus*, de Biett, *lichen herpetiformis*, de Devergie), l'*impetigo figurata*, le *pityriasis rubra* (dartre furfuracée, d'Alibert, *herpes squamosus*, de Cazenave), et le *porrigo scutulata* (teigne tondante, de Mahon, *herpes tonsurans*, de Cazenave). Se souvenant que Plumbe avait remarqué qu'un *ringworm* du bras pouvait par contagion développer le *porrigo scutulata* de la tête ; considérant la forme circulaire de toutes ces affections, leur mode d'extension identique, il revint à l'ancienne idée du serpigo, supposa à toutes ces maladies un cryptogame pour cause; et aujourd'hui, appuyé sur de nombreuses observations, il vient affirmer positivement ce qui n'était d'abord qu'une hypothèse. Les cryptogames, causes de ces désordres si variés, diffèrent de ceux de la teigne et du *pityriasis versicolor* (M. de Baerensprung préfère à ce nom celui de *chloasma*, parce que les divers travaux micrographiques ont démontré que le *pityriasis versicolor* est le résultat d'un cryptogame). Ils se développent d'abord à la surface de la peau, puis pénètrent dans les couches profondes de l'épiderme, dans les cheveux, qu'ils détruisent. La peau et le bulbe pileux s'enflamment, et, suivant l'irritabilité des sujets, donnent lieu à une affection, soit squameuse, soit vésiculeuse ou pustuleuse, qui est transmissible par contagion, et se propage au moyen des sporules contenues dans les cryptogames.

Formation des cryptogames.

Dans toutes les maladies précitées, le cryptogame parasite a toujours, même dans les endroits du corps les plus différents, le même aspect. Le mycélium incolore est formé d'une série de petits éléments articulés, ressemblant à un collier de perles, et formant des filaments étendus et ramifiés, qui s'anastomosent parfois. Ces éléments sont ou ronds, ou ovales, ou allongés, et ont de 0lig,002 à 0lig,005 de large sur 0lig,002 à 0lig,01 de long ; ils réfractent fortement la lumière, et contiennent de petits granules. Jamais les filaments ne prennent la forme de réceptacles portant des sporules. Seulement ils s'allongent, prennent une forme ventrue et renferment quelques sporules. Entre les filaments se trouvent des groupes irréguliers de grosses cellules libres, analogues aux éléments du mycélium. Ces cellules se resserrent, prennent la forme de gourdes, s'allongent en fuseau, et donnent naissance à des filaments. On voit que ces cryptogames sont différents de ceux de la teigne. Les filaments décrits dans cette dernière affection n'ont pas la forme d'un collier de perles, mais présentent l'aspect de tubes aplatis présentant de distance en distance des cloisons transversales, qui contiennent des granules moléculaires et de la chlorophylle. Les sporules fines se développent dans l'intérieur de ces filaments, et la plus grande quantité des cellules à spores se trouve au pied de ces filaments, réunies en amas irréguliers.

Dans le chloasma, les filaments cryptogamiques ne se ramifient pas ; ils n'ont pas de cloisons transversales intérieures, ni de granules. Les sporules sont réunies en groupe entre ces filaments, et non point, comme l'a prétendu Gudden, sous forme de grappes. Kuchenmeister commet aussi une erreur, quand il affirme que les filaments forment une espèce de filet.

Un examen attentif démontre que, loin de se ramifier et de s'anastomoser, les filaments cryptogamiques du chloasma sont droits et sans branches.

Certaines affections des ongles sont aussi causées par le développement de champignons. Souvent les cryptogames herpétiques attaquent ces productions épidermoïdales. Mahon reconnut une altération des ongles chez des sujets atteints d'herpès. Mais ce n'est pas toujours la même espèce. Ainsi nous avons pu voir, dans la collection de M. Virchow, à Würzburg, un ongle déformé par des productions végétales et ayant la grosseur d'une noix. Les cryptogames étaient très différents de ceux que M. de Baerensprung décrit dans l'herpès. Ces derniers concordent pourtant avec les descriptions de Meissner.

La couche de la peau dans laquelle ces divers cryptogames se développent varie aussi suivant leur nature. Dans la teigne, c'est à l'intérieur du bulbe pileux, près de l'ouverture des glandes sébacées, qu'ils prennent naissance. En voyant ces conduits encombrés de sporules, on serait tenté de croire que la sécrétion sébacée sert à leur nutrition. M. de Baerensprung n'a jamais rencontré cette sorte de cryptogames dans le cheveu, comme Wedl l'a affirmé. Il s'en trouve un grand nombre à l'ouverture des bulbes pileux, où ils forment la masse jaune soufrée qui caractérise la teigne. Plus tard, ils se répandent entre le derme et l'épiderme, détruisent par compression les glandes sébacées, le bulbe lui-même, et causent par là une calvitie incurable.

Dans le chloasma, leur siége est limité aux couches extérieures de l'épiderme, qu'ils colorent en brun verdâtre. Ils ne pénètrent jamais jusqu'au chorion, et c'est pour cela que la réaction est légère (un faible prurit) dans le *pityriasis versicolor*.

Les cryptogames de l'herpès commencent aussi par l'épiderme; mais ils sont beaucoup moins nombreux que dans la teigne. Ils sont isolés, pénètrent entre les cellules épidermoïdales, mais ne sont point, comme dans le chloasma, limités aux couches superficielles. Ils s'enfoncent dans le réseau de Malpighi, dans le derme, qu'ils irritent, et ramollissent tout l'épiderme qui se détache sous forme de poussière blanchâtre. Ils arrivent dans le bulbe, s'insinuent dans le cheveu qu'ils détruisent, et l'inflammation du bulbe amène la sécrétion d'une goutte de pus. Le cheveu détruit est expulsé : mais la calvitie n'en est pas la suite, parce que le bulbe pileux n'a été qu'enflammé, non détruit. Aussi, dès que l'herpès est guéri, les cheveux repoussent rapidement.

Ces résultats diffèrent de ceux qu'a signalés Malmsten. D'après le micrographe suédois, les cryptogames ne se développent que dans les cheveux. MM. Bazin et Hebra les font naître dans les amas épidermoïdaux situés entre les cheveux. Suivant M. de Baerensprung, ils se développent d'abord dans l'épiderme. Alors les cheveux n'en contiennent aucun; mais ceux-ci ont un aspect blanchâtre et sec, et rappellent la description qu'en faisait Weber. Le physiologiste de Leipzig les avait vus se fendiller et se gonfler, ressemblant assez à deux pinceaux que l'on ficherait l'un dans l'autre par leurs bouts poilus. Herman Beigel a aussi (*Comptes rendus de l'Académie des sciences de Vienne*, 1855, p. 612) décrit une altération analogue des poils de la barbe et des moustaches.

Les poils qui ont cet aspect sont cassants, gonflés en plusieurs endroits; puis ils se fendillent. Cette maladie semble causée par un vice de nutrition capillaire, et est caractérisée (même sans la présence des cryptogames) par la fragilité des poils, par leur adhérence toute mécanique à leur bulbe, par les renflements de leurs cylindres et par l'aspect de leur racine, qui ressemble à un pinceau ou à une aigrette. Dans l'herpès, les sporules pénètrent dans les poils, soit par cet écartement de leur racine, soit par les fendillements latéraux. Ils en détruisent l'intérieur, produisent des renflements, qui, à force de gonfler, se rompent sous cette espèce de coin formé par les amas de cryptogames. Voilà pourquoi les cheveux présentent dans l'*herpes tonsurans* cet aspect ravagé. M. de Baerensprung a remarqué que le poil follet, le duvet, est moins susceptible de cette destruction cryptogamique.

Le médecin de la Charité a rassemblé dans son travail de nombreuses observations. Malgré le désir que nous aurions de les mettre sous les yeux des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous nous voyons forcé par l'espace de n'en citer que quelques-unes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ET MALADIE DE BRIGHT, EXISTANT SIMULTANÉMENT CHEZ LE MÊME SUJET.

OBS. — Jean Bonnemaison, âgé de cinq ans, vacciné, non variolé, a éprouvé des convulsions pendant la première évolution dentaire. A cela près, bonne santé jusqu'à ce jour.

Sa maladie date d'un mois et demi. Le début a été marqué par un mouvement fébrile irrégulier, à type le plus souvent quotidien. Il y avait, le soir, quelques frissons suivis de bouffées de chaleur.

L'enfant est devenu indifférent aux jeux de ses camarades ; il a maigri peu à peu. En même temps, il a accusé une douleur vive dans les régions épigastrique et hypochondriaque gauche. Puis, il a été pris de vomissements qui se répétaient après le repas et amenaient l'expulsion d'un liquide verdâtre mêlé à des parcelles alimentaires.

La mère, alarmée par ces symptômes, examine les parties douloureuses et constate une tuméfaction notable. Elle m'apporte l'enfant aussitôt. Je fais le premier examen le 2 janvier.

L'enfant est assez développé pour son âge. Il a les cheveux noirs, le front proéminent, les yeux cernés, la face pâle, souffreteuse. J'apprécie par la vue le gonflement de la zone sus-ombilicale. La palpation, la dépression de l'abdomen me font découvrir en ce point plusieurs tumeurs anfractueuses, indépendantes de la paroi abdominale qui glisse librement à leur surface. L'une d'elles, placée à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, a la forme et la grosseur d'un petit œuf de poule. Une tumeur semblable, mais d'un volume moindre, est trouvée dans la fosse iliaque gauche.

L'abdomen est tendu, rénitent, sonore, sauf au niveau des tumeurs. Point de fluctuation.

Les vomissements mentionnés plus haut persistent avec opiniâtreté. Ils sont accompagnés de céphalalgie avec alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Point de diarrhée.

La température de la peau est normale, le pouls à 80 ; l'amaigrissement, la faiblesse vont en augmentant.

Je diagnostique une tuberculisation générale avec manifestation spéciale dans le grand épiploon et les méninges. Les accidents les plus redoutables menaçant le cerveau, je prescris :

Calomel 0,15, sucre 1 gramme, à prendre deux fois par jour. Diète lactée. Pédiluves sinapisés.

Point de nouvelles de l'enfant pendant un septénaire. Le 9, je suis mandé. J'apprends que, le 4, les pieds se sont gonflés ; que l'œdème a disparu sous l'influence de frictions stimulantes ; que, dans la matinée du 9, une céphalalgie très intense, accompagnée de délire, de paralysie de la face, de vomissements, a éclaté, et que la mort a été imminente.

Le 9 janvier, au soir, j'observe ce qui suit :

Décubitus latéral gauche ; face bouffie couverte de taches de rousseur. Point de paralysie.

Rien dans la poitrine. Maigreur permettant de compter les côtes et les intervalles intercostaux.

Zone sus-ombilicale *ut supra;* abdomen ballonné. Veines bleuâtres se dessinant sous la peau. Signes pathognomoniques de l'ascite.

Maigreur considérable des membres inférieurs. Œdème des pieds. Pouls petit à 100. Peau sans chaleur.

Appétit conservé ; vomissements ; diarrhée opiniâtre ; odeur fétide des matières stercorales ; urine excrétée en quantité moindre que d'habitude.

Urine trouble, exhalant l'odeur du bouillon de bœuf. Agitée dans le vase qui la contient, elle mousse.

Traitée par l'acide nitrique, elle donne un coagulum abondant qui se dissout dans un excès d'acide.

Bain de vapeur ; chiendent nitré ; diète lactée ; 0,01 extrait d'opium matin et soir.

Le 11, même état, même traitement.

Le 12, diurèse, diaphorèse abondantes ; face revenue presque à l'état naturel. Plus de gonflement des pieds ; pouls à 80 ; plus de vomissements ni de diarrhée ; appétit vif.

Bain de vapeur ; chiendent nitré ; fomentations diurétiques sur l'abdomen ; un peu de bœuf grillé ; eau rougie.

13 janvier, œdème léger des pieds et du scrotum ; idem pour l'ascite ; face un peu gonflée ; diarrhée peu abondante ; nausées sans vomissements ; l'urine du 12, conservée dans un verre, offre deux couches, l'une supérieure, trouble ; l'autre inférieure, floconneuse, blanchâtre, grumeleuse, toutes deux offrant, sous l'influence de l'acide nitrique, les phénomènes mentionnés plus haut.

14 janvier, décubitus latéral gauche ; œdème de la face plus prononcé à gauche ; point de diarrhée ; vomissement léger.

15, même état. 18 janvier, décubitus latéral droit ; face plus gonflée à droite ; nuage muqueux ; point de dépôt floconneux dans l'urine ; point de précipité sous l'influence de l'acide nitrique ; abdomen moins volumineux ; fluctuation obscure ; dureté très considérable des parois abdominales. En déprimant l'abdomen au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, la main perçoit des craquements rudes, une sorte de bruit de cuir neuf du péritoine ; faiblesse, marasme.

Suspendre les bains de vapeur ; fomentations *ut supra ;* cataplasmes de ciguë sur l'abdomen ; à l'intérieur, 0,01 extrait de ciguë matin et soir ; régime *ut supra.*

20 janvier, œdème léger des paupières ; point d'albumine dans les urines ; coliques violentes ; lientérie ; point de vomissements.

Remplacer la ciguë par l'extrait thébaïque ; diète lactée.

22, plus de diarrhée ni de vomissements ; la douleur rend la palpation de l'abdomen impossible ; pouls à 100 ; appétit perdu ; faiblesse toujours croissante.

26, diarrhée, vomissements opiniâtres ; plaintes incessantes ; urine divisée en deux couches ; *ut supra* précipitant par l'acide nitrique ; œdème de la face, des pieds, des jambes ; douleur abdominale intolérable ; faiblesse extrême.

27 janvier, mort dans le marasme.

Cette observation nous paraît remarquable d'abord par la coïncidence de la péritonite tuberculeuse et de la maladie de Bright. C'est une coïncidence analogue à celle que MM. Rilliet et Barthez ont notée pour la méningite granuleuse et les tubercules cérébraux. Mais y a-t-il, pour le cas qui nous occupe, un véritable rapport étiologique entre la tuberculisation péritonéale et l'albuminurie ? C'est sur quoi il est difficile de se prononcer. On admet généralement un certain rapport entre l'existence de la maladie de Bright et la tuberculisation pulmonaire, soit que celle-ci précède l'autre affection, soit que le contraire ait lieu. M. Peacock a particulièrement insisté sur ce point ; mais la question est encore litigieuse. A plus forte raison doit-on rester dans le doute en ce qui concerne la liaison de la néphrite albumineuse avec la tuberculisation péritonéale.

On notera encore : 1° la possibilité de palper les plaques tuberculeuses à travers les parois de l'abdomen et de déterminer la forme, l'étendue de l'une d'elles ; 2° un craquement rude très manifeste, une sorte de bruit de cuir neuf, senti avec la main au niveau des plaques. Ce phénomène, qui a été signalé en 1835, par M. Bright (MEDIC. CHIR. TRANSACT. OF LONDON, t. XIX), est un élément de diagnostic fort important, bien qu'il n'appartienne pas exclusivement à la péritonite tuberculeuse ; 3° l'œdème de la face, qui était toujours plus prononcé du côté sur lequel le petit malade était couché ; 4° le caractère extrêmement remarquable de l'urine qui, recueillie depuis la veille, se divisait en deux couches, l'une supérieure, trouble ; l'autre inférieure blanchâtre, grumeleuse, floconneuse ; toutes deux précipitant abondamment par l'acide nitrique, et donnant un coagulum qui se dissolvait dans un excès de cet acide.

Docteur DUPAU (de Carbonne).

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une ampliation du décret impérial, en date du 5 avril, qui confirme la nomination de M. *Jobert* (de Lamballe) à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Jobert* vient prendre place parmi ses collègues.

CHIRURGIE. — De l'influence de la proportion du phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal, par M. *Alphonse Milne Edwards.* (Voir le n° 15 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, p. 257.) — (*Comm. :* MM. Rayer, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur les phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire*, par M. *Matteucci.* Ce mémoire se compose de trois parties.

Dans la première, l'auteur étudie le phénomène qu'il appelle la *respiration musculaire dans l'acte de la contraction*, au point de vue des effets chimiques observés.

Dans la seconde partie, il étudie les phénomènes de la *respiration musculaire* dans leurs rapports avec le dégagement de chaleur et d'électricité qui s'opère dans les muscles.

Enfin, dans la troisième partie, l'auteur évalue de nouveau la quantité de travail mécanique développé dans l'acte d'une contraction de la grenouille ; il expose ensuite quelques vues théoriques, qui lui paraissent suffisamment fondées, sur le mécanisme de la contraction musculaire.

Première partie. — Phénomènes chimiques de la respiration des muscles de la grenouille. — Les recherches de l'auteur prouvent que les muscles de grenouille récemment préparés donnent lieu à une absorption d'oxygène et à une exhalation d'acide carbonique. Le volume d'acide carbonique est généralement un peu moindre que le volume d'oxygène disparu. Dans le plus grand nombre des cas, il y a eu exhalation d'azote.

L'exhalation d'acide carbonique a lieu dans une atmosphère d'hydrogène, mais s'arrête rapidement. La respiration musculaire

des grenouilles tuées avec l'acide sulfhydrique ou l'acide sulfureux est considérablement diminuée.

Pendant la contraction musculaire, l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique augmentent d'une quantité supérieure au double de l'absorption et de l'exhalation observée dans les mêmes conditions pour les muscles au repos.

L'auteur admet qu'il y a encore pendant la contraction exhalation d'azote.

Deuxième partie. — Après avoir rappelé les expériences de MM. Becquerel et Breschet, ainsi qu'une expérience récente de M. Cl. Bernard, l'auteur annonce qu'il a été conduit à rechercher si la contraction des muscles des grenouilles préparées et dans lesquelles la circulation du sang n'existe plus était accompagnée d'un dégagement de chaleur. L'expérience directe faite à l'aide de thermomètres à mercure très sensibles prouve que la température peut s'élever d'une quantité qui n'a pas été moindre d'un demi-degré dans les circonstances où l'on a expérimenté en excitant les contractions.

L'auteur passe ensuite à l'examen du développement de l'électricité dans les muscles. Tout le monde admet aujourd'hui l'existence et les lois principales du courant musculaire. L'existence des phénomènes chimiques de la respiration musculaire étant établie, l'auteur pense qu'on trouvera encore mieux fondée l'idée qu'il a toujours émise sur la cause du développement d'électricité dans les muscles, cause inhérente à la fibre musculaire à l'état de vie.

La même explication se présente naturellement pour le phénomène que l'auteur a appelé autrefois la *contraction induite*, et qui a été aussi le sujet d'un grand nombre d'expériences délicates de M. du Bois-Reymond.

L'auteur a repris ses anciennes expériences; il les a variées, et il pense qu'elles aideront à concevoir clairement la cause de la *contraction induite*.

Cette explication se présente naturellement d'ailleurs, sachant que la respiration musculaire augmente d'énergie dans l'acte de la contraction.

Les résultats des expériences, que les limites de cet extrait ne permettent pas de rapporter, rendent évidente, dit l'auteur, l'existence d'un circuit fermé, et ne peuvent s'expliquer que par un phénomène électrique engendré dans le muscle en contraction.

L'auteur, après l'exposé et la discussion de ses expériences, pose les conclusions suivantes pour la seconde partie de son travail :

1° Lorsqu'au moment de la contraction la respiration musculaire devient plus active, il y a aussi dégagement de chaleur et d'électricité dans les muscles.

En se fondant sur l'analogie qui existe entre la décharge de la torpille et la contraction musculaire, on peut regarder chaque élément de la fibre musculaire comme prenant, au moment de la contraction, un état électrique polaire qui donne lieu à une décharge dont les lois sont les mêmes que celles de la décharge des poissons électriques.

Troisième partie. — Après avoir constaté et mesuré les phénomènes chimiques de la respiration musculaire et le développement correspondant de la chaleur, de l'électricité et du travail musculaire, l'auteur a pensé qu'il était naturel d'essayer, d'après certaines théories modernes, un rapprochement entre la machine animale et la machine à vapeur ou les moteurs électro-magnétiques.

Il admet comme prouvé que l'action chimique de la respiration musculaire, pendant la contraction, engendre la force développée dans les muscles ; il admet, de plus, que dans les machines animales, comme dans celles qui sont régies par la chaleur ou l'électricité, la production de la force est soumise aux mêmes lois.

Sous quelle forme l'action chimique donne-t-elle lieu à la contraction musculaire? Il paraît probable à l'auteur que l'action chimique doit d'abord se transformer en électricité pour produire cet effet.

MÉDECINE. — M. Aubrée entretient l'Académie des succès qu'il a obtenus dans le traitement des brûlures par l'emploi d'un collodion dont il donne la formule, et dans lequel il fait entrer du tannin. Il pense que ce médicament pourrait être employé avec avantage dans le cas de variole, pour prévenir les cicatrices difformes au visage, si on l'appliquait sur les pustules avant la formation du pus.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

CHIRURGIE. — *Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de bec de-lièvre et de chéiloplastie*, par M. *Sédillot*. — « On sait, dit l'auteur, et c'est un desideratum dont nous avons fait l'objet d'une remarque spéciale dans la deuxième édition de notre *Traité de médecine opératoire*, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire, semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et lorsqu'on les a réunies, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire. La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot (de Rochefort) ne modifie en rien cette disposition, et l'on regrette de voir persister une véritable difformité dépendant de la brièveté de la lèvre dans le sens vertical.

» L'atrophie dont je m'occupe était très marquée sur une jeune fille de vingt ans que j'opérai à la clinique au commencement du mois dernier.

» L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite.

» Je pensai que l'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait en même temps l'avantage de diminuer la largeur de l'ouverture buccale et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

» Rien de plus facile à remplir que l'indication dont je parle : il suffit d'aviver la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrête à 1 centimètre environ de distance du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, est prolongée plus ou moins loin en dehors, selon que l'on veut donner à la nouvelle lèvre une plus ou moins grande hauteur. On détache largement la lèvre de l'arcade dentaire pour augmenter la laxité des tissus, et, en ramenant à une direction verticale les surfaces obliquement avivées et les affrontant par la suture entortillée avec ou sans la modification proposée par M. Clémot, on reforme une lèvre épaisse, d'une hauteur convenable, dont la réunion immédiate s'accomplit aussi bien qu'à la suite des opérations ordinaires.

» Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'étendue des ressources du procédé dont je viens d'exposer les principaux traits, pourront, comme nous l'avons fait, en demander la démonstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre. Pour lever les dernières objections d'un de nos collègues, nous le conduisîmes, avec nos internes et quelques autres élèves, aux salles d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre d'un des sujets livrés aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord libre ou labial à la racine du nez, et, après l'opération simulée du bec-de-lièvre par notre nouveau procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres et avait ainsi gagné 9 millimètres, ou un peu plus de moitié de la hauteur primitive.

» Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et la bouche était restée petite, régulière et gracieuse. »

— *Note sur la désarticulation de la mâchoire inférieure, appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais*, par M. *Maisonneuve*.

Frappé des résultats avantageux fournis par l'ablation de l'os maxillaire supérieur *sain*, dans le but de rendre possible l'extirpation de certaines tumeurs du pharynx et de la zone zygomatique, M. Maisonneuve a pensé qu'on pourrait, en appliquant le même

principe à l'os maxillaire inférieur, arriver à pratiquer l'extirpation de quelques autres tumeurs jusqu'alors inaccessibles à nos moyens d'action.

Les deux observations suivantes donneront une idée de ce qu'on peut obtenir de cette nouvelle méthode.

Obs. I. — Homme de cinquante-huit ans, malade depuis dix-huit mois; nombreux traitements médicaux sans succès; épithélioma végétant et ulcéré qui occupe la face interne de la joue droite, l'amygdale, la presque totalité du voile du palais, et surtout les parties supérieure, postérieure et latérale droite du pharynx, avec menaces d'asphyxie.

Opération le 3 juillet 1855, après désarticulation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain. Guérison en moins de six semaines.

Obs. II. — Homme de cinquante-deux ans. Affection carcinomateuse qui avait envahi le côté droit de la base de la langue, la portion voisine du pharynx et du voile du palais, ainsi qu'un des ganglions sous-maxillaires.

Opération le 12 février 1856, par l'ablation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur *sain*. Guérison.

Conclusions. — 1° La désarticulation d'une des moitiés latérales de l'os maxillaire inférieur rend possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, inaccessibles jusqu'alors à nos moyens d'action.

2° Le chirurgien est autorisé à la pratiquer, même dans les cas où cet os n'a subi aucune altération, du moment où l'affection qu'il s'agit d'extirper compromet gravement la vie du malade. (*Comm.:* MM. Moquin-Tandon, Jobert de Lamballe.)

Physiologie. — *Action de divers extraits végétaux sur le sang veineux; nouvelles expériences de M. Leclerc, en réponse à une réclamation de M. Clauzure.*

L'auteur fait connaître les conclusions de nouveaux faits qu'il a observés le 8 avril dernier.

1° Le sang veineux perd sa disposition à la fermentation putride, par son mélange avec la belladone et le datura stramonium;

2° L'atropine ne possède point la propriété d'arrêter la fermentation putride.

3° La noix vomique, la strychnine et la brucine arrêtent la fermentation putride, mais ne conservent nullement les globules.

4° L'extrait d'ipécacuanha est dans le même cas.

5° Les autres substances essayées n'arrêtent point la fermentation putride et ne conservent point les globules.

6° Le sang veineux pur et conservé à l'abri du contact de l'air pendant le même espace de temps que les autres mélanges qui précèdent, éprouve la fermentation putride et subit la destruction des globules. (*Commissaires précédemment nommés :* MM. Flourens, Coste, Cl. Bernard)

Médecine. — *Recherches sur la cause du choléra asiatique, sur celle du typhus ictérode et des fièvres de marécage;* par M. *Beauperthuy.*

M. Flourens, en présentant ce travail au nom de l'auteur, autrefois voyageur-naturaliste du Muséum, aujourd'hui professeur d'anatomie à l'Université de Caracas (Amérique du Sud), en donne une idée, d'après les extraits suivants de la lettre d'envoi, datée de Cumana, 18 janvier 1856 :

« Mes observations sur le choléra ont été faites dans les mois de novembre et de décembre 1854, pendant la grande épidémie qui ravagea une partie des Antilles anglaises et le littoral du golfe Triste et de la province de Cumana. Déjà, depuis 1839, de longues et pénibles recherches faites dans un grand nombre de localités malsaines des provinces de Cumana, de Barcelone et de la Guyane espagnole, m'avaient porté à croire que les fièvres de marécages étaient dues à un virus végéto-animal inoculé dans l'organisation humaine par des insectes tipulaires. Il est digne d'observation que les produits putrides, accumulés dans le tube intestinal des fébricitants, sont formés presque en totalité de monades et de vibrions semblables à ceux qu'on observe dans les matières végétales et animales en putréfaction. Le sulfate de quinine, l'arséniate de potasse, le jus de citron, etc., paralysent les mouvements de ces insectes.

» Je dirai, à cette occasion, que le sulfate de quinine administré à haute dose, 18 à 20 grains par jour, m'a très bien réussi, dans les nombreuses applications que j'ai faites de ce remède, chez les individus que j'ai soignés d'accidents consécutifs à la piqûre des serpents.

» Les accidents de la fièvre jaune me semblent tenir également à l'introduction dans l'économie des sucs septiques pompés par des insectes sur le littoral. Quant à la matière animale noire qui, dans une période avancée de la fièvre jaune, est rejetée par les vomissements, elle est formée d'une multitude de monades d'une extrême ténuité. Je ne puis mieux la comparer qu'aux globules du pigmentum de la choroïde, observé, au moyen du microscope de M. Vincent Chevalier, en employant le plus fort grossissement. Pour bien faire cette observation, il faut délayer une très petite quantité de pigmentum dans une goutte d'eau distillée, et placer sur le porte-objet une particule de ce mélange. (*Comm :* MM. Serres, Andral, Boussingault.)

— *Constitution médicale de la fin de l'année 1855; histoire des épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans quelques communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute Garonne),* par M. *Martin Ducaux.* (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a.* Le rapport final de M. le docteur *Barrera*, de Prades, sur une épidémie d'affections typhiques dans la commune d'Estoher en 1856. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Leblanc-Bellevaux*, de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Guérigny en 1855. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Mathieu*, sur une épidémie d'angine gangréneuse dans la commune de Dompierre-sur-Nièvre en 1855 et 1856. — *d.* Le compte-rendu des épidémies du département de la Dordogne en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Les rapports de MM. *Jardon* et *Boullenger*, médecins inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1855. — *f.* Le rapport de M. le docteur *Chapelain*, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil sur le service médical de cet établissement en 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *g.* Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Une lettre de M. le professeur *Trousseau*, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique. (*Section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.*) — *b.* Une lettre de M. le docteur *Sestier*, qui prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi à la section.*) — *c.* Une lettre de M. *Nicolas Stassano*, de Naples, qui soumet à l'Académie le plan de l'asile d'aliénés d'Aversa. — *d* Une lettre de M. le docteur *de Lignerolles*, qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse à l'Académie, à l'appui de sa demande, la liste de ses travaux. (*Future commission des correspondants nationaux.*) — *e.* Une note de M. le docteur *Martinó*, de Naples, sur une opération qu'il appelle *otomiosia*, ou rappetissement de l'oreille. (*Comm.:* MM. Malgaigne, Laugier.) — *f.* Un mémoire intitulé : *Vingt années de pratique vaccinale*, par M le docteur *Voisin*, du Mans. (*Commission de vaccine.*)

Lectures et Mémoires.

Électricité médicale. — M. *Bouvier* achève le rapport dont il a commencé la lecture dans la séance du 8 avril. Ce rapport se termine par les conclusions suivantes, qui sont la conséquence de toutes les considérations qu'il renferme.

1° Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-thermo-électrique de M. *Beckensteiner* ne répond nullement à son titre et ne possède point les propriétés qui lui sont attribuées par son auteur.

2° Remercier M. *Éric Bernard* de sa communication, ainsi que de l'envoi de son appareil électrique, appareil, à la vérité, semblable à beaucoup d'autres, mais portatif, facile à manier, peu coûteux, et susceptible de rendre des services dans des cas déterminés, bien qu'il ne puisse soutenir la comparaison avec d'autres

appareils plus volumineux et plus compliqués, et qu'il partage d'ailleurs avec les autres appareils volta-faradiques les inconvénients attachés à l'emploi des piles.

3° Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-électrique de MM. *Legendre* et *Morin*, sans constituer une invention absolument neuve, si ce n'est dans quelques détails d'une importance secondaire, est néanmoins d'une exécution remarquable, et qu'il a surtout le mérite de réunir sous un très petit volume des modes variés d'administrer l'électricité d'induction ; et que, sauf les perfectionnements que laisse encore à désirer l'usage de la pile, cet appareil peut généralement suffire aux besoins les plus habituels de l'électrisation thérapeutique.

4° Adresser des remercîments à MM. les docteurs *Duchenne* (de Boulogne) et *Boulu*, pour les nouvelles observations qu'ils nous ont communiquées, le premier sur les propriétés différentielles des courants d'induction du 1er et du 2e ordre ; le second sur l'application de l'électricité au traitement de l'adénite cervicale.

5° Remercier MM. *Breton* frères de leur communication, en les engageant à assurer par de nouveaux perfectionnements l'utilité de leur ceinture et de leur mixture galvaniques.

Les trois premières conclusions sont adoptées sans discussion.

Relativement à la quatrième conclusion, M. *Larrey*, faisant allusion à ce qui concerne le travail de M. Boulu, exprime le désir que l'Académie ne se prononce qu'avec une extrême réserve sur l'efficacité de la faradisation en thérapeutique, jusqu'à ce que de nouveaux faits, consciencieusement observés, soient venus ajouter plus de certitude aux résultats déjà obtenus. Il voudrait qu'une discussion s'engageât sur ce point, et que les membres de l'Académie qui ont fait usage de l'électricité dans leur pratique fissent connaître les fruits de leur expérience. Enfin, l'orateur termine en invitant les praticiens à vérifier les faits déjà connus, à tenter de nouvelles recherches, et à publier les résultats qu'ils auront obtenus, afin d'éclairer le monde médical sur une question encore controversée et qui pourra peut-être fournir dans la suite d'immenses ressources à l'art de guérir.

M. *Bouvier* fait remarquer que les termes de la quatrième conclusion n'expriment rien de formel, rien d'absolu, et sont pleins de cette sage réserve que M. Larrey recommande avec tant de raison.

La quatrième conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

M. *Velpeau* demande la parole pour combattre la cinquième conclusion.

« L'Académie, dit l'orateur, ne saurait se montrer trop avare d'éloges, quand il s'agit d'appareils inventés par des personnes étrangères à la médecine. On sait quel usage les industriels font quelquefois des témoignages d'approbation qui leur ont été donnés dans cette enceinte. Je ne fais point ici de personnalité, et loin de moi la pensée d'attaquer l'honorabilité de MM. Breton frères, que je ne connais point. Mais qui peut nous assurer que leurs appareils (ceinture et mixture galvaniques), qui peuvent être appliqués sans l'intervention du médecin, ne figureront pas un jour sur les murs de Paris comme guérissant parfaitement les maladies nerveuses, avec cette inscription : *Approuvés par l'Académie de médecine?* Je le répète, il y a dans ces instruments, que chacun peut lui-même appliquer aisément sur une partie douloureuse ou malade, il y a matière à charlatanisme. L'Académie doit craindre de compromettre sa dignité en prodiguant trop facilement ses approbations. D'ailleurs, M. Bouvier ne nous a-t-il pas dit que ces appareils ne produisaient que des effets galvaniques insignifiants ?

M. *Bouvier* a, autant que M. Velpeau, l'honneur de l'Académie à cœur. Il ne voudrait donc pas fournir un aliment au charlatanisme, pour lequel il a autant d'aversion que son honorable collègue; mais il pense aussi que des encouragements doivent être donnés aux ingénieux fabricants qui s'appliquent, comme MM. Breton frères, à simplifier le mécanisme des appareils électriques, de manière à les rendre moins coûteux et d'un usage plus général.

M. *Velpeau* persiste dans l'opinion qu'il a développée, et demande que l'épithète de *douteuse* soit ajoutée au mot *utilité* dans la cinquième conclusion.

M. *Bégin* croit qu'il faut séparer deux choses évidemment distinctes dans la question qui s'agite : d'abord la partie mécanique, les instruments, les appareils, qui appartiennent assurément aux fabricants, et qui ne peuvent être fournis que par des physiciens ou des mécaniciens ; en second lieu, les faits, les observations résultant non-seulement de l'application médicale de l'électricité en général, mais encore de l'emploi de tel ou tel appareil, avec l'appréciation exacte de ses avantages sur les appareils analogues. L'orateur demande donc qu'il soit ajouté au rapport une conclusion finale, dans laquelle il sera dit que l'Académie, tout en reconnaissant ce qu'il y a de bon dans les appareils soumis à son examen et dans les applications spéciales qui en ont été faites, estime qu'il y a lieu de faire à cet égard de nouvelles recherches et de recueillir de nouvelles observations.

Les propositions de MM. *Velpeau* et *Bégin* sont appuyées par MM. *Moreau*, *Gaultier de Claubry*, *Lagneau*, *Larrey*, *Londe* et *Bussy*.

L'Académie adopte la cinquième conclusion, modifiée de la manière suivante :

« Remercier MM. Breton frères....., etc., en les engageant à assurer....., etc., l'utilité *encore douteuse*, etc. »

Puis elle adopte la *conclusion finale*, ainsi conçue :

« En terminant, votre commission ajoute, comme remarque générale, applicable à l'ensemble de ce rapport, que, quelles que soient les appréciations particulières qu'il contient, la science et la pratique réclament encore des observations précises, nécessaires pour fixer à leur juste valeur le degré d'importance thérapeutique tant de l'électricité en général que des appareils quelconques destinés à en effectuer et en diversifier l'application. »

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur *Durand-Fardel* donne lecture d'un travail intitulé : *Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique.* (*Commission des eaux minérales.*)

PRÉSENTATIONS. — M. *Jobert* (de Lamballe) présente à l'Académie trois malades auxquels il a pratiqué avec succès des opérations d'autoplastie faciale.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Production de leucine et de tyrosine dans le corps vivant, par MM. TH. FRERICHS et G. STAEDELER.

MM. Frerichs et Staedeler avaient déjà présenté plusieurs travaux sur la production de la leucine et de la tyrosine (que l'on a aussi appelée *tyrine*) sur le corps vivant. La GAZETTE HEBDOMADAIRE (t. II, p. 364) a donné la traduction d'une lettre adressée par M. Frerichs à M. Oppolzer (de Vienne), et ayant trait à ces recherches. M. Virchow attaqua les résultats du professeur de Breslau, et l'article actuel est spécialement destiné à répondre aux piquantes objections contenues dans la lettre que M. Virchow adressa à M. Schönlein, et aux réfutations publiées ensuite dans le *Deutsche Klinik*, n° 35.

Ce fut en 1851, en examinant au microscope un foie dans l'état d'atrophie aiguë, que M. Frerichs rencontra pour la première fois de nombreux cristaux en forme d'aiguilles ou de gerbes, et qui étaient répandus inégalement dans le parenchyme ramolli du foie ; ils se trouvaient en plus grande quantité dans le sang des veines hépatiques, tandis qu'ils manquaient dans le sang de la veine porte. Mais on n'en recueillit qu'une trop faible quantité pour les soumettre à une analyse chimique. En 1833, on retrouva ces mêmes cristaux dans le foie ramolli d'une femme morte avec des symptômes comateux et traitée depuis longtemps pour une oblitération du canal cholédoque. Outre les cristaux en aiguilles, dont nous avons

parlé plus haut, on aperçut aussi des formes cristallines arrondies, de couleur foncée à la circonférence. Les ramuscules des veines hépatiques formaient des cordons durs et étaient remplis de ces cristaux, tandis que l'artère hépatique et la veine porte n'en présentaient pas un, même dans leurs dernières subdivisions.

L'analyse chimique fit reconnaître que les amas de cristaux en aiguilles étaient de la *tyrosine*, que les cristaux ronds et foncés à leur centre étaient de la *leucine ;* que ces cristaux n'existaient pas dans le foie à l'état normal, mais qu'on les rencontrait dans les foies d'individus morts de fièvre typhoïde ou de variole. Plusieurs expériences faites pendant la vie montrèrent que la leucine et la tyrosine étaient rejetées par l'urine, par conséquent susceptibles d'être séparées du sang par les reins. De plus, l'idée de M. Frerichs, que l'état comateux était lié à la production de la leucine et de la tyrosine et à leur présence dans le foie, ne reçut pas la confirmation de l'expérience ; car le cerveau et la moelle épinière ne furent modifiés en aucune façon, à la suite d'injections de leucine et de tyrosine dans la veine jugulaire de plusieurs chiens. Après avoir trouvé ces deux corps dans le sang, la rate, dans les substances que contenaient les intestins, dans la bile, chez des sujets typhiques, M. Frerichs conclut ainsi : Dès que la leucine et la tyrosine s'accumulaient dans le foie, dès que cette glande était le siége de ces phénomènes anormaux, elle concourait à la production de cette altération du sang qui caractérise la fièvre typhoïde et la variole.

Un troisième cas d'atrophie aiguë du foie permit aux auteurs de l'article de faire des recherches plus étendues sur la leucine et la tyrosine. Dans ce cas, ces substances étaient dissoutes et non cristallisées, et le sujet en rendait une grande quantité par les urines, qui, chose remarquable, ne contenaient pas trace d'*urée*. Ainsi était justifiée cette conclusion, que, dans les lésions importantes du foie, il peut se produire une métamorphose anormale des éléments formateurs du sang, métamorphose telle, que la production normale de l'urée ne peut avoir lieu.

Six mois après, M. Virchow publia (*Deutsche Klinik*, n° 4) un cas dans lequel le foie, ayant subi le ramollissement jaune, renfermait des cristaux. On en trouvait aussi dans le sang de la veine porte, des reins ou du pancréas ; mais, après la mort, il se forma de nouveaux cristaux, et le professeur de Würzburg conclut que la production de la leucine et de la tyrosine était un phénomène cadavérique. Dans tous les cas (et M. Virchow le reconnaît lui-même), il importait peu que ces corps prissent la forme cristalline avant ou après la mort. Le point capital était leur existence dans le sang ; d'ailleurs, la présence de tyrosine cristallisée dans le foie ne serait pas plus extraordinaire que celle de cholestérine cristallisée dans la bile, le foie, la rate, et que celles d'urates cristallins dans les articulations d'individus vivants. Quant à la présence de la tyrosine dans le pancréas, elle s'explique par le peu de solubilité de ce corps. Il faut des solutions fortement alcalines pour le dissoudre, et l'on sait que la sécrétion du suc pancréatique n'est pas continue et égale. On pourrait donc supposer que la tyrosine déposée dans le pancréas ne se dissout qu'alors que le suc pancréatique s'est accumulé en quantité suffisante. La ressemblance des cristaux de tyrosine avec les cristaux de gypse décrits par MM. Robin et Verdeil avait fait soupçonner à M. Virchow l'identité de ces deux productions ; mais les analyses minutieuses de MM. Frerichs et Staedeler ont démontré que ces cristaux étaient difficilement solubles, qu'ils se dissolvaient dans l'ammoniaque mélangée d'une faible quantité de carbonate d'ammoniaque, qu'ils reprenaient leur forme primitive après l'évaporation, et qu'ils ne sauraient, en conséquence, être des cristaux de gypse. (*Deutsche Klinik*, 1856, n° 8.)

Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, par M. Frédéric Duriau.

Cette première publication est destinée à élucider deux points de physiologie encore quelque peu controversés et d'un grand intérêt pour la thérapeutique : l'eau est-elle absorbée par le tégument externe ? Entraîne-t-elle avec elle les substances qu'elle tient en dissolution ?

La réponse à la première question n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire au premier abord ; il ne suffit pas, pour la trouver, de peser exactement un individu, de le plonger pendant quelque temps dans un bain, et de déterminer ensuite les changements qui sont survenus. Notre corps est soumis à une déperdition incessante de matière par l'exhalation pulmonaire et la transpiration cutanée, et cette déperdition subit de grandes variations suivant les influences extérieures, la température surtout. Si donc nous sortons du bain avec un poids exactement le même que celui que nous avions en y entrant, on ne peut pas dire qu'il n'y a point eu d'absorption ; au contraire, on peut affirmer que nous avons absorbé un poids d'eau correspondant à celui des substances que nous avons perdues pendant le même temps par la voie de l'évaporation pulmonaire et de la transpiration cutanée. A plus forte raison, peut-on affirmer qu'il y a eu absorption lorsqu'au sortir du bain on trouve une augmentation de poids.

Deux éléments interviennent donc pour produire le résultat constaté au moyen de la balance, l'élimination pulmonaire et cutanée d'un côté, l'absorption de l'autre, et c'est pour n'avoir pas déterminé exactement les conditions qui font varier l'un ou l'autre de ces éléments que les observateurs sont arrivés à des conclusions contradictoires. La transpiration cutanée et pulmonaire est influencée considérablement par deux circonstances principales : la température de l'air ambiant, son degré de saturation. C'est le propre des animaux à sang chaud de conserver toujours une température constante, qui ne varie que dans des limites très rapprochées, quelle que soit la température du milieu ambiant. Lorsque cette dernière l'emporte sur celle de notre corps, la transpiration cutanée et l'évaporation pulmonaire prennent une grande activité, enlevant ainsi à l'organisme un excès de calorique qui ne manquerait point de troubler les fonctions ; lorsqu'au contraire, le milieu qui nous entoure a une température inférieure à celle de notre organisme, la quantité d'eau que nous perdons sous forme de vapeur décroît notablement. Il en est de même quand le corps est plongé dans l'eau ; mais le problème se complique dans ce cas de l'élément absorption. Or, il est une certaine température de l'eau sous l'influence de laquelle on ne constate aucun changement dans le poids du baigneur, où conséquemment les pertes occasionnées par l'évaporation sont compensées exactement par le profit procuré par l'absorption. Ce point d'équilibre ou *poids isotherme*, comme l'a appelé M. Kuhn, de Niederbronn, qui le premier a attiré l'attention sur ce sujet, correspond à une température de 32 ou 33 degrés centigrades. Il varie d'ailleurs un peu, d'après M. Duriau, avec les individus. M. Duriau appelle *bains chauds* ceux dont la température dépasse 32 ou 33 degrés, et *bains froids* ceux dont la chaleur est au-dessous.

Voici maintenant les résultats qu'il a obtenus : l'eau du bain étant de 22 à 25 degrés, l'augmentation de poids est, en moyenne, de 6 grammes après un quart d'heure d'immersion, de 35 grammes après trois quarts d'heure, et de 45 grammes après cinq quarts d'heure de séjour dans l'eau.

Pour prévenir l'objection consistant à dire que c'est par la voie pulmonaire qu'a pénétré l'eau qui a déterminé l'augmentation de poids, M. Duriau a eu soin de ventiler constamment les salles où se trouvaient les baigneurs. Il est à remarquer qu'à cet excès de poids il faut ajouter tout ce que le corps a perdu pendant ce temps par voie d'exhalation et de sécrétion, et dont M. Duriau ne tient aucun compte. L'évaluation de ces pertes n'a pas encore été faite pour les différentes températures.

Mais une autre objection générale qui s'adresse à toutes les expériences de cette nature, est la suivante : quand notre corps est plongé dans l'eau, le premier phénomène qui se manifeste, c'est le gonflement de l'épiderme, appréciable surtout dans les régions où l'épiderme est très épais, telles que la plante des pieds, la face palmaire de la main. Ce gonflement est dû à l'imbibition ; l'eau qui le produit n'est point encore absorbée, si elle peut l'être consécutivement, ce que des physiologistes éminents nient d'une manière presque absolue. Cette eau entre cependant en ligne de compte dans les pesées qui sont faites immédiatement au sortir du bain. Supposé même qu'une partie passe plus tard dans le torrent cir-

culatoire, on ne peut se refuser à admettre qu'une portion notable s'évapore pendant que l'épiderme revient à son état normal. Quand donc M. Duriau parle de certaines quantités d'eau absorbée, on doit naturellement comprendre qu'il confond dans ses évaluations le liquide qui peut avoir passé dans la circulation et celui qui imbibe momentanément l'enveloppe épidermique.

Lorsque, au contraire, la température de l'eau excède celle du *point isotherme*, il y a perte de poids de la part du baigneur, perte qui est en raison directe de la chaleur du bain. A la température de 36 degrés, le poids du corps diminue, en moyenne, de 48 grammes après quinze minutes d'immersion; de 82 grammes après trente minutes; de 139 grammes après quarante-cinq minutes.

Enfin, à 45 degrés, la perte est de 432 grammes au bout de dix minutes.

Ici encore il faudrait tenir compte de la quantité d'eau qui a imprégné l'épiderme ou qui a pu passer dans la circulation par absorption. La diminution de poids ne prouve nullement qu'il n'y a point eu absorption, et l'auteur n'est point en droit de conclure que l'absorption ne se fait que dans les cas où la température du bain est moins élevée que celle de la surface tégumentaire.

Ayant constaté que, dans certaines circonstances, l'eau est absorbée, M. Duriau s'est demandé si cette eau entraîne avec elle les principes salins ou autres qu'elle tient en dissolution. Dans le but d'élucider cette question, il a examiné l'urine des baigneurs avant et après l'immersion, en ayant soin d'ajouter à l'eau diverses substances telles que l'iodure de potassium, le carbonate de potasse, le cyano-ferrure de potassium, le sel marin, le nitrate de potasse. Un fait général s'est montré dans ces expériences: l'urine, qui était acide avant le bain, a toujours présenté une réaction alcaline après le bain. On aurait pu croire que ce résultat devait être attribué à la nature des sels ajoutés à l'eau; mais il s'est présenté également après des bains additionnés d'acide nitrique, de sulfate de quinine. Ce n'est donc pas aux sels qui se trouvent en dissolution dans l'eau du bain qu'il faut rattacher le changement de réaction que subit l'urine. D'un autre côté, M. Duriau n'a jamais trouvé dans l'urine aucune trace des iodures, cyanures et sulfates employés. Des individus plongés dans un bain à 31 ou 32 degrés, additionné de 2 kilogrammes de feuilles de belladone ou de digitale, n'ont éprouvé aucune modification dans l'état de la pupille, dans les battements du cœur, ni aucun trouble cérébral; d'où M. Duriau conclut que l'urine devient constamment alcaline à la suite d'un bain, quelle que soit la composition de ce dernier; qu'elle n'offre aucune trace des iodures, cyanures, etc., qu'on a mis dans l'eau du bain; que les bases autres que la soude et la potasse ne se retrouvent point dans l'urine des baigneurs; enfin, que les matières organiques dont l'action physiologique se traduit par des phénomènes évidents, n'accusent leur présence par aucun des effets que détermine leur absorption. (*Arch. gén. de méd.*, fév. 1856.)

Nouveau porte-ligature, et, au besoin, porte-caustique pour les polypes naso-pharyngiens et pour certaines tumeurs de l'utérus et du vagin, par M. Didot.

Cet instrument, présenté à l'Académie de médecine de Belgique, a pour but de faciliter l'application d'un fil simple, ou chauffé à blanc par la pile, autour des polypes placés profondément. Il se compose d'un anneau brisé, monté sur une charnière commandée par un pignon à l'aide duquel l'anneau est fermé quand on veut atteindre le polype, ou ouvert quand il s'agit d'introduire ou de dégager l'instrument (M. Mathieu a remplacé ce pignon par une bascule qui permet de manœuvrer l'instrument d'une seule main). L'anneau brisé se compose lui-même de deux moitiés concentriques, parfaitement ajustées et qui se séparent par glissement. La moitié externe, fixée invariablement sur la tige, porte à sa face interne la rainure ou le sillon qui abrite le fil ou le caustique; la moitié interne est mobile et s'abaisse en glissant sur la première, quand elle est sollicitée par la tige flexible qui correspond à la gachette placée auprès de la poignée. Un manche droit, d'une longueur suffisante, permet de porter l'instrument dans la profondeur.

Voici comment on s'y prend pour placer une ligature avec cet instrument. Supposons qu'il s'agisse d'un polype pharyngien. Un fil métallique est emprisonné, par sa partie moyenne, dans l'anneau du porte-ligature, qui est ouvert; les deux chefs libres du fil sont fixés au ressort d'une sonde de Bellocq, passée préalablement dans la narine qui correspond le plus au point d'implantation du polype. En retirant la sonde de Bellocq, on entraîne le fil métallique et l'anneau du porte-ligature, qui pénètre dans la bouche et franchit l'isthme du gosier. A l'aide du manche on passe l'anneau derrière la base du polype; puis on le ferme complétement pour étreindre le pédicule. Le serre-ligature à chapelet de Græfe est appliqué ensuite sur les deux chefs du fil métallique qui sortent par le nez, et le fil est tendu sur le polype. Alors il ne reste plus qu'à dégager l'instrument. Pour cela, on appuie sur la gachette: la moitié interne de l'anneau s'abaisse; on ouvre ce dernier, et l'on retire l'instrument. Au lieu de se servir du serre-ligature de Græfe, on pourrait tordre simplement les deux chefs du fil métallique.

Pour pratiquer la cautérisation électrique des polypes naso-pharyngiens, il suffirait de remplacer les grains du serre-ligature par une canule d'ivoire, à travers laquelle on fait passer les fils pour les mettre ensuite en communication avec les pôles d'une pile. Enfin, si, au lieu d'un fil, on déposait dans la rainure un peu élargie de l'anneau un caustique quelconque, l'instrument deviendrait un excellent porte-caustique.

Cet instrument, que nous avons pu voir chez M. Mathieu, n'a encore été expérimenté que sur le cadavre; il est d'un mécanisme fort ingénieux et se manie très facilement. Nous croyons cependant qu'il ne rendra pas tous les services que l'auteur en attend, et cela en raison de la difficulté que l'on rencontrera dans bien des cas à porter l'anneau derrière la base de la tumeur. Il suffit, en effet, que le pédicule soit très rapproché de la colonne vertébrale, ou que la tumeur soit très volumineuse, pour que ce temps de l'opération, et conséquemment l'emploi de l'instrument, deviennent complétement impossibles. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XV, n° 3.)

Nouvelle méthode pour le traitement de la chute du rectum, par M. Chassaignac.

Il s'agit de l'écrasement linéaire, méthode spéciale que l'auteur a déjà employée avec succès pour l'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux, et dont il propose l'application au traitement de la chute du rectum. Ce mode opératoire tient à la fois de l'excision et de la cautérisation. Comme la première, il circonscrit avec précision et enlève en quelques minutes les parties à retrancher. Comme la seconde, il se propose, grâce au défaut d'hémorrhagie, d'éviter les suppurations diffuses, érysipèles et accidents de pyoémie.

Pour l'appliquer à la cure du prolapsus rectal, il suffit d'attirer et de former avec deux doigts introduits dans le rectum un pli de la paroi de cet intestin. On le maintient à l'aide d'une ligature modérément serrée, puis on fait agir l'*écraseur linéaire*; et il en résulte consécutivement une cicatrice annulaire siégeant à deux travers de doigt à peu près de l'orifice anal, et suffisante pour empêcher la chute ultérieure des membranes. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, septembre et octobre 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Des enfants dans les prisons et devant la justice; par M. le docteur Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen, in-8, à Rouen, chez Alfred Perron, 55, rue de la Vicomté.

Il y a des esprits positifs qui, sans dédaigner les théories, ont une propension singulière à embrasser le côté pratique des questions. De ce nombre est notre savant et laborieux confrère de Rouen, M. Vingtrinier. Indépendamment d'une foule d'écrits médicaux d'une utilité immédiate, de combien de travaux importants

ayant le même caractère, n'a-t-il pas enrichi la philosophie, l'hygiène et la jurisprudence? Nul, à cet égard, n'a su mieux mettre à profit les avantages de sa position.

Tout récemment, il envisageait la folie dans ses rapports avec la législation. Le sujet de son nouvel opuscule n'est pas moins intéressant. A qui en douterait, nous citerions les épisodes saisissants qu'enregistre chaque jour la presse judiciaire. Si la pitié s'émeut pour de grands coupables, quel attendrissement ne doivent pas susciter de pauvres jeunes créatures que l'abandon ou une perversité précoce jette du banc des tribunaux dans nos établissements correctionnels?

Depuis vingt-cinq ans, la philanthropie s'est généreusement manifestée en faveur des enfants détenus. La science, de son côté, n'a point déserté leur cause. Seulement, absorbée par l'ensemble du problème pénitentiaire, peut-être n'at-elle pas donné à ce point particulier tous les développements nécessaires.

Jusqu'ici, en effet, on a eu principalement en vue le perfectionnement des institutions destinées à ceux qui font preuve de penchants vicieux et incorrigibles avant l'âge du discernement légal. Dans son bel ouvrage sur l'*emprisonnement*, les *prisonniers* et les *prisons*, M. Ferrus, entre autres, s'est longuement étendu sur les colonies agricol s, et, dans un rapide et brillant tableau, a indiqué, avec toute l'autorité qui s'attache à son expérience, les éléments de réforme et la nature des soins, des précautions et des garanties, qu'il convient d'appliquer à la catégorie de population qu'elles renferment.

M. Vingtrinier, avec un but semblable, a suivi une voie un peu différente. Ce qui l'a frappé surtout, c'est l'extension abusive de la détention pour les jeunes sujets : il en signale avec force les inconvénients, en même temps qu'il insiste sur les moyens propres à les atténuer, sinon à les supprimer entièrement.

Son mémoire comprend trois chapitres où la question est tour à tour étudiée au point de vue des lois, des usages judiciaires et administratifs et de la règle disciplinaire.

En fixant à seize ans la limite où la responsabilité commence, la loi n'a pas dû laisser la société désarmée contre les écarts des enfants au-dessous de cet âge. L'article 66 du Code pénal confère aux tribunaux la faculté de les soumettre à certaines mesures d'amélioration morale.

Ce droit, autrefois, n'était exercé qu'avec une extrême discrétion. Mais, par suite des tendances nouvelles et de la création des colonies agricoles, le nombre des jeunes détenus a fini, de nos jours, par acquérir des proportions telles qu'une circulaire ministérielle, adressée aux parquets, leur recommande la réserve dans leurs poursuites. Il dépasse aujourd'hui 10,000, au lieu de 1,334 existants en 1837.

D'où proviennent cette sévérité et cette progression? Sont-elles un bien ou un mal? Et, dans cette dernière hypothèse, comment y remédier?

Les instituts agricoles, absorbants de leur nature, appellent les colons, et ne les relâchent que le plus tard possible. D'autre part, séduits par les gages moraux qu'on y rencontre, les magistrats hésitent moins à confier à leur tutelle de petits vauriens pour lesquels ils redoutent, non sans fondement, les fâcheux exemples du dehors. Enfin, beaucoup de mauvais parents ne se font pas scrupule de se décharger sur l'État des obligations que leur impose un devoir sacré. Telles sont les causes assignées par M. Vingtrinier au chiffre toujours croissant des jeunes détenus.

Pour lui, du reste, cette situation ne représente point l'idéal. Quelle que soit l'excellence de son régime, sous quelque nom qu'elle se déguise, la séquestration coloniale n'en est pas moins une détention d'autant plus grave, qu'elle se prolonge jusqu'à vingt ans; qu'elle atteint, sans distinction d'âge ni de délit, des individus incapables de se défendre; qu'elle nécessite un appareil de procédure, des comparutions, des interrogations, des avanies de gendarmes dont la dignité de la magistrature n'a pas moins à souffrir que la susceptibilité du délinquant; qu'en grevant le budget d'une forte dépense, elle donne en réalité une prime aux familles vicieuses; qu'elle empreint l'avenir des enfants d'une note ineffaçable.

Réclamant, dès lors, de larges modifications à l'état présent des choses, M. Vingtrinier voudrait : 1° qu'au-dessous de douze ans et demi les délits assimilés aux contraventions fussent soumis aux tribunaux de simple police; 2° qu'il en fût de même au-dessus de cet âge pour les faits de mendicité, de maraude ou de vagabondage; 3° que les parents fussent cités, et qu'en cas de négligence ou d'instigation avouée, leur responsabilité fût efficace; 4° que, une équitable graduation des frais d'entretien mettant à la portée de toutes les fortunes la répression paternelle qui n'est guère accessible qu'aux classes aisées, les juges de paix pussent, à cet égard, seconder et au besoin contraindre l'action des familles; 5° qu'on fît revivre, au moyen d'une organisation légale, les sociétés de patronage éteintes, pour la plupart, sous l'influence colonisatrice; 6° que leur intervention, jadis si salutaire, fût enfin favorisée par la propagation de maisons de préservation, dont vingt-quatre provinces ont déjà pris l'initiative et qui, annexes des hospices et nées de la même sollicitude charitable, constitueraient pour les enfants les plus jeunes et les moins indisciplinés un séjour préférable, ne fût-ce que par la durée (qui pourrait être diversement réglée) à celui des institutions coloniales.

Notre intention n'est de discuter, ni les objections, ni les propositions de M. Vingtrinier. Il n'est personne, assurément, qui ne se sente porté à applaudir à ces vues libérales Qu'on nous permette seulement de faire observer qu'elles ne sont point exclusives des colonies existantes, et que, de l'aveu de l'auteur lui-même, leur application doit avoir pour effet, non de détruire, mais de féconder, en l'entourant de contre-poids et d'auxiliaires utiles, un système qui continue à rendre d'éminents services.

En tout cas, le travail de M. Vingtrinier mérite l'attention de toutes les personnes que préoccupent les améliorations du système pénitentiaire. Comme ceux précédemment émanés de la même plume, il est marqué au coin d'un jugement sûr, d'une connaissance exacte des faits et d'un ardent amour de l'humanité. L'actualité, si propice aux productions, ajoute d'ailleurs aux titres que possède déjà celle de notre confrère, puisque l'administration, émue aussi des vices et des insuffisances signalés, paraît sérieusement disposée à en poursuivre la réformation.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie, par M Amb. TARDIEU.

(Suite et fin. — Voyez le dernier numéro.)

1. ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION (du 5 novembre 1853). — *Rejet du pourvoi du nommé A..., contre le jugement rendu sur appel par le tribunal de Coutancy, le 13 août 1853, qui le condamne à trois mois de prison et 15 francs d'amende, etc.*

La Cour....

« .... Attendu qu'il résulte des motifs du jugement que le demandeur a publié ses prospectus sous son prénom et dissimulé son nom de famille sous lequel il avait encouru deux condamnations, et que, pour persuader aux malades qu'il visitait l'existence d'un pouvoir imaginaire et l'espérance d'un succès, il a employé des manœuvres frauduleuses, consistant notamment dans la délivrance de remèdes *qu'il savait* inefficaces, et de prescriptions incapables de produire les bons effets *qu'il annonçait;* que ces déclarations mensongères appuyées de manœuvres frauduleuses, et à l'aide desquelles il a escroqué partie de la fortune d'autrui, ne constituent pas seulement des actes de *charlatanisme*, mais présentent tous les caractères du délit d'escroquerie ;

» Que les juges du tribunal de Coutancy ont donc fait une saine application de l'article 405 du Code pénal; rejette. »

II. Arrêt de la Cour de cassation (du 31 mars 1854). — *Rejet du pourvoi formé par T... de M..., docteur en médecine, contre l'arrêt de la Cour impériale d'Amiens (chambre correctionnelle) du 10 février 1854, qui l'a condamné à quinze mois de prison pour escroquerie.*

La Cour....

« .... Sur le moyen unique de cassation, tiré de ce que l'arrêt attaqué n'a pas spécifié sur les moyens frauduleux à l'aide desquels le prévenu s'est procuré les certificats par lesquels il appuyait ses manœuvres tendant à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique ;

» Attendu que l'arrêt attaqué ne s'est pas borné à constater, de la part du docteur T..., d'annonces mensongères distribuées dans diverses localités, par lesquelles il vantait sa méthode de traitement des malades déclarés *incurables* par les autres médecins, et que ces certificats se trouvaient revêtus de signatures que, à l'aide de moyens frauduleux T... avait obtenues de personnes dont les fonctions et la position étaient de nature à faire croire à la vérité des faits attestés ;

» D'où l'arrêt attaqué a conclu que de semblables publications constituent, de la part du prévenu, l'emploi de manœuvres frauduleuses ;

» Attendu que l'arrêt attaqué constate enfin qu'en promettant ainsi à ses malades la guérison, ce docteur savait que son pouvoir était imaginaire et n'avait d'autre but que de faire accepter à un prix excessif ses prescriptions et ses remèdes dont il était lui-même le distributeur au détriment des pharmaciens établis dans les lieux où il opérait ;

» Attendu que, par cette constatation des faits, l'arrêt attaqué a suffisamment établi l'emploi des manœuvres frauduleuses, qui est un des éléments du délit prévu par l'article 405 du Code pénal ; rejette.

III. La troisième affaire mérite d'être rapportée avec détail, car elle offre, réunies comme à dessein, toutes les formes sous lesquelles se résume le charlatanisme médical le plus effréné. On ne verra pas sans une sorte d'effroi ce qu'on peut faire de notre belle profession et de cet art de guérir qui est à la fois pour l'humanité une si grande gloire et un si grand bienfait.

La 8e chambre du tribunal correctionnel de la Seine a eu à juger, au mois de décembre 1854, une accusation d'escroquerie dirigée contre un homme pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, et qui n'a pas craint d'en abuser de la façon la plus déplorable dans les circonstances suivantes.

Le docteur R..., qui a ajouté à son nom celui de son village, a été condamné précédemment à 100 fr d'amende pour annonce de remèdes secrets. Il comparaît encore une fois devant le tribunal correctionnel, accusé non-seulement aujourd'hui d'annonce et vente de remèdes secrets, mais d'escroquerie.

Inventeur de ce qu'il appelle la médecine chimique, il distribuait avec une incroyable profusion (250,000 en trois mois) un prospectus ainsi conçu :

« Guérison radicale des maladies réputées incurables par dix, quinze ou vingt médecins célèbres, obtenues aux consultations gratuites de la médecine chimique.

» Convaincu que la chimie seule pouvait faire sortir la médecine de sa déplorable stagnation, je n'ai pas craint de recommencer une œuvre bien des fois entreprise et abandonnée sans résultat, au risque de la voir à mon tour tromper toutes mes espérances et mes prévisions. Mais le succès a couronné mes efforts. Ce succès, je le dois à quinze années d'exercice et d'observations dans les hôpitaux de Paris, où je donnais mes soins à plus de cent malades, recueillant ainsi les préceptes des plus grands médecins et chirurgiens, chacun dans sa spécialité, me pénétrant en même temps des écrits de tous nos anciens maîtres, et ne négligeant rien des découvertes anciennes et modernes. Au moyen de ces longues et pénibles études, je crois enfin avoir deviné la véritable application de la chimie à la médecine et trouvé à chaque maladie le traitement le plus sûr et le plus prompt.

» De nombreuses expériences m'ont démontré et je ne crains pas d'affirmer que les maladies déclarées depuis peu de temps, telles que fluxions de poitrine, fièvres cérébrales, croup, inflammation du bas-ventre, peuvent être guéries en quelques jours par la médecine chimique, et que les maladies qui durent depuis plusieurs années résistent rarement plus de quinze jours à cette neutralisation chimique.

» Le grand nombre de malades qui viennent journellement à mes consultations m'ayant fait acquérir une grande expérience dans le traitement des maladies chroniques, m'a conduit à un tel degré de perfection, que je puis prouver que la chimie dans les traitements agit avec une promptitude telle, que plusieurs des guérisons instantanées qui paraissent incroyables n'en sont pas moins réelles. Et pour donner une preuve de leur authenticité, je ne crains pas d'avancer ici que je puis citer le nom et l'adresse de plus de trois mille personnes guéries en quelques jours, d'autres fois en quelques heures, de maladies réputées incurables..... »

Beaucoup de personnes se laissaient prendre aux promesses de R.. ; les incurables abandonnés par tous les médecins, les poitrinaires, les gens attaqués de cancer, de maux d'yeux, de surdité, des maladies les plus contraires comme les plus graves, imploraient en dernier ressort les secours de la médecine chimique, et R... leur répondait immédiatement en leur envoyant une lettre dont il avait toujours de nombreux exemplaires préparés d'avance.

« Monsieur (ou madame),

» En réponse à votre lettre, je dois vous affirmer qu'en trente ou quarante jours j'ai guéri un si grand nombre de maladies semblables à celle dont vous me faites l'honneur de m'entretenir, que je ne puis douter de sa guérison.

» Les médicaments que j'emploie étant d'une difficile confection, ne peuvent être préparés qu'à Paris, par un pharmacien en ayant l'habitude.

» De tous les traitements, celui-ci est le moins dispendieux ; le prix est de 1 franc par jour, ma consultation et le port compris.

» Veuillez m'envoyer 16 francs par la poste, et vous recevrez aussitôt une petite boîte de médicaments pour seize jours (la somme et la durée du traitement quelquefois moindre).

» En moins d'une semaine de traitement bien suivi, votre malade éprouvera une si grande amélioration, que vous ne pourrez douter de sa guérison.

» Signé : le docteur R... »

Malgré ces assurances, la panacée universelle ne réussissait pas toujours : loin de là ; car une dame de Chartres, qui avait eu recours à ce dernier moyen, en mourut, malgré les promesses contenues dans la lettre que nous venons de rapporter, et qui était la même pour tous.

Une plainte fut portée, et une perquisition faite chez R... amena la saisie d'une quantité de pièces, entre autres cette fameuse réponse aux malades dont il avait des provisions, et le prospectus non moins fameux qu'il répandait à millions.

A la suite de la saisie, M. Chevallier et moi-même avons été commis, comme experts, à l'effet d'examiner les remèdes saisis chez D..., pharmacien, chargé de préparer tous les médicaments de R... et d'apprécier les actes imputés à ce médecin et à son complice.

Les remèdes, disent les experts, sont secrets, car on n'a pas retrouvé les formules qui ont servi à leur fabrication. Un remède ne doit pas être préparé sur une formule générale. Même dans les maladies identiques, l'ordonnance doit différer selon l'âge, la force, les dispositions du malade. Or, dans la perquisition faite chez D..., on a retrouvé douze ou quinze formules applicables à tous les cas. Parmi les médicaments prescrits par R... il s'en trouve d'une grande énergie. Appliqués aux cas les plus différents et les plus mal déterminés, ils ne peuvent avoir aucun effet utile et ne sont pas toujours sans danger. Les mots « médecine chimique » n'ont d'ailleurs pas de sens.

Après une longue et minutieuse instruction, cette affaire est venue à l'audience de la police correctionnelle.

M. l'avocat impérial Eugène Avond, si bien placé pour connaître et apprécier les sentiments les plus élevés de la dignité médicale,

et si digne de les défendre, s'est acquitté de cette tâche avec un rare talent, et a soutenu la prévention avec autant d'éloquence que de fermeté.

Le jugement qui a été rendu dans cette curieuse affaire doit être signalé comme un modèle où se trouvent établis de la manière la plus nette et la plus décisive les principes sur lesquels peut être fondée la jurisprudence protectrice dont nous faisons l'histoire.

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, dans le courant des années 1852, 1853 et 1854, R..., à l'aide de manœuvres frauduleuses pour faire croire à la guérison de maladies incurables, et qu'il qualifiait lui-même comme telles, a obtenu d'un grand nombre de personnes la remise de diverses sommes d'argent;

» Attendu que ces manœuvres frauduleuses consistaient principalement: 1° dans un prospectus mensonger et rempli d'exagération, qui, répandu à profusion dans toute la France, allait, sur la foi de promesses d'une guérison chimérique, exciter chez des malades, la plupart désespérés, un espoir qui les entraînait nécessairement à s'adresser au médecin qui était l'auteur de ces annonces frauduleuses; 2° dans une multitude de lettres toutes semblables, écrites à la main, préparées d'avance, et commençant par ces mots: En réponse à votre lettre, j'ai l'honneur de vous annoncer, etc.;

» Que ces lettres annonçaient que, dans l'espace de trente ou quarante jours, R.. avait guéri un si grand nombre de maladies semblables, qu'il pouvait assurer la guérison de ses correspondants; que les médicaments, si difficiles à préparer, ne pouvaient l'être qu'à Paris; que son traitement était des moins dispendieux, et que, moyennant l'envoi de 16 francs, il enverrait une caisse de ces médicaments;

» Attendu que ces lettres, toutes pareilles et comme stéréotypées, selon le rapport des experts, étaient ainsi préparées d'avance et envoyées, sans discernement ni distinction de maladies, à tous ceux qui, sur la foi du prospectus mensonger, s'étaient engagés dans une correspondance avec R...;

» Qu'ainsi, et quelle que fût la maladie du consultant, soit qu'il s'agît de maux d'yeux, de paralysie, de cancer, de maladies de poitrine, de douleurs de toute nature et de toute variété, l'inculpé envoyait sa lettre, où était invariablement appris au correspondant que, dans l'espace de trente ou quarante jours, il avait guéri un grand nombre de maladies semblables;

» Que ces lettres constituent, dans cet état de choses, les manœuvres frauduleuses tendant à faire croire à des guérisons fausses pour le passé et chimériques pour le consultant, et qu'elles avaient pour objet d'obtenir de lui la remise de sommes de 16 francs par chaque envoi de caisse de médicaments;

» Attendu que le tribunal ne peut s'arrêter à l'objection tirée des témoignages résultant de l'instruction elle-même, et de certificats étrangers qui établiraient que plusieurs personnes ont été guéries par les médicaments fournis;

» Qu'il ne s'agit pas, en effet, d'apprécier l'impéritie, l'ignorance de R..., ou les morts ou maladies dont il aurait été la cause involontaire par ses imprudences; qu'il s'agit, au contraire, de reconnaître les moyens fallacieux, les mensonges, les manœuvres habiles et frauduleuses à l'aide desquels il escroquait une partie de la fortune de ses correspondants; délits qui n'amoindrissent en rien les résultats favorables et postérieurs qui ont pu se produire accidentellement dans la santé de malades qui avaient été entraînés à le consulter et à lui remettre des sommes d'argent à l'aide de ces manœuvres frauduleuses;

» En ce qui touche la complicité de D... pour les faits d'escroquerie;

» Attendu qu'il n'est point établi que D... ait assisté avec connaissance R..., sait dans la confection des prospectus, soit dans la rédaction des lettres ci-dessus qualifiées, soit dans les faits qui ont préparé, facilité et consommé l'escroquerie;

» Que si un registre indicatif des noms de personnes consultant R... a été trouvé chez D..., ce registre paraît se rattacher bien plutôt à la régularité des envois que D... devait faire des médicaments qu'il préparait, qu'à un compte ouvert pour les produits de l'escroquerie commune; que ce registre avait pour but le règlement du prix des médicaments préparés et fournis par D..., mais qu'on ne peut le considérer comme l'état du recel que ce dernier aurait fait d'une partie des sommes escroquées; qu'ainsi le chef de la prévention de complicité d'escroquerie contre D... n'est point établi;

» En ce qui touche les autres caractères de l'escroquerie reprochée à R..., foncés sur la prise de faux nom, de fausses qualités, attendu qu'ils n'ont pas été établis par l'instruction et les débats, et qu'ils ne sauraient être reprochés à R..., le renvoie de la prévention sur ce chef;

» En ce qui touche le chef de la prévention relatif à la fabrication et à la vente des remèdes secrets imputée aux inculpés;

» Attendu qu'il résulte de tous les éléments de la cause, des procès-verbaux de saisie, du relevé de diverses pièces et de registres saisis chez D..., et enfin du rapport des experts;

» Que dans le courant des années 1852, 1853, 1854, R... et D... ont conjointement fabriqué, vendu et distribué des préparations médicinales qui n'étaient ni inscrites au Codex, ni le résultat d'ordonnances spéciales et particulières pour chaque malade et chaque maladie;

» Que ces remèdes étaient au contraire préparés d'avance d'après des formules générales inscrites sur le registre saisi et formant un Codex particulier à l'usage des inculpés;

» Que ces préparations avaient tellement ce caractère de généralité, qu'elles avaient reçu entre les inculpés des dénominations particulières et convenues, comme: *potion rouge*, n° 1; *potion bleue*, n° 1; potion laudanisée; potion au tartre, 1 et 2; potion stibiée; *liquide vert;* pommade jaune; pommade blanche et autres;

» Que ces préparations ainsi faites d'avance en quantité considérable, sur une simple indication renvoyant au registre-codex des inculpés, et n'étant ni le résultat de préparations conformes au Codex légal, ni d'ordonnances spéciales et régulières, constituent de véritables et nombreux remèdes secrets dont la qualité même, loin d'être un fait excusable, n'est qu'une aggravation du délit;

» Qu'ainsi R... et D..., le premier en état de récidive comme ayant déjà été condamné pour ce fait de vente de remède secret, ont conjointement commis le délit prévu par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI et la loi du 9 pluviôse an XIII;

» Qu'il résulte également de ce qui précède que R... a commis le délit prévu par l'article 405 du Code pénal;

» Renvoie R... du chef de la prévention relatif à l'usage de faux nom et de fausses qualités;

Renvoie D... des fins de la plainte en ce qui touche la complicité d'escroquerie;

» Et attendu par tout ce qui précède que R..., dans le courant des années 1852, 1853, 1854, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire et faire naître l'espérance d'un succès chimérique, s'est fait remettre des sommes d'argent par un grand nombre de personnes, et notamment, par la dame S..., 16 fr.; par la dame M..., 14 fr., etc., et qu'il a ainsi escroqué tout ou partie de la fortune des susnommés, délit prévu par l'article 405 du Code pénal;

» Et contre R... et D... d'avoir, en 1853 et 1854, conjointement annoncé, vendu et mis en vente des remèdes secrets, délit prévu par l'article 36 de la loi du 31 germinal an XI et la loi du 9 pluviôse an XIII;

» Attendu que R... est en état de récidive légale, en ce qui touche le chef relatif aux remèdes secrets comme ayant déjà été condamné pour ce fait;

» Et lui faisant à cet égard l'application spéciale de la loi du 9 pluviôse an XIII;

» Vu également l'article 265 du Code d'instruction criminelle;

» Condamne R... à treize mois de prison et 6,000 francs d'amende;

» D... à 600 francs d'amende;

» Condamne R... aux trois cinquièmes et D... aux deux cinquièmes des dépens. »

Nous n'avons pas besoin d'insister de nouveau sur la signification du jugement que nous venons de citer; mais on comprend de quelle importance était la suite qui devait être donnée à ce jugement

rendu en première instance. Il fut en effet frappé d'appel par les prévenus. Mais, hâtons-nous de le dire, la Cour impériale de Paris, par arrêt du 16 mars 1855, « *adoptant, quant aux faits et à leur* QUALIFICATION, *les motifs des premiers juges*, » a confirmé d'une manière éclatante le jugement du tribunal, en réduisant seulement à 200 francs l'amende imposée au pharmacien. Enfin, pour ne rien omettre, nous ajouterons que la Cour de cassation n'a pas eu à prononcer dans cette affaire, le sieur R... ayant été déchu de son pourvoi pour n'avoir pas consigné l'amende à laquelle il avait été condamné, sans justifier régulièrement de son indigence. Mais il est permis de penser que la cour suprême n'eût pas trouvé, en cette occasion, de motif pour réformer un arrêt si conforme aux principes de la jurisprudence souveraine.

En résumé, les trois affaires que nous venons de rappeler nous paraissent marquer une phase nouvelle dans la répression du charlatanisme médical. L'assimilation des promesses et des annonces mensongères, des faux noms, des faux certificats, des consultations stéréotypées, des associations de médecin et de pharmacien, des ordonnances mystérieuses, des formules de convention, des traitements à prix fixe et par le roulage des affections incurables, l'assimilation de tous ces procédés éhontés aux manœuvres frauduleuses qui caractérisent le délit d'escroquerie, peut être considérée comme le moyen le plus sûr d'arrêter les progrès sans cesse croissants de cette lèpre du corps médical. La jurisprudence a suppléé au silence de la loi en appliquant la qualification et la pénalité d'un délit de droit commun à des faits contre lesquels les lois pénales de la médecine et de la pharmacie sont si manifestement insuffisantes.

Renseignements instructifs sur les effets de l'inoculation préservative de la fièvre jaune, pratiquée à la Havane.

Le brick de l'État *le Méléagre* vient de mouiller à Brest, après une longue station dans les mers des Antilles et le golfe du Mexique. Son chirurgien-major, M. Berg, a consigné, dans un rapport daté du 31 mars 1856, les observations recueillies pendant la campagne. Ce document renferme des données positives sur les résultats qu'a fournis l'inoculation préconisée à la Havane par le docteur de Humboldt contre la fièvre jaune. Elles complètent les renseignements publiés déjà par ce journal, et doivent naturellement y trouver place.

M. Berg arrivait dans la capitale de Cuba six mois après le départ de la commission française envoyée par le gouverneur de la Martinique, et dont nous avons fait connaître ici le rapport. Le premier soin du chirurgien-major du *Méléagre* a été de « chercher à savoir si les individus inoculés avaient plus tard contracté la fièvre jaune. »

Nous lui laissons la parole :

« Dans ce but, j'ai visité tous les hôpitaux et me suis adressé aux médecins militaires ou civils les plus recommandables de la Havane. J'appris alors que, sur la frégate espagnole *Cortès*, 90 inoculés avaient succombé à la fièvre jaune ;

» Qu'à l'hôpital militaire, 200 hommes au moins avaient éprouvé le même sort, malgré l'emploi du virus.

» A l'hôpital du docteur Belot, j'ai pu constater moi-même 15 cas de fièvre jaune sur des personnes qui avaient été inoculées précédemment.

» Le fait était donc jugé jusqu'à mon départ ; et même, en ce qui concerne les effets primitifs de l'inoculation, il fut admis, après expériences nombreuses, que l'usage des matières putréfiées d'un foie non modifié par le virus du reptile donnait lieu aux mêmes symptômes que ceux qui suivaient l'inoculation du liquide préparé par l'auteur de la découverte. » SÉNARD.

— On lit dans le *Moniteur* :

« Toutes les dépêches reçues de l'armée d'Orient s'accordent à signaler une très grande amélioration dans la situation sanitaire, et l'on peut espérer que l'épidémie qui a sévi, pendant ce long hiver, sur nos troupes en Crimée et dans nos hôpitaux de Constantinople, va bientôt disparaître entièrement.

» Malgré ces rassurantes nouvelles, le gouvernement a dû prendre des mesures de précaution pour éviter que la rentrée en France de nos soldats ne fût pour les populations une cause d'appréhension. A cet effet, des camps ont été établis non loin d'Hyères, dans des localités parfaitement isolées, telles que les îles de Porquerolles, de Sainte-Marguerite et Cavallaire. Les troupes feront dans ces camps un séjour plus ou moins prolongé, et n'entreront en France que lorsqu'on sera bien assuré qu'elles ne portent avec elles aucun germe de maladie. Les hommes qui tomberaient malades seront reçus dans les vastes établissements hospitaliers aux îles du Frioul, en rade de Marseille, dans les enclos du lazaret de Toulon et dans le bel hôpital de la marine impériale, à Saint-Mandrier. Nous savons que ces mesures, prises dans l'intérêt de la santé publique, ont été accueillies avec reconnaissance par les populations des Bouches-du-Rhône et du Var, où l'on avait conçu des craintes tout à fait exagérées.

» Les camps de Porquerolles et de Cavallaire ont déjà reçu un grand commencement d'installation. La division de Failly, qui est attendue d'un moment à l'autre, venant d'Eupatoria, doit débarquer à Porquerolles, et tout y est prêt pour la recevoir.

» Des arrivages d'Orient auront lieu aussi, mais sur une bien plus petite échelle, à Cette et à Port-Vendres ; sur ces deux points on s'est également mis en mesure de pouvoir satisfaire à toutes les éventualités. »

— M. le docteur Jules Castellan est mort à Lyon, à l'âge de cinquante-six ans.

— L'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un membre correspondant dans la section de chimie, en remplacement de M. Braconnot, décédé. M. Gerhardt l'a emporté sur ses concurrents. Au premier tour de scrutin il a réuni 42 suffrages sur 51 votants.

— Ont été promus et nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier*, M. Delahaye (Edmond-Hippolyte), médecin-major de 2e classe au 20e régiment de ligne ; *au grade de chevalier*, M. France (Victor), médecin-major au 3e bataillon de chasseurs à pied.

— On annonce la nomination de M. le docteur Alquié aux fonctions de médecin-inspecteur des eaux de Vichy, et celle de M. le docteur de Laurés aux fonctions de médecin-inspecteur des eaux de Néris.

— M. le ministre de l'agriculture a chargé les préfets d'établir un relevé complet de tous les cas d'hydrophobie qui se sont manifestés dans les communes de leur département pendant l'année 1855. Pour 1856, tous les maires ont reçu l'ordre d'informer sans délai le préfet des cas d'hydrophobie qui se produiraient sur le territoire de leur commune.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 10 à 13. — 10. Sur l'épithélium vibratile dans les kystes du testicule, par *Billroth*. — 11. — Sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements, par *Spiegelberg*. — Sur l'atrophie musculaire progressive, par *Tulenburg*. — 12. Sur la vraie kéloïde, par *Martins*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 10 à 13. — 10. Entozoaires dans l'œil humain, par *Jæger* jeune.— 14. L'acide carbonique comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré, par *Scanzoni*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — Nos 11 à 13. Sur l'ergotisme gangréneux, par *Helm*.

Livres nouveaux.

DIE IMPFUNG DER ARZNEIKOERPER (l'inoculation des médicaments), par *M. Langenbeck*. In-8. Hanovre, Rümpler. 4 fr.

DIE OERTLICHE ANWENDUNG DER ELEKTRICITAET IN BEZUG AUF PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE UND THERAPIE. Mit Zugrundlegung von Duchenne, de l'Électrisation localisée, bearbeitet. (L'emploi local de l'électricité considéré au point de vue de la physiologie, pathologie et thérapeutique. Rédigé en prenant pour base l'ouvrage de *Duchenne* : de l'Électrisation, etc), par *B.-A. Erdmann*. In-8. Leipzig, Barth. 8 fr.

DIE OHRENHEILKUNDE IN DEN JAHREN 1851-1855 (Le traitement des maladies de l'oreille pendant les années 1851 à 1855), par *W. Kramer*. In-8. Berlin, Hirschwald. 2 fr. 75

UEBER DEN ZUSAMMENHANG VON HERZ UND NIERENKRANKHEITEN (Sur les rapports entre les maladies du cœur et des reins), par *L. Traube*. In-8. Berlin, Hirschwald. 2 fr.

DISEASES OF THE HEART, THEIR PATHOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT (Maladies du cœur; leur diagnostic et leur traitement), par *W.-O. Markham*. In-8. Londres, Churchill. 8 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 2 MAI 1856. — N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu l'article 2 du décret organique du 9 mars 1852 ;

Vu la proposition faite par la Faculté de médecine de Paris de transférer le docteur Denonvilliers de la chaire d'anatomie dans la chaire de pathologie chirurgicale actuellement vacante,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Article 1er. M. le docteur DENONVILLIERS est transféré de la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, dans la chaire de pathologie chirurgicale de ladite Faculté.

ART. 2. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 23 avril 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Circulaire aux recteurs, relative aux examens de fin de 1re année et de 2e année, subis avec succès dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Paris, le 18 avril 1856.

Monsieur le recteur, aux termes de ma circulaire du 7 août 1855, les étudiants qui demandent à passer d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie dans une Faculté, pour y continuer leurs études, devraient être astreints, quelles que soient d'ailleurs les épreuves auxquelles ils ont pu satisfaire dans l'École préparatoire d'où ils sortent, à subir devant les Facultés l'examen de la fin de l'année à laquelle les conduit immédiatement le nombre des inscriptions qui leur est accordé. Ainsi, ceux de ces étudiants qui sont admis à la Faculté avec moins de 5 inscriptions devraient, avant de prendre la 5e inscription, subir nécessairement l'examen de la fin de la 1re année ; ceux qui arrivent avec plus de 4, mais moins de 9 inscriptions, ne pourraient prendre la 9e inscription qu'après avoir subi l'examen de la fin de la 2e année ; et enfin, ceux dont la scolarité antérieure est équivalente à plus de 8 et à moins de 13 inscriptions, ne sauraient obtenir la 13e inscription sans avoir satisfait à l'examen de la fin de la 3e année.

Or, prenant en considération la valeur réelle des études faites pendant les deux premières années dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui offrent, surtout sous le rapport des connaissances anatomiques, une préparation sérieuse aux cours de 3e année dans les Facultés ; adoptant d'ailleurs dans toute son étendue le principe qui fait admettre pour toute leur valeur près des Facultés les huit premières inscriptions prises dans les Écoles préparatoires, j'ai décidé que les examens exigés à la fin de la 1re et de la 2e année, dans ces dernières écoles, doivent être regardés comme offrant des garanties suffisantes, et dispenseront des épreuves correspondantes devant les Facultés, pour l'obtention de la 5e ou de la 9e inscription, les jeunes gens qui les auront subies d'une manière satisfaisante. Il est bien entendu que cette décision ne saurait s'étendre aux examens de 3e année, dont le succès, près des Facultés, sera toujours une condition expresse pour être admis à prendre la 13e inscription.

Veuillez donner aux dispositions de cette circulaire toute la publicité désirable, et en assurer l'exécution.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 23 au 30 avril 1856.

27. FRILLEUX, Louis-Émile, né à Rouen (Seine-Inférieure). [*Rupture utéro-vaginale pendant la grossesse et pendant le travail.*]

99. BORCHARD, Marc, né à Schwérin (Mecklembourg). [*Les fièvres sudatoires.*]

100. BENOIT, Ferdinand, né à Saint-Lupicin (Jura). [*Des cas dans lesquels il convient d'employer le forceps.*]

101. CROUZAT, Étienne-Pierre-Antoine, né à Villefranche (Haute-Garonne). [*Étude sur le choléra-morbus épidémique.*]

102. NEVEU-DEROTRIE, Victor-Gilles, né à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*De l'abus des liqueurs alcooliques.*]

103. LEMERCIER, Pierre-Anatole, né à Saint-Romain-de-Colloc (Charente-Inférieure). [*Du choléra épidémique.*]

104. GALLOIS, Auguste-François, né à Rilly-la-Montagne (Marne). [*Du malade.*]

105. FRILLEY, Emmanuel-Gabriel, né à Dôle (Jura). [*Étude sur l'épidémie de scorbut qui a régné dans l'armée expéditionnaire et dans la flotte anglo-française pendant la campagne de Crimée.*]

106. DAQUIN, Henri, né à la Jamaïque (Amérique). [*Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 1er mai 1856.

DE QUELQUES CONQUÊTES DE LA CHIRURGIE RESTAURATRICE.

Plusieurs perfectionnements se sont fait jour tout récemment, non dans les principes, mais dans l'application, de la chirurgie restauratrice. Quoiqu'ils portent sur de simples détails, quoiqu'ils aient trait à des opérations essentiellement distinctes et ne prêtent par conséquent à aucune vue d'ensemble, notre bulletin ne les enregistre pas avec moins d'empressement; car si les uns ont droit à cette mention par leur importance même, il y aurait injustice, pour les autres, à laisser passer l'opportunité qui fait leur principale valeur.

M. Sédillot, dont l'ingénieuse et lucide conception ne cesse de se signaler par d'heureuses innovations partout où l'art cache quelques lacunes, a entrepris de lutter, à son tour, contre l'*encochure* qui déshonore les procédés les plus vantés de restauration du bec-de-lièvre congénital. Mais ce n'est pas, comme MM. Clémot et Malgaigne, en la comblant à l'aide d'un petit lambeau, qu'il prétend corriger cette défectuosité; car elle tient, selon lui, à ce que la lèvre a, par le fait du vice de conformation, perdu une partie de sa hauteur, et c'est cette dimension qu'il s'agit de lui restituer si l'on veut avoir un résultat qui reproduise la configuration naturelle. Le professeur de Strasbourg demande que l'avivement soit fait sur chaque bord par deux sections obliques : la première, *peu oblique* en bas et en dehors, commençant en haut de la fissure et finissant à 1 centimètre du bord libre de la lèvre; la seconde, *très oblique* dans le même sens, commençant où finit la première, se prolongeant plus ou moins loin en dehors et achevant de détacher le lambeau d'avivement (voy. *Gaz. hebd.*, 1856, n° 17, p. 296).

Il n'échappera à personne que ce procédé est conçu dans le même but que celui qui a été décrit par M. Husson fils en 1836, dans sa thèse inaugurale. Ces deux procédés donnent au bord avivé une courbure qui, quelle qu'en soit la direction, et par cela même qu'elle est une courbure, est plus longue que la ligne droite comprise entre les mêmes points extrêmes. Dans les deux cas, en forçant ensuite par la suture ces deux courbes à s'affronter, on réalise pour le bord avivé une hauteur verticale supérieure à celle qu'aurait produite la section rectiligne.

L'idée est juste en théorie. Pratiquement, d'ailleurs, son mérite a été prouvé par les succès que M. Pétrequin a dus à l'application du procédé Husson. Toute la différence entre celui ci et la coupe proposée par M. Sédillot, c'est que la ligne d'avivement représente dans le premier, une concavité, dans le second une convexité, ou, mieux, une ligne brisée à angle saillant en dehors. Avec Husson, les deux bords ravivés constituent deux parenthèses qui se regardent; avec M. Sédillot, ce sont deux angles, deux genoux cagneux (si l'on veut nous permettre cette image triviale) se touchant presque par un point, puis s'écartant l'un de l'autre.

Quelque saisissante pourtant que soit l'analogie du but à remplir, on ne peut oublier que les deux procédés y visent par des voies contraires. Chacun donc doit avoir et ses avantages et ses cas d'application particuliers. Avec la section de M. Sédillot — il faut lui rendre cette justice —, on n'enlève de la lèvre que sa partie amincie, qui est incapable de prendre part à une recomposition où l'épaisseur normale des tissus soit reproduite, et j'ajoute volontiers qu'on enlève toute cette partie. Il ne reste donc plus que des chairs denses et bien nourries, que la structure labiale régulière; et la suture qui les rapproche ne sera pas ensuite rappelée au regard des spectateurs par une dépression linéaire permanente, comme il arrive lorsqu'on a fait porter la réunion sur le bord aminci.

Mais, d'autre part, avant de généraliser ce procédé, nous demanderions à être rassuré sur deux inconvénients que l'induction laisse entrevoir. D'abord, la perte de substance ayant porté en très grande partie sur le bord libre, il faudra employer plus de force pour rapprocher en ce point les lèvres de la plaie; et cette extrémité inférieure sur laquelle agissent de préférence, après l'opération, toutes les causes capables d'occasionner la désunion se trouvera ainsi exposée à se disjoindre, — accident d'autant plus fâcheux qu'il serait plus difficilement réparable, le bistouri ayant emporté d'emblée toute l'étendue de la partie sur laquelle on pourrait compter pour les raccoutrements ultérieurs. En second lieu, supposons que, en dépit du tiraillement continu qui le sollicite à lâcher, le point de suture inférieur ait résisté, que l'union soit définitivement réalisée. N'y a-t-il pas à craindre que la lèvre de nouvelle formation, plus resserrée à son bord libre que dans le reste de sa hauteur, ne donne à l'orifice buccal l'apparence froncée ou tendue de l'ouverture d'une bourse à cordons? Et quand M. Sédillot dit que, chez sa jeune malade, « la bouche est restée petite, régulière, gracieuse », une critique un peu pointilleuse ne pourrait-elle pas objecter que cette réduction, dont l'opérée et l'opérateur semblent ici s'enorgueillir, ne constitue le type normal désirable, ni pour les deux sexes, ni à tous les âges?

Du reste, nous avons précisé les conséquences utiles de ce procédé, et nous ne doutons pas que, appliqué dans une discrète mesure, il ne rende des services dans la majorité des cas; mais, encore une fois, il exige de la part du chirurgien une prudence sans laquelle ses avantages, si on les voulait exagérer, iraient contre le but même qu'on se propose. Sous ce rapport, personne mieux que le très habile professeur de Strasbourg n'était fait pour lui donner par le succès sa première consécration clinique.

Diverses restaurations faciales, faites récemment, soit par M. Jobert, soit par M. Ward à l'hôpital Saint-Barthélemy, fournissent à cette chirurgie spéciale des données instructives sur quelques points où le dogme oscillait encore entre diverses pratiques jusqu'ici appuyées sur des données incomplètes.

Relativement à la formation de la sous-cloison nasale, par exemple, on trouve dans la conduite des deux chirurgiens un accord décisif pour conseiller d'emprunter de préférence cette portion à la lèvre supérieure. Déjà M. Bonnet (de Lyon) avait fait observer à quel point la structure propre, la densité de la lèvre reproduisent les conditions de texture qui distinguent à l'état normal les parois nasales; et, utili-

sant ces remarques, il reconstitua une portion considérable du nez avec un lambeau taillé aux dépens de la lèvre, dont il réunit immédiatement les deux bords.

M. Jobert vient de suivre la même règle en prenant sur la lèvre un lambeau destiné à faire seulement la sous-cloison, chez une jeune fille affectée d'absence congénitale de cette partie. L'Académie a été appelée à juger du succès obtenu par cette opération, fruit de l'induction la plus rationnelle (voir aux *Sociétés savantes*, p. 314).

C'est aussi la lèvre que M. Ward utilise pour fabriquer sa sous-cloison; mais si le procédé est identique, les circonstances où il a été appliqué lui impriment une signification toute différente. C'est après une rhinoplastie indienne que, au lieu de donner au lambeau frontal un appendice destiné à refaire sur l'heure la sous-cloison, il préfère procéder à la formation de cette partie aux dépens de la lèvre, au bout de deux mois, après que l'union du lambeau frontal s'est complétée sur tous les points.

Cette pratique, justifiée d'ailleurs par l'autorité de Liston, Von Ammon, Fergusson, Erichsen, a pour elle trois avantages spéciaux. Le lambeau frontal, n'ayant alors nul besoin d'une aussi grande longueur, ne va plus empiéter sur le cuir chevelu, portant ainsi un bouquet de poils là justement où leur présence est le plus désagréable. Secondement, l'opérateur, qui vient de coudre en place un nouveau nez, n'ayant pas à ménager la cloison, peut, sans gêne et sans crainte, introduire dans le lambeau des bourdonnets ou tout autre corps nécessaire pour lui donner une forme convenable. Enfin, par l'opération qu'on institue aux dépens de la lèvre, on se donne le moyen de remédier en même temps aux défectuosités de cette partie, qui ordinairement coexistent avec la destruction du nez; car le lambeau labial, choisi là où le cas particulier l'indique, retourné, tordu, pivotant, selon le besoin, peut parfaitement remplir le vide qu'offre souvent, en pareille circonstance, l'un des points de l'orifice de la narine.

Disons, d'ailleurs, qu'un succès complet a couronné les patientes et laborieuses manœuvres du chirurgien de Saint-Barthélemy.

Une autre conséquence plus généralement applicable à la bonne apparence des réparations autoplastiques ressort de ces diverses tentatives. On sait que la réduction ultérieure du volume primitif est la pierre d'achoppement des lambeaux transplantés dans un but réparateur. D'abord exubérant, — au point, comme cela arriva à M. Ward, de provoquer les critiques de chirurgiens inexpérimentés, — l'organe nouveau s'affaisse, se contracte et finit par se réduire presque littéralement à rien.

On ne connaît pas encore, dit l'auteur anglais, la cause de cet accident, qui ne frappe point d'une manière égale tous les sujets. Mais le moyen de le prévenir a suggéré des investigations plus fructueuses. Ainsi, il convient d'abord — même en dépit des épigrammes — de tailler un lambeau assez grand pour que, après la réduction, il en reste encore assez pour remplir convenablement l'objet qu'on s'était proposé. C'est ce que font tous les opérateurs judicieux. Nous en voyons un frappant exemple dans la quatrième observation de M. Jobert. A la suite d'un débridement fait pour permettre l'affrontement des deux moitiés labiales, la lèvre inférieure tomba en se renversant, ce qui était fort disgracieux. Mais M. Jobert annonça que ce renversement n'était que momentané et serait progressivement redressé par la cicatrice, et c'est ce qui est effectivement arrivé.

Cette diminution, toutefois, n'est point — du moins généralement — le résultat d'une atrophie essentielle. Elle n'est qu'une conséquence de la grande loi de *rétractilité du tissu inodulaire*. Seulement la rétraction, ici, s'opère sur *toute l'étendue* de la surface saignante, et *dans tous les sens;* de sorte que l'organe, bridé par une cicatrice qui occupe la totalité de sa face profonde, voit, par l'effet des obstacles que cet état apporte à la circulation, sa vitalité entravée en même temps que sa conformation modifiée. De là une cause double, mais simultanée, de réduction de volume.

Telles sont les conséquences de ce que notre cher maître, si compétent en pareille matière, le regrettable Blandin, appelait l'*enroulement* du lambeau autoplastique. Elles aboutissent, comme on le voit, au froncement du lambeau, dont la face cutanée affecte alors une convexité exagérée. Mais ceci, on doit aussi le comprendre, dépend uniquement de ce que la face profonde, saignante, est devenue trop concave; car là est le vrai point de départ, la cause réelle, de la déformation ultérieure.

Pour empêcher ce fâcheux résultat, nous-même, en 1836, nous avions proposé d'unir le lambeau avec les parties voisines, non par ses bords, mais par une portion de sa surface saignante, retournée dans ce but. L'effet consécutif qu'on redoute, disions-nous, se trouverait ainsi prévenu par l'exagération d'une disposition contraire, et la rétraction survenant ensuite inévitablement n'aboutirait qu'à ramener les parties dans la position désirée.

Aujourd'hui l'usage du collodion promet, à moins de frais, un résultat analogue. Si quand vous en avez versé une goutte sur la peau, vous voyez immédiatement celle-ci s'affaisser, ne devinez-vous pas l'effet d'applications semblables, mais répétées, persévérantes, pour prévenir la déformation (*the bulging*) des téguments transplantés? Déjà, de cette manière, MM. Stœber et Batteu ont pu remédier à des entropions même anciens et définitifs. A plus forte raison y trouvera-t-on le moyen de lutter contre une tendance qu'on prévoit, dont on connaît d'avance le siége, qui se réalise sous les yeux du chirurgien. M. Ward dit avoir puisé dans cet agent bien manié le plus utile correctif de cette difformité jusqu'ici rebelle à toute médication. Grâce au collodion, la racine du nez s'est maintenue effilée, les ailes un peu saillantes. Enfin, la conformation normale, gracieuse même, ne serait plus qu'une affaire de goût, entièrement à la disposition du chirurgien, des facultés artistiques duquel il dépendrait désormais de mouler et sculpter ses produits ainsi qu'il lui paraîtrait convenable.

Le dépérissement consécutif du lambeau autoplastique n'est pas seulement une disgrâce insignifiante. Il prend quelquefois, du moins en fait de rhinoplastie, les proportions d'un véritable malheur. Je n'en citerai d'autre preuve que cette véridique histoire racontée par Skey: « J'avais en même temps, dit-il, dans mon service, à l'hôpital Saint-Barthélemy, deux sujets à opérer de rhinoplastie, un homme et une jeune fille. Occupant au même étage deux salles voisines, ils en étaient venus à témoigner beaucoup d'intérêt au cas l'un de l'autre; d'où un peu de *sentiment* (*some sentimentalities*) et une demande en mariage. Sur ces entrefaites, j'exécutai la double opération. Celle de la future réussit à souhait. Chez l'homme, au contraire, la rétraction s'annonça menaçante pour l'intégrité de son nouvel appendice. La jeune personne me prit alors pour confident et me demanda mon avis. Je lui conseillai d'attendre, ce qu'elle fit d'abord patiemment. Mais voyant décroître tous les jours l'organe de son prétendu, elle ne crut vraisemblablement plus le bonheur du ménage

suffisamment assuré, et déclina toute intimité ultérieure. »

Nous devions cette histoire aux chirurgiens capables d'apprécier le *sentiment*.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'herpès (*serpigo*, *Ringwurm*), par M. de Baerensprung. — Analyse détaillée et raisonnée, *avec figures*, par M. Paul Picard.

Suite et fin. — Voir le t. III, n° 17.

Obs. I. — *Herpes vesiculosus* (*H. circinatus*, Willan). Louise B., âgée de cinq ans, porte depuis quinze jours à la joue droite une tache rouge, de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Le milieu est pâle et jaunâtre, mais rude et écailleux; le bord est d'un rouge vif, couvert de petites vésicules, dont une partie a été grattée ; le bord est circulaire et bien limité, les vésicules manquantes sont remplacées par une croûte jaunâtre et fortement adhérente. Aucun symptôme général n'avait précédé ou accompagné cette éruption. *Le microscope fait reconnaître de nombreux cryptogames ramifiés et cloisonnés*, surtout dans les croûtes qui couvraient le bord de la tache. *Une seule* friction, avec la pommade de précipité blanc de mercure (5 grains pour 3 gros d'axonge), suffit pour faire disparaître le mal au bout de huit jours.

Obs. II. — *Herpes papulosus. Lichen circumscriptus et gyratus.* Un jeune ouvrier de seize ans, travaillant dans une fabrique de chicorée, présentoit depuis deux mois une éruption, accompagnée de démangeaisons, qui commença au cou et s'étendit sur tout le dos. On aurait dit qu'on y avait dessiné une carte de géographie avec un crayon. Les lignes qui formaient ces dessins étaient rouges et élevées. En les examinant de plus près, on reconnaissait des élevures papuleuses recouvertes de squames plates. La peau de l'intérieur était rude et écailleuse. Deux médecins avoient caractérisé cette affection, l'un de lèpre vulgaire, l'autre de lichen gyratus. A part les démangeaisons, le jeune homme ne présentait aucun trouble dans sa santé. En regardant ces lignes avec attention, on pouvait se convaincre qu'elles étaient produites par la rencontre ou la fusion de divers arcs de cercle. Elles avaient la forme en rosace, qu'affecte quelquefois le *pityriasis versicolor*. *Les lamelles d'épiderme contenaient des cryptogames très différents de ceux qui sont propres au chloasma, mais identiques avec les cryptogames de l'herpès.*

Obs. III. — *Herpes capillitii, H. tonsurans, Squarus tondens, Porrigo asbestina.* Otto Mainz, six ans, enfant petit pour son âge, mais bien portant du reste. Au commencement du mois de mai, se développa une tache rouge circulaire au côté gauche du front. Cette tache s'agrandit, pâlit au milieu et se changea en anneau couvert de petites vésicules. La tache primitive disparaissait, quand des taches circulaires analogues se développèrent sur le front, le nez et les joues, causant de vives démangeaisons, sans néanmoins altérer la santé générale. Au commencement du mois d'août, tout le front était couvert d'un grand anneau s'étendant en haut, jusqu'à la naissance des cheveux, en bas, jusqu'à la racine du nez, et latéralement jusqu'aux tempes en longeant les bords des sourcils. Un second cercle entourait le nez et les lèvres, atteignant sur les côtés l'os malaire. Un troisième occupait la joue gauche et le haut du cou. Un quatrième entourait l'oreille et la joue droite. Tous les bords de ces anneaux étaient rouges, papuleux, couverts de petites squames. La peau circonscrite était jaune, rude, écailleuse, et en plusieurs endroits on remarquait des lignes rouges et élevées, qui étaient les restes d'anneaux précédemment enveloppés. Près du menton était un cercle d'un pouce de diamètre, présentant tous les caractères d'un herpès circiné bien limité et récent. Enfin, au-dessus de l'oreille droite se trouvait aussi une tache rouge sur laquelle il ne restait que quelques cheveux brisés. Une seconde tache semblable existait à l'occiput. L'enfant avait longtemps fait usage de la solution de Fowler. Les parents, lassés, refusèrent d'employer d'autres médicaments et il fut possible de suivre la marche normale de la maladie. Les anneaux s'étendirent rapidement, se confondirent, se séparèrent en plusieurs parties, laissant derrière eux une surface ronde et écailleuse, sur laquelle n'existait plus de duvet. Au commencement d'octobre, tout le visage avait cet aspect. Une ligne courbe serpentante, reste d'un anneau interrompu, s'étendait de l'oreille droite au menton, en suivant la branche du maxillaire. Les plaques de la tête s'étaient étendues, laissant parfaitement intacts des îlots de cheveux. Elles offraient l'aspect de l'*herpes tonsurans* ou du *porrigo scutulata*.

L'examen microscopique démontra le cryptogame ramifié et cloisonné dans les squames, les cheveux et les restes de poils.

Ce cas montre pas à pas la transformation d'un *herpes circinatus* en *lichen circumscriptus* et *gyratus ;* ensuite en un *porrigo scutulata.* Partout les *mêmes* cryptogames avaient causé ces diverses lésions de l'épiderme et des poils, et ces inflammations variées de la peau et des bulbes pileux.

Obs. IV. — *Herpes pustulosus, Impetigo figurata, Porrigo scutulata.* Louise M....., sept ans. Éruption sur le front, parue il y a quinze jours. Elle forme un ovale régulier qui, par son plus grand diamètre, a entamé les cheveux. La surface en est rouge, papuleuse, squameuse ; le bord est couvert de pustules peu considérables, mais qui se sont enflées et ont atteint la dimension d'un gros pois. Dans les endroits couverts de poils, les pustules étaient traversées par ceux-ci. Des croûtes brunes remplaçaient les pustules ; mais peu de temps après apparaissaient à la portion externe de ces croûtes de nouvelles pustules entourées d'un cercle inflammatoire assez considérable. C'est de cette manière que s'étendait l'éruption. *L'examen microscopique fit reconnaître le trichophyte caractéristique de l'herpès.*

Ce cas est réellement un cas d'*impetigo figurata* avec ces pustules ichoreuses situées à l'extrémité des bulbes pileux, que Willan, Bateman, Underwood, Plumbe, ont souvent observé dans l'herpès tonsurant. Dans plusieurs cas de ce genre rapportés par l'auteur (Obs. 20 et 21 du Mémoire), le résultat obtenu par les frictions avec la pommade au précipité blanc tient du miracle, et contraste singulièrement avec l'inefficacité de moyens internes multipliés et de divers traitements locaux.

Obs. V. — *Herpes furfuraceus. Pityriasis rubra.* X....., âgé de quarante ans, a le dos, le côté et le bas-ventre couverts de taches d'un rouge sale, écailleuses, irrégulières, ressemblant par la forme au pityriasis versicolore, dont elles diffèrent par leur couleur rouge. Elles existent depuis sept ans et ont, dans le temps, causé plus de démangeaisons qu'aujourd'hui. Leur forme et leur étendue ont souvent varié. *L'examen miscroscopique fit reconnaître des sporules cryptogamiques et des filaments un peu plus minces que ceux de l'herpès. Entre ces derniers se trouvaient des filaments plus gros, ramifiés, cloisonnés et ayant un double contour, aspect provenant de ce que chaque cellule élémentaire était double. Les filaments qui se trouvent aussi dans l'herpès circiné sont ceux que Meissner a décrits dans les ongles.*

L'auteur cite encore plusieurs exemples d'*herpès inguinal*, affection connue sous le nom d'*érythème* ou d'*eczéma hémorrhoïdal*. Ce sont des rougeurs de la portion supérieure des cuisses, qui s'étendent sur le scrotum, le bas de la peau du pénis, les environs de l'anus, le mont de Vénus, etc. Cette maladie n'est pas liée à des troubles généraux; elle est entièrement locale; la forme de l'éruption est circulaire et son développement centrifuge ; de plus, elle est contagieuse.

Encouragé par l'action énergique de la pommade au précipité blanc, qui fut héroïque dans cette maladie comme dans les affections herpétiformes, M. de Baerensprung examina au microscope les poils de la vulve et du scrotum, et y trouva le même cryptogame ramifié et cloisonné. Il arriva au même résultat dans les observations qu'il fit des érythèmes et eczéma des filles prostituées, qui sont regardés d'ordinaire comme les suites d'un écoulement âcre. Les mêmes cryptogames peuvent aussi, en se développant sous l'aisselle, faire naître un *pityriasis rubra* ou un *eczema rubrum.*

L'auteur démontre que des filaments cryptogamiques se développent dans une substance cornée sise entre la face interne et le lit de l'ongle ; cette substance est couverte de stries blanchâtres, formées par de nombreux entrecroise-

ments des filaments, qui s'insinuent jusque dans les cellules cornées. Ces filaments sont de deux sortes : les uns minces, allongés et ramifiés, composés de plusieurs éléments, ont un contour peu marqué; les autres, plus courts, non ramifiés, ont un double contour, et renferment des cellules. Ces derniers contiennent des sporules, et pourraient, si leur position le leur permettait, propager la contagion.

Nous donnons ci-après quelques figures où se trouvent représentées celles des dispositions histologiques décrites par l'auteur qu'il nous a paru le plus utile de faire connaître.

Fig. I. — Cheveu et sa racine dans la *teigne*. — *a*, cheveu. — *b*, couche extérieure de l'épiderme. — c, réseau de Malpighi. — *d*, orifice des glandes sébacées. — *e*, pellicule supérieure du cheveu. — *f*, gaine intérieure de la racine. — *h*, racine du cheveu. — *i*, filaments et sporules.

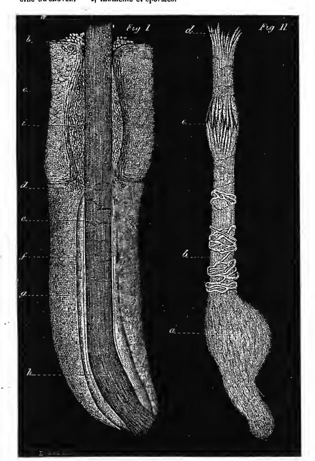


Fig. II. — Cheveu dans l'*herpes tonsurans*, subissant les modifications qui précèdent le développement des cryptogames dans son intérieur. — *a*, portion du cheveu gonflée. — *b*, pellicule extérieure épaissie, fendillée et entourée d'un réseau. — *c*, rupture du cheveu à la suite d'un écartement de ses fibres. — *d*, bout cassé.

Fig. III. — Cheveu de l'*herpes tonsurans*, dont la racine s'est détachée du bulbe et est remplie par de nombreuses sporules (*a*). On voit un faisceau de filaments (*b*), en forme de colliers de perle, remonter dans le tube capillaire.

Fig. IV. — Cheveu de l'*herpes tonsurans* rempli de nombreux trichophytes. — *a a*, endroits de rupture. — *b*, cellules du bulbe. — *c*, filaments cryptogamiques. — *d*, solution de continuité du cheveu. — *f*, filaments qui ont brisé le cheveu et qui portent des sporules.

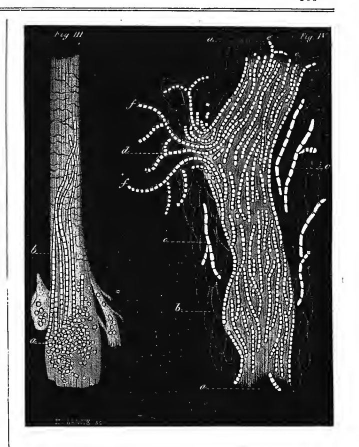
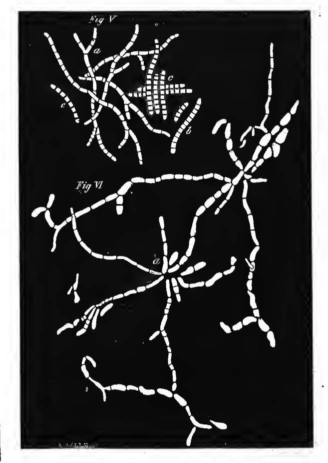


Fig. V. — *Formation cryptogamique de l'herpes circinatus.* — *a*, mycélium articulé et ramifié. — *b*, commencement de la formation de sporules dans un filament non ramifié. — *c*, sporanges formées.

Fig. VI. — *Formation cryptogamique dans l'herpes inguinalis.* — *a*, filaments en forme de guirlandes, se recourbant, se rejoignant et se ramifiant. — *b*, sporules réunies en groupe allongé.



En conséquence de tout ce qui précède, l'auteur propose la classification suivante :

Morphologie de l'herpès.

Synonymie : *Ignis sacer*. (Celse). — *Formica* (Arabes), *Serpigo volatica* (Latins), *Ringworm* (Allemagne).

A. Différences de la forme primitive.

1° Forme *squameuse*. Cette forme apparaît comme : *a* éruption simple, arrondie ou annelée (*herpes squamosus* de Cazenave ; *dartre furfuracée* d'Alibert) ; *b* éruptions multiples irrégulièrement confluentes. (*Pityriasis rubra* de Bateman, *dortre furfuracée* d'Alibert, *herpès furfuracé* de Sauvages).

2° Forme *populeuse* (*lichen herpetiformis* de Devergie).
a Simple, ronde, annelée (*lichen circumscriptus* de Bateman).
b Confluente (*lichen gyratus* de Biett).

3° Forme *vésiculeuse* (*herpes miliaris* de Sauvages, *herpes circinatus* de Willan).

4° Forme *pustuleuse* (*herpes pustulosus*, *crustosus* de Callisen, *Impetigo figurato* de Bateman).

B. Différences de siége.

1° *Sur la tête:* (*Porrigo scutulata* de Willan, *tinea tondens*, de Mahon, *herpes tonsurans* de Cazenave, *teigne amiantocée ex parte* d'Alibert, *tricophyto-alopecia* de Gruby).

2° *A la région inguinale* (*Erythema perineale* de Wilson, *erythema* et *eczema hemorrhoidale* des auteurs, *pityriasis rubra inguinalis* de Devergie.)

3° *Aux ongles* (*ungues herpeticæ*, *onychomycosis*).

Étiologie.

Nous terminerons cette analyse par un exposé des idées de l'auteur sur l'étiologie et le traitement de l'herpès.

M. de Baerensprung se pose les questions suivantes : L'herpès (comme il le comprend) est-il une maladie locale ou générale? Le développement des cryptogames est-il lié à une cause interne? Le traitement intérieur suffit-il? Il croit devoir répondre par la négative.

En effet, l'herpès se produit sans distinction de sexes, de climats, de pays; aussi bien chez les individus sains et robustes que chez les sujets faibles, maladifs, scrofuleux. Il n'est précédé, ni accompagné de troubles généraux : le traitement local réussit promptement et sûrement, sans jamais porter atteinte à la santé générale.

Le mode de développement de l'herpès vient aussi à l'appui de cette opinion. Dans les diverses maladies de la peau qui résultent d'une altération du sang ou d'une affection constitutionnelle (fièvres exanthémateuses contagieuses, syphilis, etc.), dans le *psoriasis guttata* et *annulata*, l'éruption s'étend sur le corps tout entier, attaque plus ou moins les muqueuses, se concentrant, tantôt sur un point plus faible, sur une *pars minoris resistentiæ* (comme dans les formes impétigineuses), tantôt sur un tissu ou un organe particulier (comme l'érysipèle sur les vaisseaux lymphatiques, l'acné sur les glandes sébacées, etc.).

Les maladies de la peau résultant de causes locales, comme l'action trop vive des rayons solaires, l'air vif, les frictions et les emplâtres irritants, la poussière métallique, le froid, etc., etc., qui produisent le plus souvent des érythèmes ou des eczémas, correspondent par leur siége d'ordinaire à l'étendue sur laquelle ont agi les causes irritantes. Les maladies de la peau causées par les végétaux ou animaux parasites, ont ceci de remarquable, que ces êtres organisés s'étendent peu à peu, augmentent avec le temps le foyer du mal, à partir de l'endroit où ils ont été appliqués. Ainsi la gale suit les pérégrinations de l'acarus, le pityriasis s'étend avec la végétation cryptogamique. La peau humaine ne diffère pas en cela des écorces des arbres, ni des surfaces extérieures de certaines pierres, sur lesquelles se développent des cryptogames, des parasites divers. La marche des affections herpétiques a beaucoup de rapport avec ces phénomènes.

On pourrait objecter que les cryptogames peuvent se former par la décomposition de l'épiderme détaché, par la putréfaction de certaines sécrétions morbides de la peau. On reconnaîtra l'insuffisance de cette objection en remarquant que, dans le *pityriasis simplex*, l'eczéma ordinaire, l'*impetigo sparsa*, le psoriasis, le lichen, l'ecthyma, etc., maladies où l'épiderme et les sécrétions sont dans des conditions analogues, la présence des cryptogames n'a jamais été constatée. La transmission des sporules explique la contagion dans l'herpès. MM. Mahon, Bazin, Boeck, ont vu la teigne et l'herpès exister simultanément. M. de Baerensprung fait observer qu'il y a entre les deux espèces de cryptogames des caractères botaniques tranchés ; ainsi, on n'est pas en droit de supposer que le cryptogame de la teigne engendre celui de l'herpès ou réciproquement. Dans ces derniers temps, M. Hebra, ayant vu l'*herpes tonsurans* se développer dans les endroits où les cataplasmes avaient longtemps séjourné, crut que ces trichophytes résultaient des cryptogames qu'on remarque sur les cataplasmes moisis. Il est possible qu'un certain degré d'humidité et de chaleur favorise la formation et le développement des cryptogames de la teigne ou de l'herpès. Mais on n'est pas plus en droit de supposer que l'un engendre l'autre, que d'admettre que le champignon produit la truffe.

En résumé, nous dirons donc : que l'herpès est une maladie *spéciale* et *locale*, indépendante des troubles internes, produite par une espèce particulière de cryptogames, et contagieuse comme toutes les maladies parasitiques.

Traitement.

La maladie reconnue comme locale et parasitique, le traitement se trouve simplifié. Bateman raconte qu'en Angleterre, on barbouille les herpétiques avec de l'encre. M. Hebra recommande les frictions avec le savon noir, qui contient beaucoup de potasse libre. En général, tous les sels métalliques, les solutions de sels de cuivre, de zinc, de fer, de borax ou d'alun, peuvent réussir. M. de Baerensprung a traité toutes les formes herpétiques qu'il décrit, et les a guéries vite et bien, au moyen de compresses imbibées de solution de Fowler, mais surtout avec la solution de bichlorure de mercure. Dans le chloasma, il est bon, avant d'avoir recours à cette solution, d'enlever l'épiderme qui est très dur (ce qui n'est pas le cas dans l'herpès), au moyen de savon frotté avec force. L'épilation, recommandée par M. Bazin, n'est pas indispensable dans l'herpès; elle se fait d'elle-même. Néanmoins, M. de Baerensprung s'est servi avec avantage des calottes de poix pour dénuder le crâne et agir plus directement sur la peau. Il est plus convenable d'employer la pommade de bichlorure de mercure que la solution. L'onguent gris a l'inconvénient de faire naître un eczéma mercuriel au lieu d'un herpès. Le bichlorure est donc le meilleur procédé. Pour réussir dans les cas d'herpès opiniâtre, et surtout de formes qui attaquent le cuir chevelu, les organes génitaux et les alentours de l'anus, il sera bon de faire laver les parties malades tous les jours avec du savon, et puis d'y frotter une pommade d'*hydrargyrum amidato-bichloratum* de 10 à 25 centigr. pour 4 grammes

d'axonge. C'est quand les poils repoussent, et quand l'épiderme se reforme, qu'on est assuré de la complète guérison.

P. S. Ce travail était terminé, quand nous avons lu dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 21 mars, l'article de M. Devergie sur le *pityriasis pilaris*. Nous pensons que cette affection cutanée offre beaucoup d'analogie avec les formes herpétiques décrites par M. de Baerensprung. Il est à regretter que l'éminent dermatologiste de Saint-Louis n'ait pas cru, dans cette circonstance, devoir employer le secours du microscope. M. Devergie semble dédaigner encore, malgré les travaux de M. Startin (publiés, dès 1853, dans le *Medical Times*), ceux de MM. Gudden et Kuchenmeister, les idées sur la nature parasite du *pityriasis versicolor*. Nous pensons que le *pityriasis pilaris* est aussi une maladie locale parasite, et cela parce que le chlorure de zinc a seul réussi, après que divers traitements internes étaient restés sans effet et parce que le siége de la maladie semble être dans les bulbes pileux et leurs alentours.

C'est dans les affections cutanées où la connaissance exacte du siége de l'altération, et l'étude minutieuse des produits morbides ont une valeur si grande, qu'on devrait le moins s'attendre à voir dédaigner l'emploi des verres grossissants (1).

Ce dédain ou cette indifférence pour un aussi puissant moyen d'investigation ne sauraient plus longtemps avoir cours en France, si nous ne voulons rester en arrière des découvertes les plus intéressantes pour la science et pour l'art de guérir. Du reste, les résultats obtenus par M. de Baerensprung sont à cet égard plus concluants que tous les raisonnements.

Espérons que le temps n'est pas loin où l'on reconnaîtra généralement dans notre pays, que le microscope est, pour le clinicien, un instrument tout aussi indispensable, comme moyen de diagnostic, que le plessimètre ou le stéthoscope.

(1) Les recherches micrographiques sont aisées dans les maladies de la peau. On prend, à cet effet, des lamelles squameuses épidermiques, les croûtes desséchées (dont le côté le plus éloigné du point de départ de l'affection herpétique contient le plus grand nombre de jeunes cryptogames), les poils et surtout ceux qui sont brisés. Si cela ne suffit pas, on peut soulever l'épiderme par de petits vésicatoires. Ces produits sont mis sur le porte-objet et là imbibés d'acide acétique concentré ou de potasse caustique pour les rendre transparents. On regardera d'abord avec des grossissements faibles, et puis on en prendra graduellement de plus forts en ayant soin de regarder le même objet avec divers grossissements. Ceux de 300 diamètres suffisent parfaitement dans le plus grand nombre des cas.

III.

REVUE CLINIQUE.

OBSERVATION D'ALBUMINURIE GUÉRIE PAR LES PURGATIFS, LES RÉVULSIFS LOCAUX ET LES VENTOUSES SCARIFIÉES, recueillie à la Clinique médicale de Strasbourg, dans le service de M. le professeur Schützenberger, par M. Gustave LÉVY, aide de clinique.

OBS. — Maugenot (Xavier), âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution primitivement bonne, d'un tempérament nerveux, entre à la Clinique médicale de la Faculté le 24 septembre 1855. Il dit n'avoir jamais été gravement malade ; il raconte qu'il a eu plusieurs fois la fièvre intermittente, et qu'elle n'a plus reparu depuis seize ans. Il se sent indisposé depuis plusieurs mois. Depuis cette époque, il éprouve de la faiblesse dans les membres, des douleurs dans la région des reins, un peu de dyspnée, et quelques accès de toux, principalement le matin. Un mois avant d'entrer dans le service, il fut tourmenté par un rhume très intense, accompagné d'une expectoration muqueuse ; puis il vit ses jambes s'enfler légèrement, surtout quand il était levé. L'œdème s'étendit successivement à la jambe et aux parties génitales, en même temps que la quantité des urines diminua d'une manière notable. Un purgatif et des tisanes diurétiques firent diminuer l'enflure, sans augmenter toutefois la sécrétion urinaire. Aussi l'enflure augmenta-t-elle bientôt, et le malade ressentit une douleur pongitive dans le côté droit de la poitrine. La faiblesse persistait, la dyspnée était assez intense, ainsi que la toux, qu'accompagnait une expectoration abondante. L'appétit était conservé ; le malade était constipé.

État actuel. — Teint pâle, bouffissure de la face, manifeste surtout autour des yeux. Main et avant-bras gauches fortement gonflés jusqu'au-dessus du coude; il en est de même de la verge, du scrotum et des membres inférieurs jusqu'au-dessus du pli de l'aine. L'examen de la poitrine révèle tous les signes d'un double épanchement pleurétique : matité, souffle intense avec égophonie très marquée. La dyspnée est considérable, la toux peu fréquente. La cavité péritonéale contient assez de liquide pour permettre de sentir la fluctuation.

Langue bonne, appétit conservé, constipation. Les urines sont rares, foncées en couleur, et donnent un précipité caillebotté par l'acide nitrique et la chaleur. (Eau laxative de Vienne, 120 grammes.)

Tableau des analyses de l'urine, du 27 décembre 1855 au 20 février 1856, jour de la sortie du malade.

DATE.	QUANT. d'urine en 24 h.	DENSITÉ à 15°.	RÉACT.	QUANTITÉ PROPORT. p. 1000 cent. cub. de			QUANTITÉ TOTALE p. 24 h. de		
				Albumine.	Urée.	Chlorure sodique.	Albumine.	Urée.	Chlorure sodique.
1855	c. cub.			gr.					
27 déc.	320	1036	Acide. .	38,00	36,87	2,37	11,16	11,79	0,75
28 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»
29 »	360	1026	Acide. .	15,85	31,00	3,60	5,68	11,16	1,39
30 »(1)	520	1024,5	Acide. .	10,50	27,50	4,40	5,46	14,30	2,28
1856									
1er janv.	640	1023	Acide. .	20,60	24,30	4,20	13,18	15,55	2,68
2 »	760	1023,5	Acide. .	11,52	24,20	3,50	8,75	18,39	2,66
6 »	780	1020,5	Acide .	3,02	18,90	2,10	2,35	14,74	1,63
7 »	980	1020,7	Acide. .	4,80	13,20	2,30	4,70	12,93	2,25
8 »	820	1021	Acide. .	5,80	20,70	5,10	4,75	16,07	4,18
9 »	1300	1016,8	Alcaline	1,80	14,70	5,10	2,34	19,11	6,63
10 »	1540	1016,8	Neutre .	0,39	13,50	5,30	0,60	20,79	8,16
11 »	1540	1014	Alcaline	0,39	8,90	5,30	0,60	13,68	8,16
12 »	3040	1011	Alcaline	0,46	9,10	4,20	1,39	27,66	12,76

Marche de la maladie. — Prescriptions.

Le 27 décembre, le purgatif a diminué l'œdème des membres ; les urines sont troubles et foncées en couleur. (Seize ventouses scarifiées et sèches dans les régions rénales; limonade.)

Le 28, on applique huit ventouses sèches, et l'on administre 120 grammes d'eau laxative de Vienne, qui amène sept garde-robes liquides.

Depuis cette époque jusqu'au 15 janvier, on applique un grand nombre de ventouses sèches ou scarifiées, et l'on répète deux fois l'emploi de l'eau laxative.

Le 15, on note l'existence d'une dyspnée intense, datant déjà de plusieurs nuits. L'épanchement pleurétique occupe tout le côté gauche et la plus grande partie du côté droit. (Eau laxative, 120 grammes ; vésicatoire au niveau du sternum.)

Le 16, point de côté et souffle toujours très intenses à gauche. (Vésicatoire volant à droite ; à plusieurs reprises, ventouses dans la journée.)

Le 17, moins de dyspnée, mêmes signes physiques. (Ventouses scarifiées, 8 ; sèches, huit.)

Le 18, l'œdème des membres inférieurs a disparu. Égophonie marquée, surtout à gauche. (Eau laxative, 120 grammes.)

(1) Ce jour-là l'on a constaté l'absence du pus dans les urines.

Le 25 et le 26, nouveaux vésicatoires sur le thorax.

Le 28, du côté droit, la sonorité revient; à gauche, le souffle est moins distinct. (Infusion diurétique simple.)

Le 8 février, la sonorité revient en arrière, et le murmure vésiculaire s'entend. (Fer réduit par l'hydrogène, 0gr.,20; infusion diurétique)

Depuis ce jour, le malade marche vers une pleine convalescence. Aujourd'hui 20 février, l'épanchement est complétement résorbé, et le visage du malade, légèrement coloré, annonce la guérison, que confirme une nouvelle et dernière analyse des urines.

—Les cas où l'on trouve du sang dans les urines sont nombreux. Des albuminuries aiguës peuvent être la suite de phlegmasies variées, de fièvre typhoïde, de scarlatine, etc. Dans ces cas, la guérison n'est pas très difficile; aussi n'en parlerons-nous pas. Quant aux autres maladies de Bright, M. le professeur Schützenberger, qui a fait de cette observation le sujet de remarques cliniques, les distingue, sous le rapport de la curabilité, en trois catégories :

1° Il est des maladies de Bright devenues incurables : ce sont celles qui, datant de plusieurs années, ont amené une atrophie des reins. Notre impuissance contre cet état s'explique par la gravité de la lésion anatomique. Il nous faudrait, pour en obtenir la guérison, restituer aux organes sécréteurs de l'urine leur texture normale. Or, cela est impossible dans l'état actuel de nos connaissances.

2° Il en est d'autres dont la curabilité est douteuse : ce sont celles dont la durée, quoique moindre que celle des précédentes, a cependant suffi pour amener l'obstruction plus ou moins complète des canaux urinifères par un exsudat fibrino-albumineux et la dégénérescence graisseuse. Ces albuminuries datent ordinairement de plusieurs mois. Très fréquemment, cependant, on voit, dans ces conditions, des portions de rein fonctionner assez pour que l'hydropisie disparaisse, et que le médecin puisse ainsi espérer la guérison. Toutefois, dans ces cas, les urines contiennent toujours de l'albumine, et présentent une diminution dans la quantité normale d'urée; il il en résulte que les malades sont exposés à d'incessantes rechutes.

3° Il en est enfin qui sont susceptibles de guérir : ce sont les maladies de Bright récentes; et la guérison en est d'autant plus probable qu'elles sont moins anciennes. Or, la maladie dont nous venons de retracer l'histoire peut être rangée dans cette dernière catégorie. Il est évident pour nous qu'à l'hypérémie rénale s'était déjà associé un travail d'exsudation plastique, et peut-être même un commencement de dégénérescence graisseuse; car le teint du malade, son malaise général, cette toux qu'il fait remonter à un mois, si ce n'est plus, avant son entrée à la clinique, tout annonçait en lui une altération profonde, chronique, que durent confirmer plus tard des accidents redoutables du côté des organes de la respiration.

Cette observation ne manque pas d'intérêt; car les exemples d'albuminurie guérie, lors même que l'affection a été traitée de bonne heure, sont très rares; et d'ailleurs, cette guérison peut être considérée comme complète, puisqu'elle coïncide avec une composition normale de l'urine, scrupuleusement constatée par les savantes analyses que nous devons à l'obligeance de M. Hepp, pharmacien en chef de notre hôpital.

Les moyens qui ont été employés sont loin d'être des nouveautés thérapeutiques : l'eau laxative de Vienne, dont nous rapportons la composition plus bas, agit en attirant vers la muqueuse intestinale la sérosité qui infiltre les tissus et gêne les fonctions des organes. Les ventouses sèches et scarifiées sont dirigées contre l'hypérémie des reins.

Il est arrivé maintes fois, nous ne l'ignorons pas, qu'après avoir observé une guérison complète, on a vu se reproduire la maladie avec une intensité nouvelle; mais il est naturel de se demander si, dans tous les cas, les analyses d'urine ont toujours été faites, et surtout si elles ont été faites exactement.

Dans le cas actuel, les analyses constatant l'absence d'albumine dans les urines nous donnent au moins une solide garantie, sinon la certitude d'une guérison radicale. C'est surtout en nous démontrant la corrélation permanente qui existe entre l'albumine et l'urée, que ces analyses ont de la valeur; car, en parcourant les chiffres qu'elles nous ont fournis, on voit que notre malade se trouve à l'abri des accidents si terribles qu'entraîne l'intoxication *uroémique*.

Pour assurer et consolider la guérison du malade, on lui procurera une hygiène convenable; on cherchera surtout à reconstituer, par une alimentation assez abondante, aidée de quelques toniques, son organisme épuisé par la perte considérable qu'il a faite d'un des principes les plus nécessaires à son entretien.

N. B. *Infusum laxativum Viennense* (*aqua laxativa Viennensis*) :

Pr. Folior. sennæ	15,00 grammes.
Passul. minor.	15,00
Radic. polypodii	1,00
Semin. coriandri	0,50
Bitartr. potassici	2,00
Infunde cum aquæ fervidæ q. s.	
In colaturæ	100,00
Solve mannæ sicilianæ	30,00

Colet. denuo (*Pharmacopœa Nosocomiorum civilium Argentinensium.*)

IV.

CORRESPONDANCE.

Hernie ombilicale des enfants. — Application du collodion.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur et très honoré confrère,

Veuillez m'accorder place dans vos colonnes pour l'insertion d'un fait que je crois nouveau et capable d'amener une réforme utile dans le traitement d'une affection à la vérité peu compromettante pour la vie, mais qui n'en exige pas moins l'intervention du chirurgien; affection sur le traitement de laquelle deux méthodes opposées sont en présence. Je veux parler de la *hernie ombilicale des enfants à la mamelle.*

Obs. — L'observation dont je vais vous transmettre le résumé a été prise sur ma propre enfant, petite fille âgée aujourd'hui de près de six mois, qui d'ailleurs a toujours joui d'un brillante santé et d'un très bel embonpoint.

A sa naissance, le cordon fut lié avec toutes les précautions d'usage. Rien d'important ne se manifesta du côté de l'ombilic. Le cordon sécha et se détacha dans le temps ordinaire. Après la chute du cordon, la petite plaie fut pansée avec soin, et une légère compression fut exercée; la cicatrisation se fit bien.

A six semaines jour pour jour (le 2 décembre 1855), l'enfant rentra de la promenade après avoir crié plus qu'à l'ordinaire. En la déshabillant

pour lui donner un bain, on s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur au nombril.

Cette tumeur, grosse comme une noisette, parfaitement réductible, n'était autre chose qu'une hernie ombilicale.

Grande fut ma perplexité. A quel mode de traitement recourir? A la compression ou à la ligature? L'admirable plaidoyer de Bichat en faveur de cette dernière méthode fut sur le point de me déterminer; mais au moment d'agir je reculai, et je m'en tins à la compression.

J'exerçai cette compression le plus méthodiquement que je pus; j'y mis le plus grand soin. Néanmoins, à chaque changement de langes, je trouvais mon bandage déplacé. Rebuté d'un traitement si incomplet, si infidèle, et pensant, du reste, qu'*il n'est peut-être pas sans inconvénient de comprimer plusieurs mois durant l'abdomen et le bassin d'un enfant;* n'osant pas, d'un autre côté, recourir à la ligature, dont les avantages sont balancés par tant de dangers, j'essayai *de comprimer seulement l'ombilic et son pourtour.* J'employai, à cet effet, une petite pelote maintenue d'abord par du taffetas d'Angleterre, puis par du sparadrap de diachylon. Ces substances irritèrent la peau si délicate de l'enfant, au point de me faire craindre un érysipèle.

Dans cette détresse, l'idée me vint de recourir au *collodion*, qui par ses propriétés me semblait devoir remplir la double indication de comprimer la hernie et de *resserrer mécaniquement le pourtour de l'anneau ombilical.*

Cette manière de voir me réussit de point en point.

En effet, la première application de collodion eut lieu le 16 décembre 1855, et dès la fin du mois de janvier la hernie se maintenait réduite lorsque le collodion tombait. La guérison paraissait dès lors obtenue, mais par surcroît de précaution les mêmes soins furent continués jusqu'à la fin de février. Depuis cette époque, à partir de laquelle j'ai cessé tout traitement, la guérison persiste. La cicatrice ombilicale est enfoncée, solide, et même pendant les cris et les efforts la hernie ne paraît pas vouloir se reproduire.

Je crains d'être indiscret, monsieur le rédacteur, et d'abuser de votre obligeance. Mais je ne puis me dispenser d'insister sur quelques détails dont l'omission pourrait compromettre le succès du traitement.

Ainsi, toute espèce de collodion ne remplit pas également bien le but. Il faut du *collodion* PUR, qui sèche vite et se rétracte fortement (celui qui contient de l'huile de ricin et de la térébenthine est trop flexible). *Il est inutile de réduire la hernie: le topique, en séchant, la fait rentrer et la maintient.* Il faut l'appliquer sur la tumeur même et tout autour, de façon à faire une plaque de la largeur environ d'une pièce de 5 francs.

Si l'on s'aperçoit que la peau soit trop ridée autour de cette plaque et qu'elle devienne rouge, on remédie à ce petit inconvénient en enduisant la peau d'une couche légère de cérat, ou mieux de glycérine. Sous l'influence des corps gras, le pourtour de la plaque se décolle et toute rougeur disparaît.

Le collodion ainsi appliqué reste en place sept ou huit jours. Il se détache peu à peu de la circonférence au centre, et finit par tomber. Il n'y a alors qu'à renouveler le pansement. Rien de plus facile à surveiller, rien de plus simple à exécuter. C'est un soin dont la mère ou la nourrice peut parfaitement s'acquitter elle-même. — La présence du collodion ne gêne en rien l'usage des bains et des lotions hygiéniques que réclame la santé de l'enfant.

Voici enfin un petit détail qui ne manque pas d'utilité. Il ne faut pas faire grande provision de collodion, car en vieillissant cette substance perd ses propriétés. Elle devient moins adhésive, moins résistante, et ne conserve plus en séchant sa transparence.

S'il est permis de tirer des inductions d'un fait unique, mais bien observé, je dirai que la compression exercée au moyen du collodion me paraît digne de remplacer à l'avenir les bandages et la ligature dans le traitement de la hernie ombilicale des enfants à la mamelle. Faut-il rappeler ici les inconvénients du bandage, que Bichat a si bien fait ressortir? Le bandage se salit, il est sujet à s'imbiber d'urine par son contact avec les autres pièces du vêtement, et il entretient ainsi autour du corps de l'enfant une humidité nuisible; il ne reste presque jamais en place, et s'il se maintient, la pelote, en pénétrant dans l'anneau ombilical, l'empêche de revenir sur lui-même. Quant à la ligature, tant préconisée par Bichat, elle peut être l'occasion d'accidents formidables, et du reste elle ne suffit pas : elle ne peut guérir qu'avec l'aide d'une compression consécutive de plusieurs mois.

A lui seul, le collodion réunit les avantages des deux méthodes, sans en avoir les inconvénients. Il fait rentrer la hernie et la maintient réduite; il resserre, il fronce les bords de l'anneau ombilical, et favorise ainsi la tendance naturelle de cet anneau à se rétracter. Remplissant toutes les indications, facile à surveiller et à exécuter en toute circonstance et sans le secours d'un homme de l'art, peu coûteux, n'occasionnant aucune gêne, aucune douleur à l'enfant, ce procédé mérite d'être expérimenté. J'ai donc cru devoir en faire part aux praticiens, et je ne puis mieux le leur présenter que sous le patronage de votre honorable journal.

Veuillez agréer, etc.

D^r DE MAHY.

Grand Saconnex, près Genève, 5 avril 1856.

— Nous ne connaissons pas d'exemple de traitement et surtout de guérison de hernie ombilicale par l'application du collodion. L'observation est donc très digne d'intérêt. Il arrive souvent, il est vrai, que, chez le nouveau-né, ce genre de hernie disparaît sans traitement aucun, par suite du resserrement spontané de l'ombilic, et il convient peut-être de ne pas se prononcer d'après un seul fait. On remarquera néanmoins ici la grande rapidité de la guérison à partir du moment où le collodion a été appliqué. (*Note de la Rédaction.*)

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

CHIRURGIE. — *Sur un nouveau procédé opératoire qui simplifie les cas graves de paraphimosis.* (Extrait d'une lettre de M. MALGAIGNE.) — « ...Pour cet étranglement, comme pour les étranglements herniaires, on cherche d'abord à opérer la réduction, et l'on y réussit le plus souvent. Mais quand la réduction est impossible, on conseille alors, de même que dans les étranglements herniaires, de diviser la bride qui étrangle, et au besoin de répéter cette section sur deux ou trois points. Or on diminue bien ainsi les accidents de l'étranglement, mais la réduction n'en demeure pas moins impossible; du moins, pour mon compte, je ne l'ai jamais vu obtenir après une semblable opération. Quelle est la raison de cet insuccès? C'est que l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, quelquefois même la gangrène des parties qu'il étrangle, commence par épaissir le tissu cellulaire sous-jacent, et par organiser des adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. Le débridement, même répété, ne détruit pas ces adhérences, et ne suffit pas dès lors à la réduction; tandis que la destruction de ces adhérences, même sans débridement, suffit pour permettre de ramener les parties à leur place.

» Ainsi, l'étude de l'affection m'a conduit à distinguer un élément nouveau, laissé jusqu'à présent dans l'ombre; la constatation de cet élément entraînait une indication nouvelle; et voici maintenant comment j'ai rempli cette indication.

» Un jeune homme est entré dans mon service le 11 de ce mois pour un paraphimosis datant de cinq jours; et déjà on voyait sur le dos du pénis une ulcération superficielle embrassant plus de la moitié de la circonférence de l'organe. Les internes essayèrent vainement la réduction; le lendemain, à la visite, je ne fus pas plus heureux; les adhérences des téguments avec les corps caverneux y opposaient un obstacle insurmontable. Je glissai à plat, entre les téguments et les corps caverneux, un bistouri étroit, à l'aide duquel je divisai ces adhérences dans l'étendue de 1 centimètre Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné, pour compléter la division des adhérences dans toute leur étendue; et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain, l'engorgement du prépuce avait diminué; le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée, et l'opéré est sorti

le 20 avril, guéri déjà depuis plusieurs jours, et sans avoir éprouvé aucune espèce d'accident. »

Histoire naturelle médicale. — M. Hutin, médecin en chef des Invalides, envoie plusieurs *nids d'hirondelle salangane*, recueillis, il y a cinq ans dans une grotte des environs de Java, par le voyageur qui lui en a fait don.

« Les habitants du pays, dit M. Hutin, pensent généralement que les salanganes composent ces nids avec du frai de poisson, et que l'opinion des personnes qui en regardent la matière comme le produit d'une sécrétion particulière à ces petits oiseaux, est due à ce que l'on voit des fils de cette substance visqueuse pendre souvent de leurs becs à l'époque où ils la ramassent pour s'en servir. Il paraît que chaque nid reçoit habituellement deux œufs seulement. » (*Commissaires :* MM. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Payen et Montagne.)

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 AVRIL 1856.

Des quatre malades présentés par M. Jobert à l'Académie dans la séance du 22 avril, il en est deux dont nous croyons devoir donner l'observation détaillée, l'opération qu'ils ont subie étant l'objet d'une appréciation à l'article premier-Paris (voy. p. 306).

Obs. I. — Au n° 16 de la salle Saint-Maurice, est couchée une jeune fille, nommée Bartrand (Elisabeth), lingère, rue du Figuier-Saint-Paul, 1, âgée de dix-huit ans, fortement constituée, qui est entrée à l'hôpital pour se faire réparer la pointe du nez, divisée congénitalement, avec absence totale de sous-cloison.

Pour guérir cette difformité, M. Jobert taille, le 17 décembre 1855, un lambeau qui comprend toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, et dont l'extrémité inférieure est formée par le mamelon de la partie moyenne de la lèvre. Puis il avive les bords de la solution de continuité de la pointe du nez, ainsi que le bord antérieur de la cloison des fosses nasales. Il avive également la face cutanée du lambeau au niveau de la rigole qui le parcourt.

Maintenant, il ne s'agit plus que de réunir les surfaces saignantes.

Et d'abord les deux moitiés de la lèvre supérieure divisée pour fournir le lambeau sont mises au contact, et la suture entortillée pratiquée pour les y maintenir.

Le lambeau est ensuite relevé, il pivote sur son pédicule, sa face cutanée est tournée vers la cloison des fosses nasales, pendant que ses bords sont maintenus adhérents avec les parties correspondantes du lobe du nez par des points de suture.

Au troisième jour, les épingles sont retirées, et le bec-de-lièvre artificiel produit par l'opération ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice linéaire. Les fils qui maintiennent le lambeau sont coupés au cinquième jour ; une suppuration peu abondante, mais louable, s'écoule des surfaces avivées; la réunion paraît complète.

Elle n'a fait que s'affermir depuis cette époque.

Obs. II. — Il s'agit d'un jeune homme, digne, à plusieurs égards, du plus grand intérêt : c'est un jeune soldat blessé à l'assaut de la tour Malakoff, par un éclat d'obus qui l'avait frappé en plein visage. Le projectile avait produit de grands délabrements. La lèvre supérieure et la sous-cloison des fosses nasales avaient été détruites dans une grande partie de leur étendue ; le maxillaire supérieur lui-même avait perdu toute la partie antérieure de son bord alvéolaire et les dents qu'il soutient. Il était donc résulté de tout cela une sorte de bec-de-lièvre accidentel, compliqué de la destruction partielle du maxillaire supérieur.

A la suite d'une première opération, dont le résultat fut incomplet, la sous-cloison qui, depuis l'accident, flottait librement sous le nez, adhéra définitivement à un des côtés de la lèvre supérieure ravivée.

Pour que le résultat fût avantageux, il fallait que les deux moitiés de la lèvre fussent de nouveau réunies. Là était la difficulté, la perte de substance de la lèvre ayant été très considérable et le tiraillement devant être extrême après la suture.

L'opération a consisté :

1° En un avivement de toutes les surfaces qui devaient être mises en rapport ;

2° En deux débridements ~~verticaux~~ pratiqués sur la joue, à quelque distance de la suture, et destinés à relâcher un peu cette dernière ;

3° Enfin en débridements portant sur les deux commissures labiales.

A la suite de ce dernier débridement, la lèvre inférieure tomba en se renversant, ce qui était fort disgracieux, mais M. Jobert annonça que ce renversement n'était que momentané et serait progressivement redressé par la cicatrice : c'est ce qui est arrivé.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Rérolle*, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement thermal pendant l'année 1854. *b*. Un rapport de M. le docteur *Niepce*, sur le service médical des eaux d'Allevard (Isère) pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Orne, de la Moselle, de la Vienne et de l'Allier, en 1855. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Lecadre*, du Havre, sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans cet arrondissement. — *e*. Un rapport de M. le docteur *Lespès*, de Saint-Sever, sur une épidémie qui a régné dans la commune de Peyrehorade, en 1855. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Henlhard-d'Arcy*, de Clamecy, sur une épidémie d'angine couenneuse dans les communes de Cervon, Brassy et Lormes, en 1855 et 1856. (*Commission des épidémies*) — *g*. Une note sur une épidémie de suette, de choléra, de fièvre algide pernicieuse, par M. le docteur *Laviel*, de Peyrehorade. (*Commission du choléra de 1854.*) — *h*. Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. *Pidoux*, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de M. *Barthez*, qui se porte candidat dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une ophthalmoscope, construit d'après les indications de M. Desmarres, par M. *Charrière* fils. (*Comm.:* MM. Poiseuille, Velpeau et Larrey.) — *c*. Une note de MM. les docteurs *Mannoury*, de Chartres, et *Pichot*, de la Loupe, sur une éruption vaccinale trouvée sur les mains d'un maréchal-ferrant, suivie des expériences d'inoculation qu'ils ont pratiquées. (*Commission de vaccine.*) — *d*. Un mémoire sur l'orthopédie physiologique de la main, par M. le docteur *Duchenne*, de Boulogne. (*Comm.:* MM. Bérard et Bouvier.) — *e*. Un mémoire sur le *Mytilus edulis* (moule commune) et sur son emploi dans les affections des voies respiratoires, pulmonaires, etc., par M. *L. Foucher*, pharmacien à Orléans. (*Comm.:* MM. Boudet, Blache et Bouilland.) — *f*. Un paquet cacheté de M. le docteur *O'Orke*, concernant l'étude chimique, physiologique et thérapeutique de la racine de kawakawa. (*Accepté.*)

Lectures et Mémoires.

Pathologie. — M. le docteur *Ménière* lit une *note sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale.* — L'auteur n'attache qu'une importance très secondaire aux impressions morales vives et aux accidents physiques survenus pendant la grossesse, auxquels le vulgaire attribue pourtant le rôle principal et la plus large part dans l'étiologie de la surdi-mutité congénitale. Comment, en effet, ces causes porteraient-elles plus spécialement leur action sur l'organe de l'ouïe ?

L'hérédité, si longtemps contestée, a trouvé gain de cause devant une statistique plus sévère et des faits mieux observés : pourtant, il faut dire que les observations d'enfants sourds-muets nés de parents sourds-muets aussi, sont fort rares.

Des accidents cérébraux survenus chez le fœtus pendant la vie intra-utérine, peuvent, sans doute, provoquer la surdité congénitale : de rares observations permettent de hasarder cette hypothèse plutôt qu'elles ne la confirment.

Cependant le médecin sera autorisé à faire remonter la surdi-mutité à cette origine, quand une grossesse aura été troublée par des accidents graves, quand les mouvements du fœtus, jusque-là réguliers, auront offert tout à coup des variations considérables, ou même auront cessé pendant un temps assez long.

Mais les causes les plus fréquentes, les plus incontestables de cette déplorable infirmité, ce sont toutes les conditions susceptibles de détériorer, de dégrader l'homme ou plutôt l'espèce humaine.

Laissant de côté les considérations si étendues qui se rattachent à l'influence des climats, de la nourriture, de l'éducation physique et morale et de l'organisation sociale, M. Ménière interroge la statistique, et cherche quels sont, en Europe, les peuples qui comptent le plus grand nombre de sourds-muets.

Il ressort des documents officiels un fait général, à savoir, que le nombre des sourds-muets varie beaucoup dans chaque pays, que tantôt on en compte 1 sur 3,000 individus, tantôt 1 sur 2,000, tandis que certaines localités en comptent 1 sur 200 et même davantage.

Tout en admettant des réserves à propos de la confusion qui a

pu être faite parfois entre les idiots et les sourds-muets, l'auteur attribue à des causes locales un partage aussi malheureux. Il fait remarquer que les régions si tristement privilégiées sont aussi celles où l'on trouve le plus de crétins.

M. Ménière essaie de remonter à la vraie source de cette calamité publique, et il est conduit à chercher la détermination des causes générales qui exercent une influence fâcheuse sur l'organisme humain.

Parmi ces causes, il en est une à ses yeux qui joue un rôle important : c'est le mariage entre parents, la consanguinité des deux époux. L'Eglise avait si bien compris les inconvénients attachés à ces sortes d'unions, que dans l'intérêt de l'espèce humaine, elle refusa longtemps sa consécration à des mariages contractés entre parents à un degré quelconque. Elle a relâché de cette règle sévère et sage, aujourd'hui qu'elle est obligée de ratifier ce que l'état civil a permis. L'auteur regrette les conséquences de cette liberté, car là se trouve, suivant lui, la principale cause de la détérioration des races; tandis que le croisement est la condition première du perfectionnement, non-seulement des espèces, mais encore des familles et des individus. Le mariage entre consanguins ne se rencontre jamais plus fréquemment que dans les localités où naissent les sourds-muets en plus grand nombre. C'est au sein des populations isolées, où depuis longtemps toutes les familles sont alliées, comme dans le canton de Berne par exemple, que l'on observe dans toute sa laideur la dégradation de l'espèce, l'abâtardissement de la race : là règnent le crétinisme, l'idiotie, la surdi-mutité de naissance.

Comment la surdi-mutité congénitale peut-elle être considérée comme une preuve de la dégénérescence du produit de ces unions? On peut dire, en thèse générale, que le système nerveux, qui tient le premier rang dans l'organisme humain, est aussi celui qui subit les altérations les plus graves. La petitesse de la taille, la lenteur et l'imperfection du développement, l'enfance prolongée bien au delà de ses limites ordinaires, enfin l'obtusion des sens et plus particulièrement la faiblesse ou même l'abolition de l'ouïe, tels sont les désastres que l'on observe dans le cerveau et dans ses dépendances. Afin de prouver que l'abâtardissement n'est pas le résultat d'autres causes ou que le mariage entre consanguins tient certainement le premier rang parmi les causes de la dégradation des familles, M. Ménière invoque le témoignage de l'histoire et rappelle que le trône lui-même ne met pas à l'abri des plus cruelles misères dévolues à l'espèce humaine.

En terminant, l'auteur insiste une dernière fois avec énergie sur la nécessité du croisement des races, du mélange des familles; c'est le moyen de prévenir des maux redoutables, et ainsi l'on n'aura plus à déplorer l'existence de ces créatures imparfaites qui accusent l'imprévoyance de leurs auteurs. (*Renvoyé à la section d'anatomie pathologique.*)

Hématologie. — M. *Parchappe*, membre correspondant, donne lecture d'un travail dans lequel il expose le résultat de ses recherches sur le sang dans l'état physiologique et dans l'état pathologique. L'auteur résume lui-même son mémoire dans les termes suivants :

« De toute cette discussion, il résulte que l'analyse quantitative des matériaux composants du sang n'offre un véritable intérêt au point de vue des applications physiologiques et pathologiques, et ne peut être considérée comme exacte, même au point de vue chimique, que lorsque, s'appuyant sur la détermination de la quantité réelle des deux parties constituantes du sang, les globules et le plasma, elle évalue les proportions des matériaux composants, en rapportant ces matériaux non pas à la masse totale du sang, mais bien à celle des deux parties constituantes du sang, à laquelle ces matériaux appartiennent réellement. Pour avoir négligé cette base essentielle de toute analyse rationnelle du sang, les méthodes habituellement employées ont introduit dans les résultats des inexactitudes et des erreurs qui ont vicié les faits d'analyse, de manière à diminuer sensiblement leur valeur intrinsèque comme expression de la nature propre à chaque sang, et plus sensiblement encore leur valeur comparative.

» Ainsi, dans chaque analyse et pour chaque espèce de sang, ces méthodes, en diminuant artificiellement la quantité des globules et en augmentant dans les mêmes rapports la quantité des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, altèrent la proportion réelle des principes constituants du sang, et donnent une idée inexacte de sa composition.

» En négligeant de rapporter la quantité absolue de la fibrine à la partie du sang qui la contient exclusivement, ces méthodes ne fournissent pas la solution de la véritable question d'analyse quantitative, à savoir quelle est la proportion de la fibrine au plasma. Et en rapportant la quantité absolue de la fibrine à la masse du sang, elles font concevoir une idée fausse de la composition du plasma.

» Ces altérations artificielles des proportions réelles des matériaux composants du sang dans chaque résultat analytique, sont certes de nature à infirmer d'une manière positive la valeur des déductions qu'on a pu faire sortir de ces faits comparés entre eux.

» Mais cette valeur comparative est encore diminuée, en ce que l'importance des erreurs et des inexactitudes introduites dans chaque fait varie d'un fait à l'autre, en raison même de l'inégalité du rapport de quantité réelle entre les globules et le plasma.

» D'après les résultats d'analyse quantitative des matériaux du sang, qui ont été publiés par divers expérimentateurs et qui s'éloignent peu de ceux que MM. Dumas et Prévost ont obtenus, et que MM. Andral et Gavarret ont pris pour point de départ dans leurs études physiologiques et pathologiques, on devrait concevoir le sang moyen de l'état de santé comme constitué ainsi qu'il suit, en ce qui touche la proportion de ses principaux matériaux :

» Le sang serait composé sur 1000 parties de 790 parties d'eau et de 210 parties de substances solides.

» La somme des substances solides se répartirait de cette manières : Globules, 127 ; fibrine, 3 ; albumine du sérum, 11, et matières extractives et salines, 69. Total, 210.

» En d'autres termes : Eau, 790 ; matériaux solides des globules, 127 ; matériaux solides du plasma, 83. Total, 1000.

» En admettant que les globules secs soient aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4, cette analyse attribuerait au sang moyen pour proportions, en poids, de ses parties constituantes, 431 de globules, 569 de plasma.

» La reconstruction du sang moyen de MM. Dumas et Prévost dans ses parties constituantes réelles, d'après les données mêmes de la méthode employée, donnerait les résultats suivants : globules secs, 127+31, chiffre de la quantité fictive de matériaux solides du sérum attribuée à l'eau d'organisation des globules, 158 ; fibrine, 3 ; albumine du sérum, 42,26 ; matières extractives et salines, 6,74. Total, 210.

» En d'autres termes : Eau, 790 ; matériaux solides des globules, 158 ; matériaux solides du plasma, 52.

» Et la proportion des globules humides au plasma, dans ce sang, donnerait 537 pour les globules, 463 pour le plasma. »

(L'auteur donne le résultat d'expériences analytiques qu'il a entreprises sur le sang de l'homme et de la femme, d'après la méthode ordinaire, modifiée au moyen de la détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma par le poids du caillot coupé par tranches et égoutté.)

« Ces résultats, continue M. Parchappe, ont été plutôt confirmés qu'infirmés par ceux que j'ai obtenus dans une série de recherches entreprises de 1845 à 1848, au moyen de la méthode de détermination directe du rapport des globules au plasma par leur séparation spontanée dans le sang défibriné, méthode pour le perfectionnement de laquelle le temps d'abord et depuis les occasions m'ont manqué.

» Ils conduisent à faire admettre que dans le sang à l'état physiologique, la quantité des globules humides est en poids à peu près égale à la quantité du plasma, plus considérable chez l'homme dans le rapport de 520 à 480, plus faible chez la femme dans le rapport de 483 à 517.

» La proportion des globules secs, d'après cette détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma, devrait être estimée à 153 chez l'homme et à 142 chez la femme, si les globules

secs sont aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4.

» Les résultats des analyses ont fourni en moyenne 181 pour le sang de l'homme, 153 pour le sang de la femme. La quantité de la fibrine dans le plasma serait, d'après mes expériences, pour le sang voisin de l'état physiologique, dans le rapport de 6 à 8 sur 1000.

» La proportion des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, dans la totalité du sang, serait de 48,5 chez l'homme, de 50 chez la femme.

» Mais tous ces résultats n'offrent en définitive qu'une valeur approximative.

» Pour arriver à une détermination rigoureuse de la composition du sang et pour obtenir des faits qui puissent être considérés comme une source pure d'inductions comparatives exactes, il est indispensable de recourir à une méthode d'analyse qui prenne pour point de départ la détermination de la quantité réelle des globules humides et du plasma. C'est la démonstration de cette nécessité que j'ai eue surtout pour but en publiant des travaux qui en tant qu'ils sont propres à mettre cette nécessité en évidence, n'ont pas perdu tout intérêt malgré leur ancienneté.

» Jusqu'à ce qu'on ait pu réussir à peser exactement les globules humides, non altérés et complétement séparés du plasma, les méthodes d'évaluation par la détermination du poids du caillot ou du volume des globules, auront une valeur provisoire, et devront servir à éviter ou à corriger les erreurs qui dérivent nécessairement des méthodes d'évaluation fondées sur le principe erroné qui assimile au sérum l'eau cédée par la totalité du sang au moyen de la dessiccation.

» Les déterminations fournies par mes expériences doivent être absolument trop fortes en ce qui concerne la quantité proportionnelle des globules, et trop faibles en ce qui concerne la quantité proportionnelle des matériaux albumineux, extractifs et salins provenant du sérum.

» Car la méthode qui consiste à évaluer la proportion des globules par le poids du caillot, bien que coupé par tranches et égoutté pendant vingt-quatre heures, attribue à tort, aux globules humides, la quantité indéterminable de sérum qui demeure encore retenue par le caillot, même après cette filtration.

» Mais je crois que l'erreur introduite par cette imperfection de la méthode dans les résultats, doit être considérée comme assez faible; et il est certain qu'en tout cas elle est beaucoup moins considérable que celle qui résulte, dans les méthodes ordinaires, de l'assimilation de toute l'eau des globules humides à du sérum. D'autre part, la méthode, malgré son imperfection réelle pour une détermination absolue de la quantité des globules dans chaque sang en particulier, a l'avantage, à mon avis, incontestable, de rendre les faits comparables; la section des caillots par tranches, et leur égouttement sur un filtre, pendant une même période de temps, ayant pour résultat de supprimer autant que possible dans les divers caillots l'inégalité qu'ils présentent naturellement quant à la proportion de sérum par eux retenue au moment de la coagulation.

» Les vues et les résultats exposés dans ce mémoire, tout en appelant l'introduction d'une méthode plus exacte dans les nouvelles recherches qui seront faites sur les proportions relatives des principes composants du sang, sont dès à présent de nature à jeter quelque lumière sur quelques points encore obscurs de l'histoire physiologique et pathologique du sang, et notamment sur les proportions de la fibrine dans l'état de santé et de maladie.

» Les applications qui peuvent en être faites aux résultats jusqu'alors obtenus par le concours de tant de savants expérimentateurs, seront l'objet d'un second mémoire, si, comme je l'espère, l'Académie ne juge pas indignes de son attention des recherches sur un sujet si difficile et si important. » (*Renvoi à la section d'anatomie pathologique.*)

M. Bouillaud : Le travail que vient de lire M. Parchappe peut fournir matière à discussion; je demande la parole pour une des prochaines séances.

— *M. le Président* appelle à la tribune *M. Robin*, qui est absent. Après avoir prévenu que la section d'anatomie pathologique doit se réunir bientôt pour faire son rapport, *M. Bussy* invite les médecins qui auraient encore l'intention de se porter comme candidats à envoyer sans plus de retard leur demande à l'Académie.

MÉDECINE. — M. le docteur *Josat* donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches historiques sur l'épilepsie.* (*Comm.* : MM. Baillarger, Bricheteau, Roche.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 MAI 1856.

1° Suite de la discussion *sur les affections cancéreuses.*

2° *Statistique des affections cancéreuses*, par M. le docteur LEROY (d'Étiolles).

3° Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE, *sur les maladies du foie*, par M. GÉRY.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Fracture esquilleuse de l'humérus, produite par effort musculaire, par M. GISCARO.

Tout, à la fois, est intéressant et péremptoire dans le narré de ce simple fait. Si les premières lignes éveillent le doute par l'étrangeté de l'événement, les détails viennent bientôt le dissiper en fournissant la démonstration la plus complète qu'on pût désirer par l'inspection directe. Le fait doit donc d'emblée prendre sa place dans les annales de la science, d'où il ne nous semble au pouvoir d'aucune critique de le chasser désormais.

Un homme de trente-six ans, bien constitué, et exempt de toute diathèse, voulut se soulever pendant que son corps reposait sur le bras droit appuyé lui-même sur un comptoir. Il sentit, en faisant ce mouvement, une vive douleur au bras. Mais on n'y vit à ce moment qu'un léger gonflement (applications résolutives).

Trois jours après (20 avril 1853), douleur plus vive, chaleur, gonflement. On voit, dans toute la partie supérieure de la face antérieure et externe du bras, de larges plaques ecchymosées, surtout au niveau et au-dessous de l'empreinte deltoïdienne et du biceps (15 sangsues, *loco dolenti*).

Le 21, la douleur, diminuée, s'est localisée le long du bord interne du biceps, au point d'attache du grand pectoral. On sent là sous les doigts un corps dur dont le volume, sous les fibres musculaires qui le recouvrent, semble être celui d'une amande. En le pressant, il est douloureux.

Le 22, ce corps, par suite de mouvements répétés, s'est approché de la peau, il la touche tout à fait quand le malade lève le bras. Sa mobilité, sa dureté, permettent d'y reconnaître une esquille détachée de l'os. M. Dassier partagea cette opinion.

D'ailleurs, le 23, la peau, percée par ce contact, permettait au doigt de sentir une arête vive, manifestement osseuse.

On fit rentrer cette esquille dans sa place, où un bandage et quelques jours de repos suffirent pour la maintenir.

Le malade n'avait jamais, avant cet accident, éprouvé aucune espèce de souffrance ou d'incommodité dans le membre qui en devint le siége. (*Gazette médicale de Toulouse*, novembre 1855, p. 326.)

De l'efficacité de l'iode pur contre la syphilis, par M. FANTONETTI.

Après une longue et très juste énumération des inconvénients inhérents au traitement mercuriel, l'auteur établit comparativement les indications de la médication iodée. Mais, dit-il, pour en obtenir

les meilleurs résultats, il serait nécessaire d'avoir une formule pharmaceutique qui livrât le remède inaltérable, quant à sa préparation, agréable au goût et n'exposant à aucune conséquence fâcheuse. Or l'action médicatrice de l'iode pur est plus durable que celle de l'iodure potassique qui s'élimine si promptement par les urines.

Mais pour obtenir de ce remède l'effet désiré, il faut qu'il soit extrêmement divisé, et que, dans cet état, il demeure durant quelque temps inaltérable. La teinture d'iode s'altère à cause de la réaction chimique qui a lieu et engendre de l'acide iodhydrique, lequel, réagissant ensuite sur l'alcool, forme de l'éther iodhydrique; d'où résulte la séparation d'une portion d'iode.

M. Fantonetti donne le procédé suivant comme réalisant le mieux le but à atteindre.

Mettez 5 centigrammes d'iode dans un mortier de verre ou de porcelaine. Versez dessus 9 à 10 gouttes d'alcool et triturez jusqu'à dissolution complète. Mêlez-y alors intimement 12 grammes d'abord, puis ensuite 25 autres grammes de sucre raffiné.

Cette quantité totale doit être divisée en 14 parties égales, dont on fera prendre au malade 3 et 4 ou même 5 dans les vingt-quatre heures.

Il ne convient pas d'en préparer à la fois une plus forte dose, parce que l'iode, en contact avec l'air, se volatilise à la température ordinaire. Il n'y a pas, — l'expérience l'a prouvé, — à craindre la conversion de l'iode en acide iodhydrique.

On peut obtenir, soit un miel iodé, en combinant 40 grammes de miel avec le mélange ci-dessus, soit des pastilles de chocolat, en l'unissant à de la pâte de chocolat, après l'addition de la première quantité de sucre.

L'auteur cite cinq exemples de succès obtenus chez des malades qui avaient déjà pris du mercure, par l'emploi de ce remède dont l'usage a été trouvé commode, agréable et dépourvu de tout inconvénient. (*Giornale delle scienze mediche di Torino*, 31 décembre 1856, p. 609.)

De l'immersion prolongée des plaies dans l'eau comme moyen d'en assurer la guérison, par M. Sédillot.

Malgré tout ce qui a été dit en faveur de ce moyen appliqué à la suite des amputations, M. Sédillot ne se décidera pas à l'expérimenter, d'abord parce que le mode de traitement dont il est l'auteur lui donne des résultats qu'aucun autre ne pourrait surpasser (récemment, 11 amputés, sur lesquels 5 de la cuisse et 5 de la jambe, sans un seul mort); en second lieu, en raison des objections suivantes, que nous lui laissons exposer, voulant placer à côté des résultats annoncés par M. Langenbeck, et que nous avons fait connaître avec détails, les réserves que croient devoir poser des chirurgiens aussi expérimentés que M. Sédillot.

« Que peut-on espérer d'une immersion prolongée des plaies dans l'eau? Le peu de faits observés a déjà répondu à cette question. Si vous prenez de l'eau chaude, vous provoquez dans les plaies récentes une tuméfaction congestive assez forte et des hémorrhagies; si vous adoptez l'eau froide, vous déterminez des gangrènes plus ou moins étendues du moignon. Il faut donc varier la température selon une foule de circonstances d'une appréciation très difficile: l'âge, le degré de force, la saison, le local, l'état de faiblesse ou de réaction. On semble ne pas avoir réfléchi que le traitement d'une amputation ne s'arrête pas au moignon, mais doit embrasser le malade tout entier. Si les blessés guérissent mieux dans les climats chauds et secs, ce n'est pas seulement par l'action de l'air sur la plaie, mais par l'influence de ces conditions atmosphériques sur l'ensemble de l'économie.

» Un immense inconvénient de tous les appareils à immersion prolongée tient à la nécessité de comprimer les parties au-dessus de la plaie, afin d'empêcher l'eau de s'écouler. Les manchettes de caoutchouc vulcanisé, quelque parfaites qu'on les suppose, exercent une striction nécessairement très fâcheuse, et qui suffirait seule à nous ôter toute confiance dans ce mode de traitement.

» Nous regardons l'étranglement comme la source des plus redoutables accidents, et nous sacrifions toute autre indication à celle de maintenir la liberté de la circulation.

» On suppose qu'on préviendra l'infection purulente par l'espèce de courant d'eau qui entraînera le pus. C'est là une conception erronée de l'étiologie de la pyoémie. Ce n'est pas le pus qui est sécrété à la surface des plaies dont on doit redouter l'introduction dans le sang, mais celui qui se forme dans les abcès interstitiels et dans l'intérieur des veines; et si l'eau n'en prévient pas le développement, elle n'aura aucun effet antipyémique. » (*Gazette médicale de Strasbourg*, 23 mars 1856, p. 75.)

Insertion du placenta sur le col de l'utérus; absence complète du cordon ombilical, par le docteur Stute (de Soest).

Obs. — Une femme bien portante, déjà mère de quatre enfants, se trouvait à la fin de sa cinquième grossesse. La sage-femme appelée trouva, en la touchant, le col entr'ouvert; une masse spongieuse y était engagée. Elle diagnostiqua une insertion du placenta sur le col, et demanda un médecin. Dès l'arrivée de ce dernier, le col s'était dilaté, la poche des eaux se rompit, sans que la moindre trace de sang ait paru ni avant ni après cette rupture. L'accouchement ne se faisant pas, l'auteur fut appelé en consultation.

A son arrivée, il trouva la malade dans un état satisfaisant; les douleurs étaient peu vives. L'utérus s'était contracté sur le produit, le col était complétement dilaté, et l'on trouva dans la partie supérieure du vagin un corps mou, présentant tous les caractères du placenta. Si l'on conduisait le doigt à gauche et en haut du placenta, on arrivait à toucher la colonne vertébrale à droite, et en bas on percevait la paroi abdominale. En parcourant sa circonférence, on constata que le placenta était libre de toute adhérence; seulement, vers le centre, il paraissait retenu par une bride de 1 pouce 1/2 de diamètre.

En conduisant lentement la main dans l'utérus, on parvint à saisir un genou, et l'extraction du reste du fœtus se fit sans aucune difficulté.

Le produit était à terme, très petit. A la partie postérieure, il existait un hydrorachis. Le placenta, normal quant à sa structure, sa grandeur et sa forme, faisait corps direct avec la peau de la paroi abdominale, sans trace aucune du cordon. Les suites de couches furent normales.

Bien que laissant à désirer sous le rapport des détails et de la précision, cette observation mérite néanmoins d'être remarquée, au double point de vue de l'insertion anormale du placenta et de l'influence de l'absence du cordon sur la présentation et sur la marche du travail.

Au premier point de vue, c'est un nouvel exemple d'insertion presque centre pour centre du placenta sur le col, ne déterminant, ni vers la fin de la grossesse, ni pendant le travail les hémorrhagies appelées pourtant, avec quelque raison, *inévitables* par quelques praticiens.

Au second point de vue, on voit que l'insertion du placenta sur le col et l'absence du cordon entraînent forcément la présentation ventrale du fœtus. Cette présentation n'exclut pas pourtant la terminaison spontanée de l'accouchement; la distance peu considérable entre l'ombilic et le siége rend l'engagement de ce dernier possible, surtout si les membres inférieurs sont fléchis sur le plan antérieur du fœtus, comme dans le cas présent. Cependant, ici même, malgré la petitesse du fœtus, sa présentation forcée semblait rester un obstacle à la terminaison de l'accouchement, tant que l'art n'est pas intervenu pour forcer l'extrémité pelvienne à s'engager. (*Monatsschrift fuer Geburtsk. und Frauenk.*, janvier 1856.)

Sur la rupture du cercle intérieur de l'iris;
par M. White Cooper.

Cet accident, résultat assez commun d'une violence extérieure, a été passé sous silence, ou traité légèrement par la plupart des ophthalmologistes, malgré la gravité des conséquences qu'il détermine sous le rapport de la lésion des fonctions visuelles.

Dans trois cas qui ont été soumis à son observation M. White Cooper a vu une fois trois fissures, et deux fois deux, sur le bord de l'iris. Après que les malades sont remis de l'ébranlement causé par le choc, ainsi que de l'inflammation coïncidant avec l'épanchement

sanguin qui en résulte, voici les symptômes appartenant en propre à cette rupture :

La pupille est large, elle ne se resserre que difficilement. Sa faculté contractile regagne cependant peu à peu du pouvoir, avec le temps. Le malade ne peut distinguer que les objets volumineux. Il rend la vue plus distincte en portant au-devant de l'œil blessé un diaphragme percé d'une très petite ouverture. Mais s'il ne peut faire constamment usage de cet appareil, il est obligé, quand il le quitte, de fermer l'œil malade pour voir distinctement.

A part le traitement des complications (qu'un coup assez violent pour rompre l'iris doit toujours faire redouter), les moyens propres à combattre l'effet de la solution de continuité iridienne sont fort imparfaits, et ne doivent laisser qu'un espoir médiocre de succès. Car rien ne peut rapprocher les bords de la fissure pour provoquer leur adhésion; et tout, au contraire, tend à les séparer. C'est absolument, dit M. Cooper, comme dans la division congénitale du voile palatin; si ce n'est que la chirurgie possède, pour ce cas, des procédés efficaces de coaptation.

Le pronostic dépend surtout de la profondeur des fissures subies par le cercle iridien. Mais jamais la vue ne redevient normale. Et l'auteur a dû conseiller à un jeune homme victime d'un accident semblable, de quitter ses travaux d'imprimeur (carrière où le dirigeait sa vocation), pour une profession, telle que l'agriculture, où la perfection du sens visuel ne fût pas une condition de rigueur.

Une plaque percée d'un trou est, avons-nous dit, le meilleur correctif de la défectuosité visuelle dépendant de cet état. Mais, pour la largeur du trou, pour sa forme, pour la direction verticale ou transversale de son plus grand diamètre, il faut faire des expériences; car ce n'est que par des tâtonnements qu'on peut découvrir ce qui, sous ce rapport, convient le mieux à chaque variété morbide individuelle. (*Association Medical Journal*, 19 octobre 1855, p. 953.)

Déplacement du cristallin par violence ou par maladie, par M. WALTON.

Lorsque le cristallin, délogé de sa place habituelle, fait saillie sous la conjonctive, faut-il inciser cette membrane pour extraire la lentille? M. Walton conseille et adopte cette conduite, dont il cite un exemple heureux. Selon lui, le cristallin agit là comme corps étranger, comme cause permanente d'irritation, et il importe qu'on l'enlève. D'autre part, quoique l'incision de la conjonctive, pratiquée dans ce but, fasse pénétrer l'air jusque dans les cavités oculaires, il repousse comme mal fondée l'analogie qui attribuerait à cette communication des dangers pareils à ceux qui résultent de l'ouverture des cavités séreuses ou synoviales.

Pour nous, il nous semble que, dans le cas du moins où le déplacement résulte d'une contusion, l'analogie mérite d'être plus soigneusement discutée. Il faut considérer que les chambres de l'œil n'offrent pas alors leur état normal, qu'il y existe un épanchement sanguin plus ou moins considérable. Et si, dans le tissu cellulaire, on hésite avec raison à inciser les parois d'un foyer sanguin; si l'accès de l'air y est toujours évité ou retardé autant que possible, ne doit-il pas en être de même ici? Et l'œil pourrait-il faire valoir quelque circonstance anatomique ou physiologique qui rendît innocent dans ses cavités ce qui partout ailleurs ajoute au pronostic une gravité notable ?

Pour rendre la ressemblance plus instructive, on se souviendra que, dans le cas dont il s'agit, la sclérotique ayant été rupturée ou détachée de la cornée par l'effort vulnérant, la simple incision de la conjonctive, que pratique le chirurgien, transforme immédiatement une déchirure interne en une plaie pénétrante de l'intérieur de l'œil. Au lieu de suivre la pratique recommandée par M. Walton, ne vaudrait-il donc pas mieux, ainsi que le conseillent plusieurs ophthalmologistes, attendre que l'épanchement fût résorbé, et ne procéder qu'alors à l'extraction du cristallin, dont la présence sous la conjonctive ne peut, du reste, causer des accidents tels qu'il faille à tout prix opérer pour les prévenir.

M. Walton a observé un ~~cas tout~~ à fait afférent à l'étiologie de cette affection. Un homme de cinquante ans portait une cataracte jaune ambré, mobile, branlante, s'abaissant et se relevant comme si elle n'avait été fixée que par une charnière. Cette mobilité, qu'il attribue, soit à la liquéfaction de l'humeur vitrée, soit au relâchement des liens qui maintiennent la lentille en place, explique l'histoire des cataractes qui parfois, quoique bien rarement, recouvrent la vision sans opération : la cataracte, chez eux, s'est déclarée spontanément; mais elle explique aussi les cas où un coup léger sur la tête, une compression insignifiante de l'œil, ont déterminé le déplacement du cristallin : évidemment cette luxation avait alors été préparée par quelque relâchement préexistant des ligaments suspenseurs semblable à celui dont il vient d'être fait mention. (*Medical Times and Gazette*, 15 décembre 1855, p. 591.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Les plexus vasculaires (*Adergeflechte*) **du cerveau de l'homme**, par H. LUSCHKA, professeur d'anatomie à l'Université de Tubingue; monographie in-4 de 171 pages, avec 4 planches ; chez GEORGES REIMER. Berlin, 1855.

L'ouvrage de M. Luschka est divisé en cinq sections, dans lesquelles l'auteur étudie successivement les cavités de l'encéphale, l'espace sous-arachnoïdien, la membrane ventriculaire, les plexus vasculaires et le liquide cérébro-spinal.

Le quatrième ventricule, ou ventricule cérébelleux, n'est que l'extrémité supérieure dilatée du canal central de la moelle. Ce canal ne manque jamais complétement, même chez l'adulte ; mais ordinairement il se trouve oblitéré d'espace en espace par du tissu conjonctif accidentel, des débris d'épithélium et des corpuscules amylacés. Après l'avoir longtemps cherché en vain, Luschka l'a rencontré, pour la première fois, sur une moelle de supplicié qui avait séjourné quelques jours seulement dans l'alcool. Des coupes horizontales faites avec un rasoir et examinées à la loupe lui ont permis de poursuivre ce canal dans toute la longueur de la moelle, jusque vers le cône terminal de cet organe. Le canal médullaire avait à peine un quart de millimètre de diamètre ; il occupait le centre de la moelle, excepté au niveau du renflement cervical, où il était plus rapproché du plan antérieur. Vue à un faible grossissement, la surface interne du canal, dont la coupe était ovalaire transversalement, semblait unie ; mais, à un grossissement de 200 diamètres, elle se montra irrégulière et comme étoilée. Une étude attentive a permis de constater que la lumière du canal était limitée par une membrane formée de deux couches : une couche fondamentale de tissu conjonctif et une sorte d'épithélium. C'est dans les mailles du tissu conjonctif que se déposent souvent de nombreux corpuscules amylacés.

La cavité arachnoïdienne ne communique point avec les ventricules cérébraux ni avec l'espace sous-arachnoïdien ; mais ce dernier est en relation directe avec les cavités encéphaliques. Un fait des plus surprenants, c'est que le feuillet viscéral de l'arachnoïde est couvert d'un épithélium sur ses deux faces, et que cet épithélium se continue de la face profonde de l'arachnoïde sur la face externe de la pie-mère ; d'où il suit que l'espace sous-arachnoïdien est partout limité par un épithélium. La membrane ventriculaire, ou l'*ependyme*, comme l'appellent nos voisins d'outre-Rhin, nom qui s'applique également à la membrane du canal médullaire, se compose d'un épithélium et d'une couche fondamentale. L'épithélium varie énormément avec l'âge : vibratile chez le fœtus et le nouveau-né, il se métamorphose peu à peu durant la première année de la vie extra-utérine, de sorte qu'à cette époque on trouve toutes les transitions possibles entre les cellules coniques garnies de cils vibratiles et les lamelles aplaties de l'épithélium pavimenteux. Au-dessous de cet épithélium se trouve, en beaucoup d'endroits, une lamelle hyaline, homogène, qui paraît être l'analogue de la membrane propre des glandes ; puis vient une couche fibreuse, constante, générale, mais non également épaisse partout ; elle est le plus développée dans le quatrième ventricule, d'où elle se continue dans le canal médul-

laire. Cette couche se compose principalement de fibrilles de tissu conjonctif, fibrilles qui revêtent ici des caractères spéciaux, car elles sont très fines, entrecroisées et rectilignes. Les *corpuscules amylacés*, si fréquents dans la membrane ventriculaire, paraissent à Luschka être des concrétions de nature graisseuse.

Les éléments caractéristiques des plexus vasculaires, ce sont des espèces de prolongements en forme de villosités, qui renferment des anses vasculaires. Ces villosités sont si nombreuses en certaines régions, qu'elles donnent à la surface du plexus un aspect velouté analogue à celui de certaines muqueuses; ailleurs elles sont plus rares, ce qui permet d'observer plus commodément leur constitution et leurs rapports. L'étude de la structure intime des plexus vasculaires y a montré : 1° une couche fondamentale, ou *stroma*, de tissu conjonctif, fibreuse ou amorphe; 2° des vaisseaux disposés comme il suit : Le pédicule de chaque villosité renferme un vaisseau afférent et un vaisseau efférent, lesquels fournissent un certain nombre de branches en rapport avec celui des lobules des villosités. C'est de ces branches que partent une multitude d'anses vasculaires qui, s'élevant au-dessus des lobules, leur donnent leur forme spéciale. Les vaisseaux efférents vont ensuite se ramifier dans la substance nerveuse qui avoisine les ventricules et dans l'épendyme; 3° un épithélium composé d'une couche très délicate de cellules, en général polyédriques, non aplaties, contenant une substance finement granuleuse et un noyau. Les plexus vasculaires paraissent être les sources les plus importantes du liquide sous-arachnoïdien; mais les métamorphoses que subit l'épithélium des cavités encéphaliques font présumer que la pie-mère et l'épendyme participent également à cette sécrétion.

Tels sont quelques-uns des faits qui nous ont le plus vivement frappé dans le travail du professeur Luschka; ils suffiront pour donner une idée de l'importance de cet ouvrage, qui démontre une fois de plus avec quel zèle et quel succès son auteur s'adonne aux études anatomiques. MARC SÉE.

VIII.

VARIÉTÉS.

MORT ET OBSÈQUES DE M. SANDRAS.

Le corps médical vient de faire encore une perte bien sensible dans la personne de M. Sandras, agrégé libre de la Faculté et médecin de l'Hôtel-Dieu. M. Sandras avait publié plusieurs mémoires très importants, et principalement un *Traité des maladies nerveuses*. Ses obsèques ont eu lieu samedi avec toutes les marques de douloureuse sympathie que méritaient les qualités de son cœur et de son esprit. Le deuil était conduit par son gendre, M. le docteur Bourguignon. Selon le vœu exprimé par Sandras, le service religieux a été célébré à l'église Saint-Julien-le-Pauvre, attenante à l'Hôtel-Dieu. On y remarquait ses collègues de l'hôpital, les sœurs hospitalières et des malades du service. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. Parlant au nom de la *Société de médecine du département de la Seine*, M. Boys de Loury s'est exprimé en ces termes :

« La Société de médecine de Paris, messieurs, vient d'être soumise encore à une bien cruelle épreuve : après la perte si douloureuse de Requin, Audouard était frappé; enfin la tombe de Petit est à peine refermée, nous voici de nouveau réunis devant un cercueil. Sandras nous est prématurément ravi; Sandras, un de nos collègues le plus justement considérés, que vous avez successivement nommé aux honorables fonctions de président et de secrétaire général.

» Quelques mots, messieurs, avant de lui dire le dernier adieu, vous retraceront cette carrière si belle et si courte, hélas !

» A peine âgé de vingt-sept ans, Sandras était nommé agrégé; peu de temps après, le choléra ayant paru pour la première fois en Europe, il est désigné pour aller l'étudier en Pologne, et là il se fait remarquer par son dévouement et son talent d'observation. Élu le premier au bureau central du concours de 1836, il a depuis vingt ans été appelé successivement dans les principaux hôpitaux, et est arrivé dans ces dernières années à l'éminente position de médecin de l'Hôtel-Dieu. La carrière scientifique de Sandras a été si complète, qu'outre les luttes de concours pour le professorat, où il a laissé les plus brillants souvenirs, on peut citer plus de cent cinquante mémoires qu'il a produits sur les diverses parties de notre art, ayant une prédilection pour la physiologie et la thérapeutique, qui ont été les principaux sujets de ses recherches. Ces travaux, une existence si bien occupée par la science, son dévouement pour les malades, sa sollicitude pour les pauvres surtout, que rien ne lui fit jamais négliger, sont de nobles titres à la reconnaissance de ses confrères et de l'humanité, auxquels s'ajoute un plus haut prix lorsqu'on sait par quel chemin, par quel labeur, il lui a fallu passer.

» Les rapports que notre Société établit entre confrères ne se bornent pas seulement à la science, messieurs; des liens plus intimes nous font pénétrer dans la vie, dans l'intérieur de chacun de nous; nous devenons confidents de nos succès, de nos soucis plus encore. C'est surtout quand nous arrivons à l'âge où Sandras était parvenu, que nous aimons à remonter à nos années de jeunesse et d'étude, à repasser nos bons et nos mauvais jours. Pourquoi ces souvenirs se représentent-ils souvent au moment où la mort est le plus près de nous frapper? Il n'y a pas deux mois, Sandras me parlait de ces difficultés des premiers temps, de ces études littéraires qui avaient été pendant un temps sa seule ressource. Il me disait combien il avait péniblement gagné son existence, quelle énergie, quelle confiance en lui-même l'avaient soutenu pour arriver à la carrière à laquelle il aspirait. Né avec une intelligence supérieure, que favorisaient les ressources d'une mémoire telle, que nous l'avons entendu citer des pages d'un auteur après l'avoir lu une seule fois, il est moins surprenant que Sandras ait complété ses connaissances médicales à un âge où beaucoup sont encore sur les bancs de l'école. Remarqué par des professeurs qui comprenaient l'utilité des études classiques, Sandras travaillait auprès d'eux; il traduisait les auteurs grecs avec Chaussier; il était tellement familier avec cette langue, qu'il avait lu trois fois Hippocrate sur les divers textes grecs.

» Ainsi préparé par la haute littérature, ses discussions, sa conversation, se coloraient et empruntaient un charme tout particulier à des citations des auteurs les plus divers; tout semblait arriver de source, sans effort, sans pédantisme, et, chose plus rare, avec tant d'originalité dans les idées, tant de feu dans leur exposition! Son tour d'esprit n'allait pas jusqu'à la causticité, jamais rien de blessant dans la repartie; tout était pondéré par la plus exquise bienséance. A ces qualités si brillantes, Sandras en joignait encore, qui s'y allient rarement, la réflexion et la persévérance; c'est à elles que nous devons ces études suivies pendant plusieurs années sur la digestion, et cet ouvrage auquel il venait de mettre la dernière main, la monographie la plus complète des maladies du système nerveux. Les fatigues d'un tel travail, jointes à celles de la clientèle et de l'hôpital, ont contribué à abréger une existence sur laquelle nous devions longtemps compter. Deux maladies graves auraient dû déterminer Sandras à arrêter le cours de ses travaux, si sa nature ardente avait pu obéir à cette nécessité du repos. Une pneumonie nous avait donné, il y a deux ans, de justes sujets d'inquiétude; il avait été parfaitement guéri, et c'est à une maladie semblable qu'il vient de succomber si inopinément, laissant dans le cœur de ses amis les regrets les plus profonds, pleuré d'une famille, d'un gendre qui, plus que nous tous, sentira vivement une perte qui le prive d'un père, d'un ami, d'un conseil. Mais au milieu de notre douleur, en nous quittant, Sandras peut, comme un de ses auteurs favoris, s'écrier : *Non omnis morior!* car il laisse dans la science une trace ineffaçable; il laisse aussi dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu les regrets inséparables de la perte d'un excellent confrère, d'un homme d'intelligence et de dévouement; puisse-t-il recevoir au sein de l'Éternel la juste récompense de tous ses mérites! »

Une lettre de l'armée d'Orient annonce encore la mort de deux de nos confrères, MM. Fournier et Perrin, médecins aides-majors, qui viennent de succomber au typhus.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et à la nomination de ses différents conseils et comités. M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président l'année dernière, a été nommé président pour 1856-1857. M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, a été élu vice-président. Ont été réélus : Trésorier, M. Labric, médecin des Ménages ; secrétaire général, M. Roger (Henri), de l'hôpital des Enfants ; secrétaire particulier, M. Moutard-Martin, médecin aux Nourrices. M. Woillez, du bureau central, remplace également, comme secrétaire particulier, M. Hérard, démissionnaire.

Ont été nommés du conseil de famille : MM. Beau, Blache, Bouvier, Grisolle et Rostan ; du conseil d'administration : MM. Barth, Becquerel, Gillette, Hérard et Léger ; du comité de publication, MM. Aran, Labric, Moutard-Martin, Roger et Woillez.

La Société a désigné en outre une commission chargée de rédiger le programme d'une question du prix à décerner en 1858. Les membres de cette commission sont MM. Barth, Becquerel, Bourdon, Dechambre, Legendre, Marrotte et Monneret.

— LE MÉDECIN DE CLÉMENT VII. Le pape Clément VII, qui avait dérangé sa santé en mangeant beaucoup de melons et de champignons qu'il aimait, prit un nouveau médecin qui lui changea toute sa façon de vivre, et il mourut bientôt après. Les Romains, bien aises de cette mort, firent faire le portrait du médecin, et écrivirent au-dessous du tableau : *Ecce Agnus Dei, ecce qui tollit peccata mundi.*

RATANHIA. — On sait que le ratanhia employé en Europe provient du *Krameria triandra* et du *Krameria ixine*. En France, on se sert presque exclusivement de cette dernière espèce ; on trouve cependant à Londres un *ratanhia de Savanilla* (Savanilla, dans la Nouvelle-Grenade, est le lieu d'expédition pour Londres) qui a une couleur *grise*, fort différente, par conséquent, de la couleur du ratanhia ordinaire. Il est bon de savoir, aujourd'hui que le *Krameria triandra* ne nous arrive plus qu'en grosses souches, peu riches en principes astringents, et que, d'après les expériences de M. Schuebardt (*Beiträge zur Kenntniss der* radix ratanhiæ, in *Botanische Zeitung*, n^{os} 31 et 32, 1855), le ratanhia de Savanilla constitue un très bon médicament.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 3. Occlusion dans les ophthalmies, par *Stœber*. — De l'immersion prolongée des plaies dans l'eau comme moyen d'en assurer la guérison, par *Sédillot*. — De la dégénérescence syphilitique du foie, par *Schützenberger*. — Topographie médicale de Constantinople : maladies observées à l'hôpital militaire de l'École, par *Barudel*. — Clinique ophthalmologique, par *Betin*. — Épilepsie déterminée par des violences exercées sur les testicules, par *Liégey*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — 1re année. N° 3. Influence des travaux entrepris pour l'essainissement de la plaine de Bône, par *Moreau*. — Mémoire sur la rupture spontanée du cœur, par *Bertherand*. — Vins d'Espagne consommés en Algérie, par *Millon*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Bertherand*. — Eaux d'Hammam-Mélouana, par *Payn*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 6. De la glycogénie hépatique, par *Chauveau*. — De la colique nerveuse, par *Macario*. — Analyse chimique d'un cancer, par *Delore*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Mars. Anévrysme et oblitération de l'artère hépatique ; albuminurie ; anasarque ; persistance de la sécrétion biliaire, par *Ledieu*. — Sur l'oblitération de la veine porte, par *Gintrac*. — De la glycérine dans le pansement des plaies, par *Venot*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Mars. Enfant à deux têtes, par *Laforgue*. — Moyens de reconnaître l'empoisonnement par le phosphore, par *V. Meurin*. — Glycérine dans le traitement du prurigo, par *Sère*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 6. Importance d'une bonne doctrine médicale pour la thérapeutique, par *Anglada*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Mars. Contagion du choléra, par *Boisseuil*. — Clinique chirurgicale, par *Dupuy*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Mars. Observations sur l'occlusion de la matrice au moment du part, par *Hubert*. — Typhus contagieux du gros bétail, par *Bochdalek*. — Maladies des valvules du cœur, par *Backeway*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 13^{e} livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*. — Sur la fièvre intermittente éclamptiforme ou épileptiforme chez l'adulte, par *Liégey*. — Observations sur le forceps-scie de M. Vanheuvel, par *C. Lauwers*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Mars. Sur la pneumonie chronique, par *Raimbert*. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre ; uréthrotomie périnéale, par *Van Holobeek*. — Des moyens anesthésiques, ou de l'éther et du chloroforme, par *Gimelle*.

JOURNAL DE PHARMACIE (Anvers). — Mars. Influence de l'air atmosphérique sur l'onguent de mercure rouge de la pharmacopée belge, par *Angillis*. — Pilules d'iodure de fer, par *de Smet*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 14. Des instincts et du mouvement réflexe dans les rétractions permanentes, par *Thiry*. — 15. *Idem*.

DEUTSCHE KLINIK. — N^{os} 14 et 15. Études sur la percussion, par *Geigel*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N^{os} 1 à 6. — 1. Sur le personnel des hôpitaux, par *T. Helm*. — 2. Quelques cas d'opération, par *Schuh*. — 6. Hygiène des tuberculeux, par *Polansky*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT. — 1856. 1er cahier. Extrait de la nouvelle circulaire du conseil de santé du canton de Genève sur l'enquête des causes de la mort, par Marc d'Espine.

SCHWEIZERISCHES CORRESPONDENZBLATT. — Mars 1856.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N^{os} 14 et 15. — 14. Contribution à la syphilisation. — 15. Sur un cas d'accouchement prématuré provoqué d'après la méthode de Scanzoni, et critique de cette méthode, par *Spaeth*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 14. Sur les calculs urinaires en Égypte, par le professeur *A. Reyer*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, de Hebra. Mars et Avril.

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFT. ZOOLOG., de Siebald. — VII^{e} vol. Supplément. Compte rendu des travaux publiés sur la zootomie dans les années 1849-1852, par *J.-V. Carus*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE, van Behrond. — 1856. 2^{e} cahier.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 899. Sur l'amputation dans les jointures, par *C. Bernard*. — Sur l'huile de foie de morue *quinidée*, par *Donovan*.

MEDICAL TIMES. — N° 299. Traitement prophylactique et curatif des fièvres continues, par *R.-H. Semple*. — Étiologie et traitement de l'épilepsie, par *H. Hunt*. — 300. Pratique chirurgicale en Crimée, par *Flower*. — Appréciation des impressions produites sur les troncs des nerfs sensoriels, par *Handfield Jones*. — Mort par le chloroforme, par *Symonds*. — Déchirure du périnée chez les primipares, par *Borham*. — 301. Compression dans l'anévrysme, par *Coates*. — Blessés de Crimée, par *Roberts*.

THE LANCET. — N^{os} 12. Pathologie utérine, par *Bennet*. — Même sujet, par *Tyler Smith*. — Sur la lèpre (suite), par *E. Wilson*. — Armée de Crimée ; plaies de tête, par *Cuthrie*. — Névralgie gastrique et ulcère de l'estomac, par *H. Jones*. — 13. Pathologie utérine, par *Bennet*. — Sur la lèpre, par *Wilson*. — Empoisonnement par la racine d'aconit, par *Headlam*. — Cas de maladie du cœur et du péricarde, par *Broxholm*. — 14. Pathologie utérine, par *Bennet*. — Cas de maladie simulée, par *Livett*. — Excroissance syphilitique sur le col utérin ; excision, par *R. Maclimont*. — Cas d'empoisonnement par l'aconit, par *W. Bone*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N^{os} 12. Guérison de quelques cas d'épilepsie, par *Rotta*. — De l'eau de goudron dans la fièvre typhoïde, par *Chinozzi*. — 13. Réflexions sur un cas d'hépato-phlébite, par *Berruti*. —Nécrose des maxillaires, par *Argentier*. — 14. Cas d'hépato-phlébite, par *Berruti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N^{os} 12. Luxation ischiatique du fémur, par *A. Marcacci*. — Choléra de Certaldo, par *Masini*. — 13. *Idem*. — Régime des convalescents, par *E. Poggiali*. — 14. *Idem*. — Choléra de Portoferrajo, par *Chiarugi*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 5 (15 mars). Maladies traitées à l'établissement thermal d'Acqui dans la saison balnéaire de 1855, par *Granetti* et *Ivaldi*.

LA LIGURIA MEDICA. — N° 5. Éclampsie albuminurique consécutive au choléra, par *Parodi*.

EL SIGLO MEDICO. — N^{os} 115. Topographie médicale de Malaga, Ceuta et les îles Baléares, par *M. Santucho*. — Sulfate de quinine contre le choléra, par *C. Ascarza*. — Considérations pratiques sur le choléra, par *De Gongora*. — 117.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 77. De quelques particularités des os du carpe et du métacarpe, par *de Carvalho*. — Sur le climat de Funchal, par *Barral*. — Analyses et revues.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 6. Gélatinisation du chloroforme, par *J. Aldir y Fernandez*. — Considérations pratiques et administratives sur le choléra, par *de Gongora*. — Choléra de Bronzas, par *M. Lopez*.

Livres nouveaux.

DE L'ÉTAT DES GLANDES MÉSENTÉRIQUES DANS L'ENFANCE, et de leurs rapports avec l'atrophie du jeune âge, par *Fr. Stiebel* jeune. In-4° de 18 pages avec 6 planches lithographiées. Francfort-sur-le-Mein, J. Rütten.

DE L'HYDROTHÉRAPIE comme moyen abortif des fièvres typhoïdes. Mémoire auquel la Société de médecine du Gard (Nîmes) a accordé une mention honorable au concours de 1854, par M. le docteur *R.-T.-L. Diemer*, médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle. Brochure in-8 de 128 pages. 2 fr. 50

DE L'INFLUENCE DES DÉCOUVERTES chimiques et physiologiques récentes sur la pathologie et sur la thérapeutique des maladies des organes digestifs. (Rapport sur les mémoires envoyés au concours ouvert par la Société de médecine de Lyon sur cette question, par M. *Teissier* (de Lyon), docteur-médecin.) Brochure de 40 pages.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES sur l'oblitération de la veine porte et sur les rapports de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile, par le professeur *Gintrac* (de Bordeaux). Brochure in-8 de 50 pages.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 9 MAI 1856. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 6 mai 1856, M. ORFILA, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, a été autorisé à ouvrir pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, dans l'amphithéâtre de la Faculté, un cours complémentaire de toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 31 mars au 23 avril 1856.

26. BOISMOND DE MARTIN, Philippe, de Cadalen (Tarn). [*De l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse.*]
27. JAULERRY, Paul, de Biarritz (Basses-Pyrénées). [*Des bains de mer.*]
28. JEAN, Jean, de Limoux (Aude). [*Des épanchements pleurétiques.*]
29. DENAMOND, Frédéric, de Saint-Paul (Ariége). [*Considérations cliniques sur l'affection vermineuse.*]
30. VILLEROUGE, Alcide-Charles, de Davejan (Aude). [*De l'hémoptysie; ses causes.*]
31. LAFFON (B.-M.-B.), de Capendu (Aude). [*De la lithothritie chez les jeunes calculeux.*]
32. EYMARD, Jean-Auguste, de Saint-Étienne-aux-Clos (Corrèze). [*Considérations générales sur les prédispositions.*]
33. PLATANISTE, Anastase-Constantin, de Cos (Archipel grec). [*Essai sur les indications thérapeutiques déduites de la nature, du siége et des symptômes.*]
34. CARNIER, Édouard, de Lyon (Rhône). [*Essai sur la stupidité ou mélancolie avec stupeur.*]
35. DE MONTESQUIOU, Louis-Antoine. [*Essai de zoognosie médicale, ou de la connaissance du règne animal et de ses produits appliqués à la matière médicale, à l'hygiène, à la physiologie et à la pathologie humaines.*]
36. GAUDIN, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*Du cancer de l'utérus.*]
37. LAVESSIÈRE, de Jussac (Cantal). [*Des granulations et ulcérations du col de l'utérus.*]
38. DIRIBARNE, J.-G., de Montgelos (Basses-Pyrénées). [*Essai sur l'aménorrhée.*]
39. NIELLY, Charles, du Havre. [*Étude sur l'amputation; méthodes et procédés.*]
40. DRUMMOND DE MENEZES, de Madère (île portugaise). [*De l'étiologie comme source de diagnostic médical.*]
41. LAGARDETTE, d'Avenas (Ardèche). [*Considérations sur le tétanos.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,

LAURENS.

FEUILLETON.

Histoire des médecins, par Ibn Aby Oceïbi'ah (1).

Un médecin, qui n'est pas assez connu de ses confrères, quoique, à tous égards, il mérite de l'être, et qui joint à une grande modestie une vaste érudition et une profonde connaissance de la langue et de la littérature arabes, vient de publier dans le journal de la Société asiatique, quatre extraits de l'*Histoire des médecins* de Ibn Aby Oceïbi'ah. C'est pour nous un grand plaisir, en même temps qu'un devoir impérieux, de faire connaître au monde médical, parallèlement aux faits pratiques et doctrinaux, ces publications qui ont trait à l'exposition de la science dans les temps passés et aux écrits qui nous ont transmis son histoire. M. le docteur Sanguinetti, longuement préparé par des études sévères de linguistique générale et spéciale, ainsi que par une éducation médicale complète, était plus capable qu'aucun autre de porter le flambeau d'une saine critique et d'une interprétation judicieuse dans cette littérature médicale de l'Orient qui n'existe guère pour nous qu'à l'état de chaos confus ; car les traductions latines que nous possédons ne sont pas de nature à nous en donner une idée nette et juste. Aussi espérons-nous que ces premiers travaux de notre savant confrère ne seront qu'un premier pas dans une voie obscure et difficile dont il pourra, mieux que personne, franchir tous les obstacles pour en rendre la connaissance accessible au public médical.

L'auteur arabe, connu sous le nom d'Ibn Aby Oceïbi'ah, se nommait Mouwaffik Eddîn Abou'l Abbâs Ahmed ; il était fils d'Abou'l Kâcim, de la tribu des Khazradj. Il était de Damas, et naissait, au plus tard, en l'année 600 de l'hégire (1203 de J.-C.). Il avait étudié la médecine sous son oncle Rachîd Eddîn 'Aly, praticien distingué et directeur de l'hôpital ophthalmologique de Damas. Il avait également suivi les leçons de son père, qui était principalement chirurgien et oculiste. Dans l'année 634 de l'hégire (1236-1237

(1) EXTRAITS traduits pour la première fois, et publiés dans le *Journal asiatique* (1854-1855), par M. le docteur Sanguinetti.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 8 mai 1856.

CONSTITUTION MÉDICALE; FIÈVRES INTERMITTENTES ANOMALES; CONSIDÉRATIONS CLINIQUES. — RAPPORT SUR LE CAUSTIQUE DE M. LANDOLFI.

Paris, on le sait, n'est pas un milieu favorable au développement des fièvres intermittentes. Si l'on en rencontre un assez grand nombre, même à l'état endémique, dans quelques communes suburbaines, il n'en est pas de même de la capitale, où ce genre de fièvre n'est ordinairement, ni commun, ni marqué de caractères spéciaux qui soient dignes d'être relevés. Néanmoins, depuis plusieurs mois, nous avons eu occasion d'en rencontrer dans la pratique civile des exemples qui ne nous paraissent pas manquer d'intérêt : les uns, au point de vue des indications thérapeutiques; les autres, au point de vue du diagnostic, ce qui met également en cause le traitement.

Rien de plus simple en apparence que le traitement de la fièvre intermittente ; mais c'est quand elle veut bien céder aux antipériodiques. Dès que les sels de quinine et l'arsenic n'en ont pas raison, il ne faut pas moins que la mise en œuvre de toutes les ressources de la clinique, la distinction exacte des éléments morbides, la détermination de leur valeur respective, de leurs rapports de succession et de subordination, pour arriver à constituer un traitement méthodique, le seul qui ait chance d'être efficace. Qu'on nous passe une comparaison un peu recherchée, mais très exacte. Dans une forêt pleine de chemins tortueux et qui se croisent en mille sens, il suffit d'en bien connaître un seul, pour la traverser sans s'égarer et comme en se jouant. Mais que, par suite de dispositions nouvelles, ce chemin vienne à disparaître, et voilà notre voyageur perdu dans un labyrinthe. C'est tout à fait la position du médecin aux prises avec une fièvre intermittente rebelle. Dans la voie ordinaire, rien de plus commode que son rôle; hors de là, il n'y a plus pour lui, trop souvent, qu'embarras et confusion.

Ces remarques sont particulièrement applicables à des cas de fièvres tierces qui sont tombées récemment sous notre observation. Les accès revenaient bien tous les deux jours, mais à des heures variables, tantôt avançant, tantôt reculant, de deux, trois, quatre heures. Le frisson, généralement peu intense, durait très longtemps, quelquefois près d'une demi-journée ; dans le stade de réaction, la peau acquérait peu de chaleur, et donnait à la main une sensation d'aridité et d'âcreté ; la face ne rougissait pas, ne devenait pas turgescente, mais restait jaune et grippée ; le pouls était fréquent, mais peu développé, peu résistant et souvent inégal. La céphalalgie était insupportable, au point d'attirer toute l'attention des malades. La sueur se prononçait à peine ou même manquait entièrement, et les symptômes précédents ne se dissipaient qu'avec lenteur ; encore le mal de tête, quoique diminué, la brisure des membres et une certaine inégalité du pouls, persistaient-ils ordinairement jusqu'au frisson suivant. Chaque accès avait ainsi une durée considérable, de douze à vingt-quatre heures, et même plus, en même temps que la période de déclin était mal caractérisée. Ce n'était pas néanmoins la fièvre *subintrante;* car la rémission était manifeste : c'était simplement la tierce anomale, qui, en se prolongeant, peut devenir continue, au dire de Sauvages. La santé générale était en même temps fort troublée. Teint jaune de la peau ; face grippée ; abattement ; amaigrissement rapide ; anorexie constante ; dégoût pour les aliments; parfois sentiment de pesanteur à l'estomac ; langue extrêmement chargée d'un enduit jaunâtre; urines rares, épaisses, d'aspect variable, tantôt jumenteuses, tantôt déposant un sédiment rougeâtre ; constipation.

Après quelques accès, la matité splénique avait toujours augmenté d'étendue; parfois la percussion y était douloureuse, et le malade y ressentait une gêne particulière pendant le frisson.

Telle est la forme de fièvre intermittente contre laquelle nous avons vu, trois fois en peu de jours, le sulfate de quinine à la dose de 60 à 80 centigrammes, échouer complétement, même en le donnant de quinze à dix-huit heures avant les accès, soit en une seule fois, selon le précepte de M. Bretonneau, soit en plusieurs prises, à des intervalles de quelques heures, selon le précepte de M. Briquet. Dans un cas, le treizième ou quatorzième accès avait eu lieu quand nous fûmes appelé.

Il est assez de mode, aujourd'hui, de *formuler* le traitement d'une maladie, comme on formule l'ordonnance d'un médicament. Telle n'est pas notre prétention. Nous dirons simplement par quelles vues cliniques et avec quels moyens nous avons réussi à couper rapidement la fièvre dans les cas dont il s'agit plus haut et dans beaucoup d'autres analogues.

---

de J.-C.), il se rendit au Caire, où il exerça la médecine et où il remplit même un emploi à l'hôpital. Un an après, il s'en alla à Sarkhad, en Syrie, et entra au service du commandant 'Izz Eddin Aïdemîr, fils d'Abdallah, dont il fut le premier médecin. Il mourut dans le mois de Djoumâda premier, de l'année 668 de l'hégire (janvier 1270 de J.-C.).

Le principal ouvrage de l'auteur est son *Histoire des médecins*, dont le véritable titre est : *Sources de nouvelles au sujet des classes des médecins*; il est regardé comme classique en son genre. Ibn Aby Oceïbi'ah a aussi laissé un livre de médecine pratique, intitulé : *Expériences et observations utiles*. Enfin, il en avait commencé un troisième, qu'il n'a pas achevé, mais qu'il voulait intituler : *Monuments des nations et histoires des savants*. Tels sont les renseignements que M. le docteur Sanguinetti donne sur son auteur.

Ibn Aby Ossaïbi'ah va nous dire lui-même, dans sa préface, les raisons qui l'ont engagé à composer son livre. Son principal motif est que, s'il y a eu, depuis le commencement de la médecine, un très grand nombre de personnages qui ont médité sur cette science, se sont efforcés de la faire connaître et se sont illustrés dans la pratique, cependant il n'en a pas trouvé un seul, parmi les coryphées de l'art médical, qui ait composé un ouvrage général pour faire connaître les classes des médecins et rappeler successivement les circonstances de leur vie. C'est cette lacune qu'il a voulu combler, comme aussi il a voulu que son livre fût un extrait de leurs discours, de leurs récits, de leurs aventures, de leurs controverses, et qu'il renfermât quelques détails sur les titres de leurs ouvrages, afin de montrer le degré de science par lequel Dieu les a distingués, et la noblesse de nature et d'intelligence dont il les a gratifiés.

Il divise son livre en quinze chapitres, et il en fait hommage à la bibliothèque de Abou'lhaçan, fils de Ghazzâl, fils d'Abou Sa'îd, lequel était grand visir du roi Assâlih Ismâ'îl, à Damas, en l'année 628 de l'hégire (1231 de J.-C.). Pour mieux faire connaître cet ouvrage, nous donnons ici les titres des quinze chapitres qui le composent :

Première indication : Débarrasser l'estomac, dont la souffrance peut causer ou entretenir la fièvre. Le moyen par excellence est un vomitif où sont associés le tartre stibié et l'ipécacuanha : le premier pour assurer l'effet émétique, qui, sans cela, pourrait exiger une forte dose d'ipéca ; le second pour prévenir la substitution de la diarrhée aux vomissements, qui a lieu assez souvent quand le tartre stibié est administré seul, et qui, en général, ainsi que l'a bien vu Torti, n'est pas avantageuse. 1 gramme d'ipéca et 5 centigrammes d'émétique, mêlés et divisés en deux prises, à administrer à vingt minutes d'intervalle, donnent généralement, pour un adulte, l'effet désiré. Ce moyen a fréquemment pour résultat de troubler la fièvre dans sa marche anormale, de la *culbuter*, si l'on nous passe le mot, et de la rendre plus vulnérable aux autres coups qu'on va lui porter. L'accès suivant en est presque toujours ou avancé ou retardé, plus faible ou plus fort, mais, dans ce dernier cas, mieux accentué, plus *légitime*. Tous ces changements sont avantageux. De plus, la langue se nettoie, l'estomac devient moins pesant, l'appétit se déclare. Que si les premiers effets du vomitif n'étaient pas assez manifestes, dans les cas surtout où la fièvre dure déjà depuis longtemps, il serait prudent d'y revenir avant d'avoir recours aux antipériodiques : *melius tuto quam cito.*

Quand cette première indication est suffisamment remplie, il faut tâcher de transformer les accès incomplets, à stades obscurs, traînants, en des accès plus francs, plus courts, et surtout d'obtenir la sueur. Pour cela, on profite de l'appétit ramené par le vomitif pour faire faire au malade un repas assez copieux, arrosé de bon vin, assez près de l'accès futur pour que le frisson trouve l'organisme encore soutenu par l'alimentation, assez loin pour que le frisson ne risque pas d'enrayer la digestion : quatre heures sont un intervalle convenable. L'accès venu, le frisson passé, la chaleur établie, on administre de 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque dans deux ou trois tasses d'infusion de fleurs de sureau très chaude et sucrée. C'est un excellent moyen de développer la réaction, d'amener la sueur, et les conséquences ordinaires de ce changement sont l'abréviation de l'accès, sa terminaison plus nette, et une apyrexie plus franche. Nous sommes convaincu que cette sorte de satisfaction donnée aux manifestations régulières de la maladie contribue puissamment à préparer une heureuse solution.

C'est le moment d'en venir au sulfate de quinine. Nous le prescrivons, comme M. Briquet, à doses modérées : 60 centigrammes en moyenne, divisés en cinq prises, qui sont données de deux heures en deux heures, de telle sorte que la dernière prise précède l'accès d'une quinzaine d'heures. Ce mode d'administration nous a paru le plus sûr et le plus inoffensif.

Enfin, non content de décider le mouvement réactionnel dans le cours des accès, nous essayons de le *préparer* pendant les rémissions par l'administration des toniques, plus particulièrement de l'extrait de quinquina et du fer, que nous continuons même après la cessation complète des accès.

Nous le répétons, cet ensemble de moyens, qui pourrait sans doute se heurter à des cas réfractaires ou devrait être modifié en présence de dispositions individuelles, est néanmoins d'une application extrêmement générale et d'une efficacité presque constante.

Voilà pour certaines fièvres actuellement régnantes à Paris ; mais, nous l'avons dit, il en est d'autres où la difficulté ne réside pas dans le traitement après le diagnostic établi, mais bien dans le diagnostic lui-même. Celles-ci affectent la marche *subcontinue*, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de rémission, que les malades sont, d'une manière continue, en proie à la fièvre, à la céphalalgie, à la courbature, etc. Point de frisson ; mais, à des intervalles le plus souvent irréguliers, et ordinairement après des bâillements multipliés, la fièvre redouble, le pouls monte avec une rapidité extrême ; la peau, qui, hors ces moments, n'est pas très chaude et dont l'état contraste même, sous ce rapport, avec l'agitation du pouls — la peau acquiert une température élevée. Chez quelques sujets, surtout chez les enfants, il survient du délire. Dans la plupart des cas, ces symptômes s'apaisent sans que la sueur se soit montrée ; mais, dans d'autres, une sueur plus ou moins abondante coïncide avec la diminution de la fièvre. Ce signe est précieux : il éclaire, pour ainsi dire, toute la maladie, quand les exacerbations n'ont pas été annoncées par des bâillements ou des pandiculations. Supposez cet ensemble de symptômes survenant chez un enfant ou un jeune homme ; supposez, comme cela arrive quelquefois, une diarrhée préliminaire ; joignez à cela une fièvre intense avec exacerbation, une céphalalgie opiniâtre couronnant tout le crâne, du délire, l'absence de frissons intermittents, et vous aurez bien de la peine à ne pas vous croire en présence d'une fièvre typhoïde commençante. Ce sont les grandes différences observées dans l'intensité de la fièvre (le pouls variant, par exemple, de 90 à 140 pulsations) ; c'est le passage plus ou moins brusque du délire au calme parfait de la raison, en même temps que la fièvre décline ; c'est surtout, comme nous

---

Ch. 1er. — Comment la médecine a été découverte, et commencement de son existence.

Ch. 2. — Des classes des médecins qui ont connu les premiers quelques parties de la médecine et en furent aussi les inventeurs.

Ch. 3. — Des classes des médecins grecs de la lignée d'Esculape.

Ch. 4. — Des classes des médecins grecs auxquels Hippocrate a communiqué la médecine.

Ch. 5. — Des classes des médecins qui ont vécu après Galien, ou à peu près à son époque.

Ch. 6. — Des classes des médecins d'Alexandrie et des médecins chrétiens et autres qui vivaient à cette époque.

Ch. 7. — Des classes des médecins arabes qui existèrent dans les premiers temps de l'islamisme.

Ch. 8. — Des classes des médecins syriens du commencement de la dynastie des Abassides.

Ch. 9. — Des classes des médecins qui ont traduit des livres de médecine et autres de la langue grecque dans la langue arabe, et mention de ceux par l'ordre desquels ont été faites les versions.

Ch. 10. — Des classes des médecins de l'Irâk, de la Mésopotamie et du Diyârbekr (Diarbekir).

Ch. 11. — Des classes des médecins persans.

Ch. 12. — Des classes des médecins indiens.

Ch. 13. — Des classes des médecins originaires du Maghreb (Mauritanie et Espagne), et qui s'y sont fixés.

Ch. 14. — Des classes des médecins célèbres de l'Égypte.

Ch. 15. — Des classes des médecins célèbres de la Syrie.

M. le docteur Sanguinetti nous donne d'abord la traduction des deux premiers chapitres.

Dans le premier, Ibn Aby Ossaïbi'ah résume les diverses opinions qui ont eu cours dans l'antiquité sur les origines de la médecine, tout en convenant que c'est un point difficile à éclaircir ; et, en effet, il faut avouer qu'il ne donne aucune solution satisfaisante de ce problème. Il fait une première division entre ceux qui, croyant la matière éternelle, disent que la médecine est également éternelle, et ceux qui, croyant la matière créée, prétendent que la médecine l'a été

le disions, la coïncidence de la sueur avec une rémission imparfaite, qui éclairent le diagnostic et dictent le traitement.

Le traitement est simple : un vomitif au début et le sulfate de quinine dans l'intervalle des exacerbations. Il faut apporter une grande attention à déterminer le moment opportun pour l'administration du médicament ; car de là dépend le succès. Dans cette forme, plusieurs doses sont quelquefois nécessaires ; mais il est rare qu'on ne réussisse pas en deux ou trois jours. Nous sommes parfaitement convaincu que c'est dans les cas de ce genre que le sulfate de quinine a pu paraître jouir de la propriété de faire *avorter* la fièvre typhoïde (1).

— A l'époque où il se faisait grand bruit du traitement externe et interne du cancer par les procédés de M. Landolfi, nous n'avons pas craint de diriger une opposition en quelque sorte préjudicielle contre les prétentions du chirurgien napolitain (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 346). Il nous est revenu que cette opposition avait passé, auprès du principal intéressé, pour une marque d'hostilité personnelle. La suite a prouvé que nous n'avions été que juste. Nous donnons ci-après un long extrait du rapport de la commission qui avait été chargée de suivre les expériences de M. Landolfi à la Salpêtrière ; on s'assurera aisément que les conclusions de ce remarquable travail, qui est signé de MM. Broca, Cazalis, Furnari, Manec, Mounier, et Moissenet, rapporteur, confirment de tout point nos premières impressions. La commission a rempli sa tâche avec un zèle, une conscience et une prudence qu'on ne saurait trop louer, et qui se reflète dignement dans l'œuvre de son rapporteur.

(1) Voir à la *Revue des journaux*, p. 333, col. 1.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES CANCÉREUSES, PAR LA MÉTHODE DU DOCTEUR LANDOLFI, à l'hospice de la Salpêtrière, 1855, par une commission composée de MM. Broca, Cazalis, Furnari, Manec, Mounier, et Moissenet, rapporteur.

Composition des médicaments.

Le brôme soumis à un courant de chlore, sous une température ordinaire, donne des vapeurs dont la condensation, par un mélange réfrigérant, constitue le chlorure de brôme. Ce composé, qui est, ou qui du moins paraît être la base des médicaments externes et internes mis en usage par M. Landolfi, a été introduit par lui pour la première fois, en 1846, dans la thérapeutique médico-chirurgicale.

Ainsi que nous l'a démontré M. Fermond, pharmacien en chef de la Salpêtrière, il existe dans le commerce deux sortes de chlorure de brôme. L'un est d'un jaune d'or foncé, rutilant, très fluide, très transparent, même en masse, et fumant à l'air ; l'autre est d'un brun foncé, rutilant, très pesant, transparent seulement dans de petites couches, et fumant fortement aussitôt qu'il a le contact de l'air. Il a toute l'apparence du brôme, dont il est évidemment beaucoup plus riche que l'autre. La différence de ces deux chlorures paraît due à la présence d'une certaine quantité d'eau dans le premier, tandis que le second est anhydre. C'est avec ce dernier que doit être composée la pâte caustique.

Cette pâte a beaucoup varié dans sa composition. D'abord, en Italie, c'était un mélange par parties égales de

Chlorure de brôme ;
— de zinc ;
— d'or ;
— d'antimoine.

Plus tard, en Allemagne, les proportions de ces mêmes substances furent changées et le caustique fut composé ainsi qu'il suit :

Chlorure de brôme...	3
— de zinc.....	2
— d'antimoine .	1
— d'or.	1

Dans les deux formules, ces substances se trouvaient agglomérées au moyen d'une quantité suffisante de farine ou de poudre de réglisse, pour faire une pâte visqueuse plus ou moins épaisse.

M. Valentini nous apprend que pendant un certain temps M. Landolfi a employé de préférence un mélange caustique composé de chlorure de brôme et de chlorure d'antimoine, uni au moyen d'une poudre inerte.

A Paris, la composition employée sous les yeux de la commission ne contenait plus de chlorure d'or, et pourtant ce chlorure avait été considéré naguère en Allemagne, par M. Landolfi, comme possédant une action spéciale, sinon spécifique, contre le cancer encéphaloïde :

Chlorure de brôme...	3
— de zinc.....	2
— d'antimoine .	1

Ce mélange, non moins difficile à obtenir que les deux autres, à cause des vapeurs suffocantes que dégage le chlorure de brôme pendant sa préparation, exige un certain tour de main dont M. Marcotte, pharmacien de S. M. l'Empereur, paraît posséder à lui seul

également. Il divise ensuite ces derniers en deux nouveaux groupes : le premier comprend ceux qui disent que la médecine a été créée en même temps que l'homme ; le second, ceux en plus grand nombre qui pensent que la médecine a été découverte après la création de l'homme. Enfin, parmi ces derniers, il signale encore deux partis : l'un qui prétend que Dieu l'a inspirée aux hommes ; dans celui-là il range Hippocrate, Galien, les Dogmatiques et les poëtes grecs ; l'autre qui avance que ce sont les hommes qui l'ont mise au jour. Il entre ensuite dans de grands détails sur les lieux et sur les hommes qui ont été les premiers initiés à la science.

L'auteur arabe cherche plus loin à prouver que plusieurs connaissances médicales sont dues au hasard, et il en cite pour preuve un long passage d'Andromaque le jeune, archiatre de Néron, dans lequel ce médecin raconte comment il a été amené par hasard à introduire l'usage de la vipère séchée dans la thérapeutique. Ce fragment d'un auteur dont aucun ouvrage n'est parvenu jusqu'à nous, offre un intérêt particulier, en ce qu'il ne se trouve nulle part ailleurs que dans l'écrivain arabe ; et il est assez curieux de constater ici qu'on peut retrouver ainsi dans les écrits arabes un assez grand nombre de fragments d'auteurs grecs dont les textes sont perdus pour nous. Malheureusement, nous n'avons pas les moyens de contrôler ces fragments, et le manque complet de critique et de connaissances philologiques chez les Arabes doit nous tenir en méfiance contre leurs citations.

Le second chapitre contient une longue dissertation sur l'Esculape grec et sur les personnages identiques chez les autres nations.

M. le docteur Sanguinetti n'a point traduit les chapitres 3, 4, 5 et 6 de l'ouvrage d'Ibn Aby Ossaïbi'ah, lesquels traitent des médecins grecs et de ceux de l'école d'Alexandrie. Il en donne pour raison que leur histoire nous est connue au moyen de sources plus abondantes et plus pures que celles des Arabes. Il passe immédiatement au chapitre 7, c'est-à-dire aux médecins arabes qui vécurent dans les premiers temps de l'islamisme. A cette époque, la médecine n'était presque pas cultivée chez les Arabes, ou, du moins, il n'existait pas encore d'écoles chez eux où l'on pût s'instruire dans l'art de guérir. Aussi, les médecins dont il parle avaient étudié soit

le secret. La pâte employée à la Salpêtrière, préparée par ce pharmacien lui-même, ou suivant ses indications, par M. Fermond, avait toutes les qualités requises par son inventeur. Elle avait la consistance et le reflet d'une pommade, la couleur rouge brun foncé du vieil acajou verni et elle répandait à l'air libre des vapeurs roussâtres, plus ou moins épaisses, suivant l'élévation ou l'abaissement de la température ambiante, et d'une odeur tellement pénétrante que l'on était obligé, à chaque application, de ventiler la salle, afin que les malades et les personnes présentes n'en fussent point incommodées. Le flacon de verre qui contient la pâte doit être hermétiquement bouché et conservé dans l'eau fraîche et à l'abri de la lumière. Mais, malgré ces précautions, si le flacon n'est pas exactement rempli, le chlorure de brôme se volatilise encore dans la partie vide. Quelle que soit d'ailleurs la rapidité avec laquelle on met en œuvre cette préparation, on ne peut l'étendre sous forme d'emplâtre, ni la combiner avec d'autres substances, sans d'incessantes et incalculables déperditions du chlorure volatil.

Ce caustique est employé tantôt pur, tantôt mêlé à l'onguent basilicum, au baume Geneviève ou au cérat dans les proportions de 1/3, 1/5, 1/10, 1/15, 1/20. Ces diverses combinaisons sont désignées par M. Landolfi sous les dénominations de caustique au 1/3, au 1/5, etc. Mais ces quantités, n'étant dosées qu'à la pointe de la spatule et avec une grande précipitation, ne peuvent jamais être bien exactes.

D'autres préparations chloro-bromiques ont encore été expérimentées. Les membres de la commission ayant désiré connaître quelle était la part des différents chlorures et surtout du chlorure de brôme dans les effets produits par le caustique trichloruré, M. Fermond a composé la pâte suivante :

Chlorure de brôme...	18
Phosphate de chaux ..	30
Réglisse...........	3
Sirop..............	q. s.

dans laquelle le chlorure de brôme entre pour un tiers, les deux autres tiers étant constitués par des substances inertes.

Plus tard, le 25 août, M. Landolfi a supprimé dans son caustique le chlorure d'antimoine, et M. le pharmacien en chef a préparé d'après ses indications le mélange qui suit :

Chlorure de zinc......... } — de brôme....... }	3
Poudre de réglisse.......	4
Sirop.................	2

Ces mélanges, d'une couleur jaune orangé plus ou moins foncée et d'une activité différente, sont onctueux, susceptibles d'être étendus, par couches plus ou moins épaisses, sur du linge ou de la charpie, et par conséquent leur emploi est des plus commodes.

Le chlorure de brôme seul a été employé en badigeonnages sur la peau ou sur les plaies, comme la teinture d'iode et l'iode caustique de Lugol.

Ajouté à l'eau pure dans les proportions de 10 à 20 gouttes pour 500 à 1,000 grammes, il est mis en usage pour lotionner les plaies ou pour imbiber des plumasseaux de charpie et des compresses qui restent à demeure en guise de pansement.

A la suite de la cautérisation, M. Landolfi fait grand usage de l'onguent basilicum, qui est suppuratif, et du baume Geneviève qui jouit de propriétés excitantes et désinfectantes.

Les formules du traitement *interne*, ainsi que celles du traitement externe, ont subi des modifications dont nous ne signalerons que la plus importante. En Allemagne, M. Landolfi administrait le chlorure de brôme en pilules dont voici la composition d'après M. de Brunn :

Chlorure de brôme...............	0,10 centigr.
Semences de phellandrium aquaticum.	1 gramme.
Extrait de ciguë (ou d'aconit).......	0,50 centigr.
Pour 10 pilules.	

Deux à quatre dans les vingt-quatre heures.

Dans ces pilules, les propriétés du chlorure de brôme se trouvaient compliquées de celles de l'extrait de ciguë ou d'aconit.

A Paris, M. Landolfi les a remplacées par la préparation suivante :

Chlorure de brôme.................	2 gouttes.
Sirop de phellandrium aquaticum......	60 grammes.
Eau pure........................	500 —

à prendre à la dose de deux à quatre cuillerées par jour. Cette dose, quelque faible qu'elle soit, est cependant celle dont « l'expérience du médecin napolitain lui aurait démontré la supériorité. » (Comptes rendus des séances.)

Il est bon de prévenir que les gouttes de chlorure de brôme versées dans l'eau subissent une décomposition immédiate. Le brôme se précipite au fond du vase et ne tarde pas à être redissous. C'est sans doute le résultat de la conversion du chlorure de brôme en acide chlorhydrique et bromhydrique et de la dissolution de ces acides dans l'eau. Il doit se passer ensuite d'autres réactions entre ces acides et les sels qui entrent dans la composition de l'eau.

Mode d'application du caustique.

Le procédé employé par M. Landolfi pour l'application de son caustique est des plus simples. La partie que l'on veut cautériser est entourée de linges enduits de pommade chloroformée, quelquefois même cette précaution est omise. La pâte est rapidement étendue au moyen d'une spatule, tantôt sur un plumasseau de charpie, tantôt sur un morceau de linge, en couche uniforme, d'une épaisseur et d'une surface proportionnées aux dimensions de la tumeur ou de l'ulcération que l'on veut cautériser. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur très volumineuse, M. Landolfi applique plusieurs emplâtres caustiques à côté les uns des autres. Quelquefois même il les superpose (n° 1, Saint-Thomas). Cette application est souvent

---

à Alexandrie, soit en Perse, et surtout à Djondaïçabour, dans le Khoûzistan. Ils ne sont connus ni par les histoires de la médecine, ni par les biographies des médecins ; et pourtant l'historien arabe donne sur eux des détails nombreux et intéressants, tant sous le rapport scientifique que sous le rapport historique. J'en donnerai pour preuve l'anecdote suivante : Hacam, médecin de Damas, en passant devant la boutique d'un chirurgien-barbier, vit un homme que ce dernier avait saigné à la veine basilique. L'artère avait été ouverte, et le barbier ne connaissait aucun moyen d'arrêter le sang, les compresses et les toiles d'araignées n'ayant réussi à rien. Hacam demanda une pistache, la fendit, jeta l'amande, prit une moitié de l'écorce, la plaça sur le lieu de la saignée, puis coupa une bande de toile avec laquelle il serra l'écorce sur la blessure. Après avoir solidement arrêté la ligature, il fit conduire le malade près du fleuve Barada, lui fit placer le bras dans l'eau, et le laissa ensuite dormir sur le bord de la rivière, en le confiant à la garde d'un de ses disciples. Il défendit qu'on le laissât retirer de l'eau son bras, à moins que l'excès du froid ne mît ses jours en danger. Cela dura jusqu'au soir, où l'on ramena le malade à sa demeure. Hacam défendit de défaire le bandage avant cinq jours. L'écorce tomba d'elle-même le septième jour, et à sa place il resta du sang sec. Hacam défendit encore d'enlever ce caillot, qui se détacha peu à peu et laissa voir la plaie cicatrisée après plus de quarante jours. Ce malade fut complétement guéri.

Voilà, si je ne me trompe, une particularité bien intéressante de l'histoire des plaies artérielles et une application bien heureuse de la compression jointe à une espèce d'irrigation continue. On ne s'attendait guère, assurément, à trouver dans un auteur arabe la compression méthodique appliquée rationnellement à la guérison des plaies artérielles.

Le chapitre 8, dont M. le docteur Sanguinetti nous donne ensuite la traduction, contient l'histoire de quelques médecins de l'école de Djondaïçabour. Le premier se nomme Djoûrdjis, fils de Djabrîl, c'est-à-dire Georges, fils de Gabriel. Il était chrétien, et voici comment il devint le médecin du calife Almanzor : Lorsqu'on vint le chercher à Djondaïçabour par ordre du calife, il dit à l'envoyé :

soutenue au moyen de bandelettes agglutinatives, puis recouverte de compresses, et enfin on assujettit le tout avec des bandes ou un bandage de corps.

L'appareil est maintenu pendant vingt-quatre heures, quelquefois pendant quarante-huit. Puis le pansement est fait avec une compresse simple, enduite d'onguent basilicum, assez grande pour recouvrir la partie escharifiée et s'étendre au delà dans un rayon de 4 à 5 centimètres. Par-dessus cette compresse, on applique un cataplasme de mie de pain et de lait qui est renouvelé plusieurs fois en vingt-quatre heures. Plus tard, le pansement varie suivant les indications. L'onguent basilicum est remplacé par l'onguent Geneviève, le cérat, les lotions avec la solution de chlorure de brôme. Enfin, des cautérisations nouvelles et des applications de topiques chlorobromiques plus ou moins énergiques modifient les soins consécutifs à la cautérisation par le caustique pur.

Mode d'administration du chlorure de brôme à l'intérieur.

Ce n'est que quinze jours après le début du traitement externe que M. Landolfi commence l'administration de son traitement interne. Il donne d'abord une cuillerée à soupe de sa solution, matin et soir, une heure avant le repas, puis deux cuillerées; mais jamais davantage. L'usage du chlorure de brôme à l'intérieur est continué pendant toute la durée du traitement externe, et même deux à quatre mois après la cicatrisation. Puis, les années suivantes, pour être préservés de la récidive, les malades doivent reprendre la solution aux mêmes doses pendant les mois d'avril et de mai, et ensuite pendant les mois de septembre et octobre.....

Effets chimiques du caustique.

Les effets chimiques du caustique ont été étudiés sur le cadavre et sur le vif. Nous avons appliqué et maintenu appliqués pendant vingt-quatre heures sur le cadavre des emplâtres de dimensions déterminées, composés, soit avec le caustique trichloruré, soit avec le chlorure de brôme uni dans la proportion d'un tiers à des substances inertes, soit avec le chlorure de brôme et de zinc, soit avec le chlorure de brôme et d'antimoine dans la proportion de deux parties de chlorure de brôme pour une partie de chlorure de zinc ou d'antimoine et quantité suffisante de substances inertes pour faire une pâte malléable. L'application de la pâte au chlorure de brôme seul a produit une exfoliation de l'épiderme dépassant de plus d'un centimètre les limites de l'emplâtre caustique. Celles qui contenaient, avec le chlorure de brôme, des chlorures de zinc ou d'antimoine, ont produit, outre la vésication diffuse, une flétrissure remarquable de la surface du derme justement au-dessous de l'emplâtre et pas au delà. Or, ce dernier effet étant propre aux chlorures de zinc et d'antimoine, il est évident que la vésication diffuse appartient au chlorure de brôme seul.

On pressent déjà quelles conclusions on peut tirer de ces faits par rapport à l'action de chacun de ces chlorures sur le vivant.

L'action du caustique trichloruré sur les tissus vivants est toujours profonde. La profondeur de l'eschare est en général proportionnée à l'épaisseur de la couche de l'emplâtre caustique. Celle-ci devra donc varier en raison du volume des parties que l'on se propose de détruire. Maintes fois cependant il nous a semblé évident que des couches d'égale épaisseur ne donnaient pas des eschares semblables. Nous avons attribué ces irrégularités d'action, tantôt à la différence de texture des parties cautérisées, tantôt à l'altération que le caustique est susceptible de subir dans les intervalles des diverses cautérisations. Toutefois, nous pouvons dire approximativement qu'un emplâtre caustique de $0^m,003$ à $0^m,005$ d'épaisseur produit des eschares de 0,018 à 0,030 de profondeur à peu près. M Landolfi lui-même nous laisse à cet égard dans le vague lorsqu'il dit, art. 4 : « *Cinq à six millimètres de ce remède suffisent pour produire une » eschare de plusieurs centimètres.* » Mais si, d'une manière générale, on peut dire que la profondeur de l'eschare est toujours proportionnée à la quantité du caustique, il s'en faut de beaucoup que ce résultat soit uniforme dans toute l'étendue de l'eschare. Quand le caustique est appliqué sur des surfaces ulcérées, il les attaque avec une vivacité qui n'a point d'obstacles, agit sur place, dépasse à peine les parties avec lesquelles il est en contact, et son action s'exerce uniformément en profondeur. Mais lorsque l'application a lieu sur la peau saine, la mortification s'étend en superficie beaucoup au delà de ses limites et les dépasse quelquefois de 5 à 6 centimètres. Dans ce cas, M. Landolfi n'est donc pas autorisé à dire (comme il l'affirme), *que son caustique ne fuse pas et se fixe en limitant son action aux parties que l'on veut détruire.*

C'est dans ce cas aussi que l'eschare cesse d'être uniforme. Elle présente sa plus grande épaisseur à son centre et s'amincit graduellement à sa circonférence au point que ses bords comprennent à peine toutes les couches de la peau. A quoi devons-nous attribuer cette configuration irrégulière des parties escharifiées, sinon à la désagrégation et à l'action différente de divers caustiques associés dans le mélange trichloruré ? Le chlorure de brôme, en raison de son extrême volatilité, activée par la chaleur des tissus, abandonne en partie l'emplâtre caustique pour se répandre non-seulement dans l'air ou dans les appareils de pansement, mais encore sur les tissus dans lesquels il trouve les éléments de sa transformation en acides chlorhydrique et bromhydrique. La résistance de la peau, en ralentissant son action profonde, favorise son expansion périphérique. Dans ce mouvement excentrique, une partie des chlorures de zinc et d'antimoine peut être entraînée. Mais la plus grande partie doit rester en place, y exercer une action plus prolongée et produire une désorganisation plus profonde. Les linges chloroformés, dont M. Landolfi entoure son emplâtre caustique, ne sont pas capables d'opposer le moindre obstacle à sa diffusion. Les bandelettes de diachylon, les capsules de verre et de porcelaine ont été proposées par nous au médecin napolitain; mais ces moyens, nous a-t-il répondu, déjà mis en usage par lui, ont tou-

---

« J'ai ici des devoirs à remplir, et il faut que tu m'attendes quelques jours, si je dois me mettre en route avec toi. » Mais l'ambassadeur répondit : « Tu partiras avec moi demain, sinon je te ferai sortir de cette ville par force. » Djoûrdjis ayant résisté, l'envoyé du calife le fit garrotter et l'emmena à Bagdad. Il fut comblé de faveurs par son royal client. Mais, au bout de quatre ans, étant tombé dangereusement malade, il demanda et obtint la permission de retourner dans son pays. Almanzor lui dit : « O Djoûrdjis, crains Dieu, fais-toi musulman, et je te garantis le paradis. » Le médecin répliqua : « Je veux mourir dans la religion de mes ancêtres. » Il partit chargé de présents, et mourut deux ans après, des suites d'une chute.

Vient ensuite l'histoire du fils de ce Djoûrdjis, nommé Baktîéchou, c'est-à-dire Bonheur de Jésus. Il fut médecin de Haroun Arrachîd, et il eut un fils nommé Djabrîl, dont la vie est longuement racontée dans ce chapitre. Tous les membres de cette famille de médecins, qui demeurèrent successivement auprès des califes de Bagdad, étaient les plus savants de leur temps. « Dieu les avait distingués, dit Ibn Abou Oceïbi'ah, par la noblesse de leurs âmes, la générosité de leurs pensées, leur piété, leur bienfaisance et leur libéralité. Ils répandaient d'abondantes aumônes, ils visitaient les malades pauvres et indigents, ils secouraient les malheureux et les opprimés; tout cela d'une manière qui dépassa tout ce qu'on pourrait dire à ce sujet. »

Ce compte rendu bien succinct des fragments traduits par M. le docteur Sanguinetti, de l'historien arabe des médecins, nous semble de nature à faire désirer une publication plus complète. Ibn Aby Oçeïbi'ah est un écrivain très instruit, plus judicieux que la plupart de ses compatriotes et très versé dans l'étude de la science médicale. En le lisant avec un esprit de critique sévère, on y trouverait des matériaux propres à enrichir l'histoire médicale de plusieurs faits intéressants. Malgré la juste méfiance que doivent, en général, inspirer les auteurs arabes, il est certain pourtant que leurs écrits renferment des documents que l'on chercherait vainement ailleurs, et qui sont utiles à connaître à plusieurs points de vue. Nous croyons en avoir donné une preuve en rapportant plus haut l'anecdote rela-

jours été incapables d'apporter des entraves à l'action puissante de son caustique. Moins admirateurs que M. Landolfi de cette puissance extraordinaire, nous considérons ces écarts du caustique comme une conséquence fâcheuse de sa composition qui lui fait perdre à nos yeux presque toute valeur. En fusant au delà des limites de son application, le caustique Landolfi expose les malades à des déperditions de substance inutiles et même dangereuses. Ainsi, nous avons vu pratiquer sur un ganglion, gros comme un haricot et situé sur la peau, plusieurs cautérisations dépassant sa circonférence de près d'un centimètre dans tous les sens et n'atteignant jamais toute son épaisseur (observation n° 8).

Ce défaut de précision dans l'action du caustique, devenant de plus en plus manifeste suivant l'étendue de l'emplâtre, a déterminé des déperditions de substance funestes chez la malade du n° 4.

Les eschares produites par le caustique trichloruré pur n'ont pas dans toute leur étendue une couleur ni une consistance uniformes. Leur centre est généralement plus blanc, plus sec, plus grenu ; leur circonférence plus grise, plus molle, plus cohérente. Nous retrouvons au centre les caractères de l'eschare des caustiques zinciques, et à la circonférence des caractères qui sont surtout propres aux chlorures d'antimoine et de brome.....

Le chlorure d'antimoine ayant été soupçonné par nous de favoriser la déliquescence et la diffusion du caustique, M. Landolfi l'a fait supprimer, et comme on le verra dans les observations, dès le 25 août, plusieurs cautérisations ont été pratiquées avec le caustique aux chlorures de zinc et de brome. Les eschares produites par ce nouveau caustique ont varié suivant que l'application en a été faite sur des parties ulcérées ou sur la peau saine. Dans le premier cas, les eschares étaient nettement délimitées au pourtour de l'emplâtre; dans le second, elles n'étaient pas moins diffuses que celles du caustique trichloruré. Dans les deux cas, l'épaisseur des eschares a été peu considérable ; elle dépassait à peine celle de la couche caustique.

Le chlorure de brome seul, à l'état liquide ou solidifié et réduit en pâte par l'addition de deux tiers de substances inertes, produit sur la peau des brûlures aux 1er, 2e et 3e degrés, suivant la quantité plus ou moins considérable qui est mise en usage et suivant la durée de l'application ; sur les parties ulcérées, des eschares molles, pulpeuses, d'un gris blanchâtre, qui n'égalent pas toujours l'épaisseur de la couche caustique. La pâte chloro-bromique fuse sur la peau d'autant plus au delà des limites de son application que son épaisseur est plus considérable.

Les eschares produites par le caustique trichloruré au 1/3 ressemblent beaucoup à celles du caustique pur. Quant à celles des caustiques au 1/5, au 1/10, etc., elles ne sont ni plus épaisses, ni plus consistantes que celles du caustique au chlorure de brome pur, et toutes se rapprochent plus ou moins de celles de la cautérisation au nitrate d'argent. Il ne faut donc pas compter sur ces préparations affaiblies pour opérer la destruction des tumeurs cancéreuses du sein. Elles doivent être réservées pour réprimer des bourgeons suspects d'un petit volume et s'il est permis de se servir de cette expression, pour polir et régulariser une surface ulcérée dont on veut hâter la cicatrisation.

Déjà, d'après ce que nous venons de dire, on peut faire la part des inconvénients et des avantages de chacun des trois chlorures dans les effets immédiats du caustique Landolfi. Le chlorure de brôme est l'agent vésicant. Il attaque vivement, mais superficiellement, la peau, et prépare l'action immédiate des autres. Mais il enlève à cette action toute la précision que possèdent les mélanges de chlorure d'antimoine et de zinc ou de chlorure de zinc seul uni à la farine, sous la dénomination de pâte de Canquoin. La diffluence du caustique Landolfi et l'inégalité des eschares doivent être attribuées au chlorure de brôme. Sur les surfaces dénudées, le caustique Landolfi est d'une application plus exacte. Mais dans cette condition nous ne voyons pas qu'il ait le moindre avantage sur le caustique de zinc pur.

Ajoutons que *cette évaporation si rapide* (article 3), que M. Landolfi considère comme un des grands avantages de son caustique, a, selon nous, l'inconvénient capital de réduire l'emploi du caustique aux surfaces libres et de rendre à peu près impossible son application dans la bouche, le nez, l'œil et le vagin.....

Effets locaux consécutifs à l'escharification.

La désorganisation des parties vivantes au moyen du caustique est immédiatement accompagnée de douleurs vives, pénétrantes, que les malades comparent à celles produites par le feu. Plus ou moins intenses suivant une infinité de conditions particulières, idiosyncrasie, sensibilité des parties, étendue et épaisseur des couches caustiques, etc., elles sont généralement bien supportées. Les femmes cancérées qui étaient tourmentées par diverses sensations plus ou moins tenaces et énervantes, élancements, prurit, constriction, etc., semblent s'accommoder d'une douleur nouvelle qu'elles savent être passagère, et qui, en effaçant les autres, semble leur garantir un soulagement durable. Elles souffrent courageusement pendant six heures une torture qui serait insupportable si elle n'était allégée par l'espoir de guérir. Pour quelques-unes, le caustique est encore plus cruel, car son action n'est pas épuisée après seize et même vingt-quatre heures.

Les cautérisations subséquentes paraissent d'autant plus pénibles qu'elles sont plus répétées. Nous avons même noté que des applications du caustique au 1/3 et au 1/5 avaient produit des douleurs plus atroces et plus prolongées que le caustique pur....

La commission établit que l'application du caustique trichloruré, ou de ce caustique modifié au tiers, ou des caustiques au chlorure de brôme, a amené des érysipèles 4 fois sur 12 malades ; que le caustique contenant du chlorure de zinc produit souvent l'hémorrhagie ; qu'une réaction générale intense a toujours été provoquée par la cautérisation, quelquefois avec des vomissements bilieux ;

---

tive à la compression de l'artère brachiale. Nous serions heureux si nous pouvions décider M. Sanguinetti à enrichir notre littérature médicale des trésors qu'il est peut-être seul, parmi tous les médecins contemporains, capable de nous faire bien connaître. Dans tous les cas nous ne laisserons échapper aucune occasion d'attirer sur les ouvrages de ce genre l'attention du public ; et nous sommes convaincus qu'en agissant ainsi, nous contribuerons utilement à l'avancement de la science. M. Sanguinetti, craignant bien à tort, suivant nous, l'indifférence de ses confrères pour les études d'histoire médicale, a tout d'abord employé ses veilles et son intelligence à des travaux étrangers à la médecine. Les orientalistes de l'Europe ont déjà eu souvent l'occasion d'apprécier ses qualités éminentes d'interprète et de philologue érudit. Mais ce savant ne peut oublier qu'il est médecin, et qu'il a des devoirs spéciaux à remplir envers notre science. Nous considérons cette première publication médicale comme un engagement de sa part à se consacrer entièrement à l'étude des médecins arabes ; et nous attendons de lui tout à la fois la suite de ses travaux sur Ibn Aby Oceïbi'ah, et des commentaires bien désirables sur les autres écrivains arabes, que nous avons tant intérêt à connaître.

Dr René Briau.

— On a porté devant M. Legoyt, chef du bureau de la Statistique de France au ministère de l'agriculture et du commerce, une réclamation contre le chiffre 112 du mouvement de la population parisienne. (Voy. p. 142 et 282, *Gazette hebdomad.*, 1856.)

M. Legoyt maintient le nombre 112 *pour la période* 1836-1844. Cela suffit complétement pour justifier l'hypothèse N > D qui nous a servi à démontrer le vice radical de la méthode Carnot. Il y a maintenant chose jugée.

M. Legoyt, à cette occasion, rectifie une faute de typographie du volume cité de la Statistique de France (Population, 2e série, p. XXXIII, *in fine*), où le correcteur lui a fait dire 1836-1854, au lieu de 1836-1844. Les statisticiens en prendront bonne note.

B.

que chez plusieurs malades on a observé des accidents généraux et des symptômes intestinaux qui semblaient indiquer une intoxication imputable probablement au chlorure de brôme ; que le dégagement des vapeurs chlorobromiques au moment de l'application occasionne de la toux et de la dyspnée ; que la résolution des engorgements ganglionnaires *après la destruction du cancer n'appartient pas plus au procédé Landolfi qu'à tout autre, non plus que l'amélioration de la santé générale.*

Méthode curative.

La commission avait précédemment proposé à M. Landolfi plusieurs questions auxquelles il a dû répondre par écrit. Voici deux de ces réponses :

« 1° *Mon caustique, imprimant aux parties sur lesquelles il est » appliqué un surcroît de vitalité, dispose les noyaux cancéreux à » se développer. Je mets à profit cette circonstance pour les détruire » à l'aide de nouvelles applications qui ont pour effet de provoquer » une suppuration plus louable et plus profonde, une granulation » de meilleure nature, et finalement de conduire à une guérison plus » sûre ;*

» 2° *Si, quelques jours après le commencement du traitement ex» terne, on soumet les malades à l'usage interne du chlorure de » brôme, j'ai la conviction que l'état général ne sera pas moins heu» reusement modifié que l'état local, car, me fondant toujours sur » ma longue expérience, je considère le chlorure de brôme comme un » modificateur des maladies cancéreuses non moins efficace que le » mercure dans les maladies syphilitiques et l'iode dans les maladies » scrofuleuses.* »

Si nous avons bien saisi le sens de la phrase n° 1, M. Landolfi se félicite de posséder un caustique capable de favoriser le développement des bourgeons cancéreux, et il utilise cette heureuse propriété pour la guérison du cancer. Le caustique, à tous les degrés, depuis le caustique pur jusqu'au mélange au 1/20 avec le baume Geneviève, devient alors un topique destiné à multiplier le contact du chlorure de brome avec les surfaces saines ou malades, afin de hâter l'éclosion et l'accroissement des germes cancéreux de tous les âges, et de mettre l'opérateur à même de les détruire plus facilement jusqu'à épuisement complet de l'élément morbide. Quelle que soit l'opinion de M. Landolfi sur la pathogénie du cancer, qu'il l'envisage comme une affection purement locale ou comme une maladie générale, cette thérapeutique est également inacceptable, pour ne pas dire plus. Si l'on adopte la doctrine de la localisation du cancer, comment admettre qu'un même remède, capable d'imprimer aux parties malades une vitalité suffisante pour y faire pousser le cancer, puisse en même temps amener sa destruction totale ? Après plusieurs évolutions et destructions partielles et successives, il est possible que l'on arrive à débarrasser un ulcère de toute manifestation cancéreuse apparente. Mais des germes invisibles à l'œil nu, développés dans la profondeur des tissus sous l'influence du caustique fécondant, ne tarderont pas à s'accroître et à perpétuer ainsi indéfiniment la maladie. Si, au contraire, on admet que le cancer consiste dans une altération générale de l'organisme, peut-on espérer d'arriver jamais par le traitement local de M. Landolfi, à l'épuisement de l'élément morbide ainsi généralisé ?

Nous avons été témoins de ces poussées cancéreuses incessamment excitées par le caustique et constamment attaquées par lui ; nous avons vu, et le fait mérite d'être consigné ici, des plaies d'une belle apparence, et recouvertes de granulations et d'une suppuration de bonne nature (pour nous servir d'expressions familières à M. Landolfi), nous avons vu ces plaies présenter le lendemain des bourgeons cancéreux, très reconnaissables à leur couleur blanchâtre, à leur forme arrondie et à leur consistance particulière, qui acquéraient promptement, les jours suivants, des proportions considérables et nécessitaient de nouvelles cautérisations.

Mais nous sommes loin de croire avec M. Landolfi que son caustique possède à lui seul cette vertu régénératrice. Tous les caustiques, quels qu'ils soient, jouissent de la propriété d'imprimer *un surcroît de vitalité* aux parties sur lesquelles on les applique *et de disposer ainsi les noyaux cancéreux à se développer*.... Aussi, loin d'admettre avec M. Landolfi, que son caustique et sa méthode de cautérisation conduisent les malades à une guérison plus sûre, nous sommes prêts à soutenir une opinion tout opposée.

Recherchons donc si l'application du caustique chlorobromique aux manifestations locales du cancer, leur apporte quelque autre modification susceptible d'être considérée comme plus spéciale que celle dont il vient d'être question.

Mêlé plus ou moins intimement aux chlorures de zinc et d'antimoine, le chlorure de brôme décèle-t-il sa présence dans ce mélange par quelque effet propre qui rappelle les effets des topiques mercuriels sur les tumeurs et les ulcérations syphilitiques, des topiques iodés iodurés sur les ulcérations scrofuleuses ? Malgré la plus grande attention, nous n'avons pu saisir cette séduisante analogie, soit que nous l'ayons poursuivie dans les applications des caustiques trichlorurés ou bichlorurés purs ou modifiés, soit que nous ayons voulu la découvrir dans les lotions, applications ou badigeonnages avec le chlorure de brôme mêlé ou non à l'eau pure. Les caustiques chlorobromiques, comme déjà nous l'avons dit, ne nous ont montré que les effets des caustiques zinciques et antimoniques plus ou moins heureusement modifiés. Or, longtemps avant M. Landolfi, M. Canquoin considérait ces caustiques comme des modificateurs spéciaux des manifestations cancéreuses, et cette prétention n'a point été confirmée par l'expérience. Avant M. Landolfi, M. Canquoin a reconnu que les caustiques au chlorure de zinc étaient doués de propriétés antihémorrhagiques, désinfectantes, etc. Et si les caustiques chlorobromiques les possèdent, c'est justement parce qu'ils ont pour base les chlorures de zinc et d'antimoine.

Le chlorure de brome vient-il ajouter un degré de plus à ces propriétés dans le caustique Landolfi ? Appliqué seul et pur de tout mélange, il cautérise superficiellement. Mêlé à l'eau dans la proportion de 1 gramme pour 500, il désinfecte les plaies, les nettoie, leur donne une excitation favorable à la cicatrisation. Il se comporte enfin comme les liqueurs chlorurées, comme les solutions iodées-iodurées dont il partage plus ou moins les qualités chimiques ; mais pas plus que le chlore et l'iode, il n'exerce la moindre modification locale spéciale sur les bourgeons caractéristiques des ulcères cancéreux, sur les tumeurs squirrheuses ou encéphaloïdes recouvertes par la peau ; le chlorure de brôme pur, étendu en badigeonnage ou mêlé à l'eau en applications et lotions, cautérise encore, ou seulement rubéfie, ou est absorbé sans altération apparente de la surface cutanée. Par ces actions diverses, il est peut-être capable de concourir à la résolution d'un engorgement inflammatoire concomitant. Mais nous pouvons affirmer que jamais sous nos yeux il n'a déterminé aucune influence résolutive sur la tumeur cancéreuse elle-même. Or, on sait que le mercure et l'iode, quelle que soit la forme sous laquelle on les applique extérieurement, se comportent tout autrement avec les ulcérations et les tumeurs syphilitiques ou scrofuleuses. On sait même que souvent leur action curative dans le traitement de ces maladies est tellement manifeste qu'elle peut servir, pour ainsi dire, de pierre de touche, et fixer un diagnostic resté d'abord incertain.

Mais peut-être le traitement interne viendra-t-il en aide au traitement local, comme M. Landolfi assure l'avoir souvent constaté depuis de longues années ? Etudions donc *les effets de la combinaison des deux médications.*

Contrairement à la pratique usitée dans le traitement des affections générales, comme la syphilis, la scrofule et le cancer, le médecin napolitain débute par le traitement des manifestations locales du cancer, et ce n'est que quinze jours plus tard qu'il cherche à modifier l'état général par le traitement interne. « *J'ai reconnu*, dit» il (séance du 5 mai), *que l'influence du traitement externe se faisait sentir sur les malades pendant quinze jours au moins, et que le » traitement interne n'avait d'application utile que passé ce temps.* » Pour nous, cette influence prolongée du traitement externe ne serait applicable d'une manière satisfaisante que par l'absorption du chlorure de brome mêlé à l'emplâtre caustique et son action généralisée sur tout l'organisme. Aussi, afin de savoir si cette absorption avait lieu, avons-nous fait analyser par M. Perron, pharmacien interne de notre service, les urines de deux malades (n° 1 et n° 4 bis), chez lesquelles M. Landolfi avait appliqué des em-

plâtres caustiques de la plus grande dimension (1). Les urines soumises à l'analyse, avaient été recueillies le jour même de l'opération. Dans le premier cas, M. Perron nous a fait constater la présence de quantités fort minimes de brome, reconnaissables par la couleur jaune et l'odeur caractéristique du liquide en expérimentation. Dans l'autre cas, le liquide ayant été projeté hors de l'éprouvette par un dégagement considérable d'acide carbonique, nous n'avons pu voir la coloration jaune ; l'odeur seule nous a permis de croire à l'existence du brome dans le liquide projeté. En outre, les urines du n° 1, recueillies les troisième et quatrième jours après l'opération, ont été soumises à l'analyse d'après le même procédé, et déjà toutes traces du brome avaient disparu.

Ainsi que l'extrême volatilité du chlorure de brome pouvait le faire pressentir, ces expériences démontrent que si le brome existe en très petite quantité dans les urines pendant les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'opération, il n'y est déjà plus au troisième et au quatrième jour ; que, par conséquent, l'organisme pourrait sans danger en recevoir des quantités nouvelles pendant les quinze jours qui succèdent à la cautérisation. Si, en vérité, ce médicament administré à l'intérieur a quelque vertu curative spéciale, nous ne comprenons pas pourquoi M. Landolfi ne le met pas en usage avant le traitement externe ou au moins dès son début.

Ailleurs, le médecin napolitain nous dit : « *Qu'il faut donner » aux malades le temps de se remettre de la perturbation nerveuse » qui est une conséquence inévitable de l'opération, et qui serait capable de s'opposer à la tolérance de la médication interne.* »

Si cette perturbation nerveuse est telle que le dit M. Landolfi, si elle est vraiment capable de s'opposer à la tolérance de la médication interne, nous ne nous expliquons pas bien pourquoi M. Landofi n'a pas fait suspendre le traitement interne lorsque les malades étaient soumises à des réapplications avec le caustique trichloruré pur. Les phénomènes de réaction générale et autres, constatés pendant le cours de ces cautérisations secondaires n'ont jamais été attribués ni par nous ni par M. Landolfi lui-même à la combinaison des deux médications. Jamais, du reste, la potion chlorobromique n'a été vomie, et les malades l'ont considérée comme tout à fait inoffensive.

Quoi qu'il en soit, en pratique du moins, ce médecin ne paraît pas accorder à son traitement interne autant de confiance qu'au mercure dans la syphilis, puisqu'il a refusé d'entreprendre, avec ce traitement seul, la cure des malades auxquelles le caustique ne pouvait être appliqué, en raison de l'étendue et de la profondeur de leurs ulcérations cancéreuses. Sans parler des malades de la section des incurables, auxquelles M. Landolfi a jugé sa médication chlorobromique, tant interne qu'externe, inapplicable ou inutile, rappelons ici la nommée Bardin, qui était couchée au n° 3 de la salle Saint-Thomas, lorsque les essais ont été commencés. Cette femme, affectée de cancer ulcéré du sein avec engorgement ganglionnaire de l'aisselle et œdème du bras, n'était opérable ni par le bistouri ni par le caustique ; mais était-ce un motif de lui refuser le bénéfice du traitement interne sollicité pour elle, tant dans son intérêt présumé que pour édifier la commission sur la valeur prétendue spécifique du chlorure de brome administré à l'intérieur ou en topiques? S'il se fût agi d'une ulcération syphilitique, le mercure administré à l'intérieur, aidé ou non de pommades mercurielles, n'eût-il donc pas encore donné, sinon la guérison, du moins des résultats assez évidents pour établir sa vertu spécifique?

La commission publie avec de minutieux détails, douze observations, qui sont autant d'expériences aussi consciencieuses qu'habilement conduites, et termine par les conclusions suivantes :

(1) Le procédé employé par M. Perron est celui qui a été indiqué par M. Balard lui-même, à qui la science est redevable de la découverte du brôme. L'urine est additionnée d'une certaine quantité de potasse caustique destinée à fixer le brôme ; puis le mélange est évaporé à siccité et calciné fortement pour détruire la matière organique. Le résidu est traité par l'eau distillée. La liqueur est filtrée, puis enfermée dans un tube avec une petite quantité d'acide azotique nitreux. C'est ce mélange qui a été additionné devant nous de près de 1/20e d'éther, puis agité et laissé en repos jusqu'à ce que l'éther ait regagné la surface. La coloration jaune et l'odeur bromique exhalée de cette couche supérieure n'ont laissé aucun doute sur la présence du brôme dans l'urine analysée. La rapidité de la décomposition du chlorure de brôme en contact avec les matières organiques explique la dissociation des éléments qui le composent et l'impossibilité de retrouver dans les urines le chlore uni au brôme.

Conclusions :

1° La méthode de M. Landolfi se compose d'un traitement interne et d'un traitement local.

2° Le traitement interne qui consiste dans l'administration du chlorure de brôme à l'intérieur, n'a pas la moindre valeur thérapeutique spéciale contre le cancer.

3° Le traitement local consiste dans l'application du caustique suivant :

Chlorure de brome	3
Chlorure de zinc	2
Chlorure d'antimoine . . .	1
Poudre de réglisse.	1

4° Parmi les trois éléments dont se compose ce caustique, il en est deux, le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine, qui sont déjà connus depuis longtemps et employés comme caustiques. Ces deux chlorures combinés en même proportion que dans le caustique de Canquoin sont la seule partie réellement active de la préparation de M. Landolfi.

5° Le chlorure de brôme n'agit dans ce mélange qu'en soulevant l'épiderme et en livrant le derme dénudé à l'action des deux autres chlorures, résultat de minime importance, que produit tout aussi bien une application vésicante quelconque faite immédiatement avant l'usage de la pâte Canquoin.

6° La préparation employée par M. Landolfi n'est donc que le caustique Canquoin déguisé, masqué par un corps coloré et odorant, conservant inaltérée son action cautérisante, mais ayant perdu sa précieuse propriété d'agir sur les tissus avec une précision mathématique. Le chlorure de brôme ne fait que gâter le mélange en le rendant fusible, beaucoup plus difficile à manier et beaucoup plus infidèle dans ses résultats.

7° Le caustique Canquoin modifié par M. Landolfi ne met les malades sur lesquels il est appliqué, ni à l'abri des érysipèles ni à l'abri de l'hémorrhagie consécutive. Il n'est plus permis, par conséquent, de prétendre qu'il soit exempt de dangers.

8° Ce caustique, infiniment plus douloureux que la plupart des autres, éveille des souffrances très vives qui durent en général pendant six à huit heures et qui peuvent se prolonger pendant plus de vingt-quatre heures. L'opium et les autres narcotiques sont impuissants à calmer ces douleurs dont la durée est beaucopp trop longue pour qu'on puisse seulement songer à soumettre les malades aux inhalations anesthésiques.

9° Le mode d'application adopté par M. Landolfi est entièrement vicieux et en opposition avec toutes les règles de l'art. Au lieu de chercher à détruire les tumeurs cancéreuses en une seule fois, M. Landolfi les attaque par des applications partielles et successives. C'est la conséquence naturelle de la composition d'un caustique dont la sphère d'action n'est pas exactement calculable et dont le maniement exige des tâtonnements continuels.

10° Ces applications successives, répétées jusqu'à quinze et vingt-deux fois sur certains malades, provoquent une somme de douleurs supérieure à tout ce qu'on connaît jusqu'ici.

11° Elles donnent au traitement une durée indéterminée et retardent infiniment la cicatrisation.

12° L'irritation incessante qu'elles provoquent semble de nature à favoriser les récidives, ainsi que l'expérience ne l'a que trop démontré, et ainsi que le savent tous ceux qui possèdent les plus saines notions de la chirurgie traditionnelle.

13° Enfin, la méthode curative du cancer appliquée par l'inventeur lui-même sur *neuf* cancers du sein et sur *trois* cancroïdes, a donné les résultats suivants : parmi les *neuf* cancers du sein, nous comptons *deux* décès; *quatre* aggravations notables; *trois* cicatrisations avec repullulations immédiates ; par conséquent *aucune guérison.*

Sur trois cancroïdes, *une seule guérison ; une cicatrisation* suivie de repullulation, enfin *une exacerbation* qui nécessite l'amputation du membre.

En résumé, la méthode de M. Landolfi n'est applicable qu'à une partie des cancers réputés chirurgicaux ; elle est plus douloureuse et plus incertaine que plusieurs autres méthodes de cautéri-

sation ; elle est inférieure en particulier à la méthode de M. le docteur Canquoin dont elle n'est que la copie infidèle et altérée ; elle peut, comme tous les autres traitements, réussir à détruire certaines tumeurs et à conduire les malades jusqu'à la cicatrisation ; mais elle est tout à fait impuissante à conjurer les récidives qu'elle semble plutôt provoquer. Et loin de constituer un progrès, elle n'est qu'une illusion de plus à ajouter à celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples (1).

III.

CORRESPONDANCE.

Nouvel uréthrotôme.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire, dans votre estimable feuille du 11 courant, un article intitulé : *Nouvel uréthrotome sur conducteur, pour l'incision d'avant en arrière des rétrécissements de l'urèthre sans dilatation préalable*, travail lu à la Société de médecine du département de la Seine, séance du 15 février, dans lequel M. Boinet se donne comme l'inventeur d'un nouvel uréthrotome.

Je viens faire appel à votre impartialité, pour réclamer la priorité de l'invention de cet instrument, que j'ai fait construire en 1852 par M. Lüer, de votre ville. J'en ai fait immédiatement l'application sur des malades, et j'en ai publié les résultats, avec la description de mes instruments, dans la *Gazette hebdomadaire de Vienne* (Wiener medicinische Wochenschrift), rédigée par M. le docteur Wittelshöfer, dans les numéros des 26 février, 5, 12 et 19 mars 1853.

En outre, j'ai adressé, quelques mois après, à l'Académie impériale de médecine de Paris, quatre exemplaires de mon instrument, avec la description, pour le concours au prix d'Argenteuil. M. le professeur Cloquet a eu l'obligeance d'être mon intermédiaire à cet égard.

Enfin, me trouvant à Paris au mois de septembre 1855, j'ai moi-même soumis mon instrument à l'examen de la Société de biologie, dans la séance du 29, où je l'ai présenté spécialement à MM. Rayer, Paul Broca, Claude Bernard et Brown-Séquard.

J'ose espérer, monsieur le rédacteur en chef, que vous voudrez bien donner place à cette réclamation dans un de vos prochains numéros.

Agréez, etc. B. Stilling, D.-M.

Cassel, en Hesse-Électorale, le 19 avril 1856.

Réponse. — J'ai vu chez M. Lüer l'uréthrotome de M. Stilling. Cet instrument et le mien ne se ressemblent pas : ils n'ont ni la même forme ni le même mécanisme, ni le même mode d'action, ni la même simplicité ; et ces différences sont telles, que je comprends parfaitement pourquoi mes collègues de la Société de chirurgie, même ceux qui sont également membres de la Société de biologie, n'ont pas songé à faire un rapprochement entre les deux instruments. M. Lüer, qui les a vus l'un à côté de l'autre, est convenu de la différence énorme qui existe entre eux sous tous les rapports. Si mon honoré confrère avait vu mon uréthrotome, il se serait dispensé de réclamer, j'en suis sûr, et serait d'avis que j'étais dans mon droit en me donnant comme l'inventeur, non de l'uréthrotome sur conducteur (car de pareils uréthrotomes existent depuis bien des années, quinze ou vingt ans), mais comme l'inventeur d'*un* uréthrotome sur conducteur, à l'aide duquel on peut inciser facilement et sûrement, sans danger aucun et sans dilatation préalable, certains rétrécissements de l'urèthre. Voici d'ailleurs dans quelles circonstances je l'ai imaginé · la nécessité rend quelquefois ingénieux. C'était en août 1855, et pour un malade que m'avait adressé M. le docteur Foucault (de Nanterre). Je communiquai mon idée à M. Charrière fils, qui la rendit parfaitement dans l'exécution, en m'assurant qu'il ne connaissait aucun instrument semblable.

Quant aux publications faites en 1853, par M. Stilling, dans un journal publié à Vienne en langue étrangère (la *Gazette hebdomadaire de Vienne*), je les ignorais et les ignore encore ; j'ignorais également la fabrication d'un uréthrotome de notre savant confrère de Cassel par M. Lüer, et sa présentation à l'Académie de médecine par M. le professeur Cloquet : les journaux de médecine n'en ont jamais dit mot ; par conséquent, il n'est décrit ni représenté nulle part en France, et je crois pouvoir ajouter que l'uréthrotome de M. Stilling est complétement inconnu à Paris, même des chirurgiens spécialistes, et qu'il en sera probablement ainsi, tant que notre confrère n'aura pas publié dans nos journaux français la planche et la description de son instrument. C'est même ce qu'il aurait dû faire en adressant sa réclamation, afin qu'on pût comparer ces deux instruments entre eux et voir s'ils se ressemblent, ce qui n'est pas. J'aurais été très heureux assurément de me rencontrer avec mon savant confrère pour l'invention d'un instrument qui, dans mon opinion, et d'après plusieurs opérations que j'ai déjà heureusement pratiquées, doit singulièrement faciliter et abréger le traitement des rétrécissements de l'urèthre. C'est ce que j'espère démontrer bientôt dans un travail dont je m'occupe en ce moment.

Dr Boinet.

(1) On trouve aussi, à la fin du rapport de la commission, l'analyse de plusieurs documents relatifs au même sujet. Ce sont : 1° un mémoire de M. de Brunn ; 2° un opuscule de M. Weinberger (de Vienne), un mémoire de M. Valentini (de Berlin), et un rapport de la commission médico-chirurgicale de Vienne.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

Médecine. — M. *Leclerc* communique un résultat nouveau de ses recherches concernant les substances qui agissent sur le sang veineux ; il a constaté récemment que le chyle rougit le sang veineux. (*Commiss. :* MM. Flourens, Coste, Claude Bernard.)

— M. *Bouros* adresse d'Athènes une réclamation de priorité relative à deux communications faites, en 1854, par M. Commaill sur les propriétés toxiques de l'*Atractylis gummifera*, et sur plusieurs cas d'empoisonnement observés en Algérie chez des enfants qui avaient mangé de la racine de cette plante.

La priorité réclamée par M. Bouros est parfaitement constatée ; les *Comptes rendus hebdomadaires de l'Académie* contiennent en effet, tome VI, page 340, l'indication d'un Mémoire sur ce sujet adressé par lui et qui fut présenté à la séance du 12 mars 1838. Aujourd'hui, en reproduisant cette première communication, M. Bouros y joint l'observation toute récente de cas d'empoisonnement qui ont présenté des symptômes tout semblables, et qui paraissent dus à la même cause. Nous disons *qui paraissent*, car la plante que l'on a envoyée comme échantillon de ce qu'avaient mangé les trois enfants empoisonnés est un Échinops et non un Atractylis. Mais, comme le remarque M. Bouros, rien ne prouve que l'échantillon que l'on a été chercher dans la localité où les trois enfants égarés dans la campagne avaient fait ce funeste repas, et d'après les indications assez vagues données par celui des trois qui succomba le dernier, appartienne réellement à la même espèce que celle qui a causé l'accident. D'autre part, l'Atractylis n'est pas rare dans ces parages, et rien n'empêche de supposer que ce ne fût l'espèce de *chardon* désignée par l'enfant.

La nouvelle Note de M. Bouros est renvoyée à l'examen des commissaires nommés pour les deux Mémoires de M. Commaille, MM. Dumas, Pelouze, Rayer, auxquels est invité de s'adjoindre M. Serres, qui faisait partie de la commission nommée dans la séance du 12 mars 1838.

M. *Cohendt Martin* adresse à l'Académie une demande à l'effet d'être autorisé à employer comme *remède secret* une composition dont il dit avoir obtenu d'excellents résultats.

Cette demande ne peut être prise en considération, l'Académie des sciences n'ayant point qualité pour accorder l'autorisation de faire usage de remèdes secrets.

Chimie appliquée. — M. *Strauss-Durckheim* fait connaître à l'Académie un liquide propre à la conservation des substances animales. Cette liqueur est composée de 14 parties de sulfate de zinc dissoutes dans 10 parties d'eau (saturée).

L'auteur met sous les yeux de l'Académie une tête de roussette, poisson de la famille des squales, conservée depuis seize ans dans ce liquide.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Mautreyt* sur le service médical des eaux minérales de Maska et de Lavardens (Gers) pendant l'année 1854. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Pénissat* sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1854. — *c*. Un manuscrit intitulé : *Clinique rétrospective de l'hospice thermal civil de Bourbon-l'Archambault*, par M. le docteur *Caillat*. — *d*. Un mémoire de M. le docteur *Fabas* sur l'action médicale des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) appliquées aux maladies de l'utérus. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1855 dans le département des Ardennes. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Faton* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Authon. (*Commission des épidémies*) — *g*. Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Roger* et *L. Mandl*, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de M. le docteur Gubler, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, (*Renvoi à la section.*) — *c*. Une communication de M. *Mathieu*, qui soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle pince-érigne. — *d*. Un rapport de M. *Laforêt*, de Lavit (Tarn-et-Garonne), sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1855. — *e*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de Tarn-et-Garonne. (*Commission de vaccine.*) — *f*. Un paquet cacheté relatif à l'opium, par M. *O. Réveil*. (*Accepté.*)

M. le président fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Gilbert-Savigny*, de Reims, membre correspondant.

M. le président annonce ensuite que M. le docteur *Ludwig*, de Stuttgard, médecin du roi de Wurtemberg, membre correspondant, assiste à la séance.

Sur la demande de M. *Bouillaud*, la discussion relative au mémoire de M. Parchappe *sur l'analyse du sang* est ajournée jusqu'à l'époque où M. Parchappe aura lu devant l'Académie la seconde partie de son mémoire.

Lectures et Mémoires.

TOXICOLOGIE. — M. le docteur *O. Henry* fils lit un mémoire intitulé : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés;* par MM. *O. Henry* fils et *Humbert*. Dans un premier chapitre les auteurs rappellent les caractères de l'acide cyanhydrique, des cyanures simples de potassium et de mercure, du bromure et de l'iodure de cyanogène; ils insistent sur les bains constitués par le cyanure de potassium combiné à un cyanure métallique, or, argent, cuivre, etc., bains employés dans les arts, et en particulier dans les procédés galvaniques d'argenture et de dorure de MM. Ruoltz et Elkington.

Dans un deuxième chapitre, MM. Henry et Humbert se livrent à l'étude de la formation spontanée de l'acide cyanhydrique. Tout en reconnaissant qu'il existe des preuves bien certaines de ce fait, les auteurs établissent qu'on ne rencontrera de l'acide prussique spontanément développé que dans des organes dont la décomposition est déjà assez avancée, et qu'il ne doit s'y produire que dans des circonstances particulières et tout à fait exceptionnelles.

Le chapitre troisième est consacré à l'examen des procédés suivis jusqu'ici pour reconnaître l'acide cyanhydrique dans les empoisonnements.

Après avoir pesé avec soin les avantages et les inconvénients de ces procédés, MM. O. Henry et Humbert exposent celui qui leur est propre, comme un contrôle sûr et facile de la présence du cyanogène : c'est l'objet d'un quatrième chapitre.

« Dans une première série d'opérations, disent les auteurs du mémoire, nous cherchons à obtenir du cyanure d'argent, d'après les modes connus, puis au moyen de la méthode qui nous est propre, nous démontrons dans ce composé l'existence du cyanogène.

» En second lieu nous recherchons dans le résidu de l'opération précédente le métal qui aurait pu se trouver combiné à l'acide cyanhydrique. Nous appelons surtout l'attention sur les métaux qui entrent dans la composition des bains Elkington et Ruolz. »

« 1° *Recherches de l'acide cyanhydrique.* Les matières suspectes sont filtrées et le liquide est traité immédiatement par l'azotate d'argent.

» Le cyanure d'argent ainsi obtenu est lavé sur un petit filtre et soigneusement desséché à l'étuve entre plusieurs doubles de papier buvard. Lorsqu'il est sec on l'introduit dans un tube de verre fermé par un bout et long d'environ 15 à 20 centimètres, au fond duquel on a d'avance placé un poids d'iode qui représente à peu près la moitié de celui du cyanure qu'on veut employer. On chauffe légèrement le tube sur la flamme d'une lampe à alcool ; bientôt on voit se déposer sur ses parties froides de belles aiguilles d'iodure de cyanogène, qu'on fait voyager à volonté par l'action de la chaleur. »

MM. O. Henry et Humbert indiquent ensuite les réactions qui mettent hors de doute l'existence du cyanogène. L'une de ces réactions, qui se rapproche du procédé de Liebig, est la suivante : on porte les aiguilles dans une goutte de sulfhydrate d'ammoniaque au fond d'un verre de montre, on évapore à une douce chaleur jusqu'à siccité, et l'on touche le résidu avec le perchlorure de fer. La coloration rouge de sang apparaît sur-le-champ.

2° *Recherches du métal combiné.* La liqueur suspecte est traitée par un excès d'une solution concentrée de cyanure de potassium, et séparée par filtration de différents dépôts insolubles dans le cyanure de potassium. Le liquide filtré renferme les métaux à l'état de cyanures doubles. On plonge dans ce véritable bain les deux pôles d'un élément Bunsen, le pôle positif est terminé par une lamelle de platine, le pôle négatif par une lamelle d'argent. Après un temps variable le pôle négatif se recouvre d'une couche métallique brillante jaune ou rouge, d'or ou de cuivre.

Les auteurs du mémoire, en terminant leur travail, donnent une analyse succincte des expériences qu'ils ont entreprises dans le but de savoir si l'on pouvait après un temps assez long reconnaître la présence sinon de l'acide cyanhydrique, au moins des cyanures composés plus fixes.

M. O. Henry a retrouvé de l'acide prussique après quatre ou cinq mois dans des grenouilles empoisonnées ; mais ces animaux avaient été conservés dans des vases hermétiquement clos. Des grenouilles, des lapins, des cochons d'Inde ont été empoisonnés avec de l'acide cyanhydrique ou des cyanures Les uns ont été enterrés, les autres putréfiés dans l'eau. Au bout de quatorze mois on n'a pu retrouver le cyanogène dans aucun de ces produits; mais le métal a toujours été isolé d'une manière non douteuse.

MM. Henry et Humbert pensent donc que si l'acide cyanhydrique se forme spontanément dans la putréfaction, comme l'a démontré M. Bonjean (de Chambéry), ce n'est jamais dans les dernières phases de la décomposition qu'on aura des chances de le rencontrer. (*Comm.* : MM. Boutron et Würtz.)

PHARMACIE. — *M. Robiquet* donne lecture d'une note sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc. — L'auteur annonce que c'est sur la demande de M. le docteur Maunoury, de Chartres, qu'il a entrepris des recherches dans le but d'unir par fusion la gutta-percha au chlorure de zinc et à la potasse caustique. On obtient ainsi une pâte parfaitement malléable qu'on peut mouler en cylindres, en plaques, ou en pastilles.

M. Robiquet met sous les yeux de l'Académie, les échantillons de ces nouveaux caustiques.

Ces combinaisons conservent la souplesse de la gutta-percha et peuvent être introduites dans les cavités à cautériser, sans y éprouver la moindre déformation, quelque prolongé qu'y soit leur séjour.

Pour faire usage de ces caustiques, il suffit de les tremper quelques secondes dans l'alcool, avant leur application. Les escharres qu'ils produisent sont très nettes et conservent exactement la forme que le chirurgien a jugé convenable de leur assigner.

M. Robiquet est parvenu enfin à substituer une enveloppe de gutta-percha aux tubes de plomb qui entourent le caustique de Filhos. (*Comm.* : MM. Velpeau, Depaul, Boudet.)

MÉDECINE. — *M. Piorry* donne lecture d'un rapport sur un mé-

moire de M. le docteur Bayle, relatif *à un signe général des altérations du sang dans les maladies et aux signes particuliers pour chacune de ces altérations.* (*Comm.* : MM. Bousquet, Bouillaud, Piorry.)

D'accord avec l'auteur du mémoire, M. le rapporteur admet que toute *Dermite* de cause interne est le signe de quelque altération du sang qui la précède ; c'est ce qu'il a exprimé par le nom de *Toxémie dermitogénique.*

Les colorations variées que la peau présente dans beaucoup de cas, dans la chloro-anémie, dans l'érysipèle, dans les affections thymiques et cancéreuses, dans l'asphyxie, dans le cholémie (ictère), etc., sont évidemment des résultats des teintes que le sang donne aux téguments.

M. Bayle attribue aux colorations de la peau un rôle de premier ordre dans le diagnostic des altérations du sang. M. Piorry regrette que l'auteur du mémoire ait oublié les modifications de couleur dont les sclérotiques, les membranes muqueuses labiale, buccale et linguale sont si fréquemment le siége, modifications qui constituent des signes importants dans un grand nombre de maladies.

M. Bayle termine son travail par cette proposition : « la peau est le miroir du sang. » Moins exclusif et réduisant à sa véritable valeur l'importance du signe fourni dans les maladies par la coloration du sang à travers les tissus, M. Piorry modifie l'aphorisme de M. Bayle de la manière suivante : « L'examen direct du sang, l'inspection de la peau et des membranes muqueuses extérieures, l'exploration des organes profonds, l'analyse et la pondération, l'étude microscopique de ce liquide et de ses divers éléments, l'appréciation des modifications organiques et fonctionnelles sont les moyens de reconnaître les altérations du sang et d'en spécifier les caractères. »

Conclusions : Remercier M. Bayle de sa communication ; et envoyer son travail au comité de publication. (*Adopté.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. le docteur *Labourdette* lit en son nom et au nom de M. le docteur *Dumesnil*, médecin directeur de l'asile des aliénés de Quatre-Mares-Saint-Yon (Seine-Inférieure), un mémoire intitulé : « Du passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères. » Les anciens médecins avaient constaté que le lait de nos mammifères privés est aromatique lorsque nos animaux broutent la sariette, le thym, l'origan, etc., etc.; qu'il s'imprègne de la couleur du safran, des carottes, de la casse, de la garance et du vin, et qu'enfin, toujours par le moyen de l'absorption digestive, il contracte le goût du céleri, de l'absinthe et de l'ail. Aussi prétendaient-ils, et cela avec raison, pouvoir rendre à volonté cette boisson purgative, astringente, antiscorbutique, etc.

Des observations moins anciennes ont démontré que certains agents du règne inorganique peuvent également arriver dans le lait par assimilation digestive.

C'est en partant de ces données que M. Labourdette a tenté de nombreuses expériences sur des vaches et des chèvres laitières, au moyen de l'iode et de l'iodure de potassium. Mais ces substances, administrées pendant plusieurs mois à la dose de 4 à 5 grammes par jour, faisaient périr les animaux des suites de l'empoisonnement iodique.

Ce n'est qu'après de longs tâtonnements que M. Labourdette est arrivé à trouver des correctifs capables de neutraliser l'action nuisible de l'iode et de ses composés. Il y est parvenu en administrant, suivant les indications, le chlorure de sodium et le nitrate de potasse à fortes doses ; l'alun, l'extrait de ratanhia ou le cachou, lorsqu'il est nécessaire de produire un effet d'astringence ; le sulfate de soude ou de magnésie pour un effet contraire, et l'albumine fraîche ou coagulée comme adjuvant dans le bol alimentaire.

L'auteur, ayant expérimenté sur lui-même les effets des préparations iodées, énumère brièvement les symptômes de l'intoxication iodique, tels qu'il les a éprouvés après avoir fait usage d'iodure de potassium à la dose de 40 à 50 centigrammes pendant trois mois : dyspepsie, sentiment de malaise général, constipation opiniâtre, sensibilité exagérée de la peau, douleur néphrétique violente et de longue durée, hypersécrétion des muqueuses olfactive et génito-urinaire.

Les effets produits par la teinture d'iode sont plus prompts et plus énergiques. Les mêmes symptômes ont pu être observés chez les animaux soumis à l'usage de l'iode.

M. Labourdette expose les résultats que lui ont fournis les expériences qu'il a entreprises, de concert avec M. Dumesnil, sur des animaux laitiers, en leur administrant des préparations iodées dans le but d'obtenir un lait médicamenteux, qui pourrait être donné facilement et avec avantage aux malades, aux enfants surtout, dans tous les cas où la médication iodique est indiquée.

Mode d'administration. — L'iodure de potassium n'a jamais été donné à moins de 3 grammes par jour ; il a été porté à 6 grammes, puis jusqu'à 10, en ayant toutefois soin d'augmenter le brouet des substances correctives dans les mêmes proportions.

De l'entraînement. — C'est une opération qui a pour but de modifier profondément un organisme quelconque, en imprimant un caractère spécial aux produits qui en relèvent. Sans l'entraînement préalable, l'imprégnation de l'animal est toujours dangereuse ; il doit durer de vingt à trente jours. Il n'est complet que lorsque les animaux absorbent l'iodure accompagné de ses correctifs sans répugnance, et que la sécrétion lactée atteint une moyenne à peu près invariable Quand l'animal est entraîné, son lait contient le principe médicamenteux en combinaison naturelle, physiologique, comme l'huile de foie de morue, mais dans de beaucoup plus grandes proportions.

Effets physiologiques. — L'expérience a démontré que si les animaux soumis à l'usage de l'iode sont en même temps placés dans des conditions hygiéniques favorables, leur constitution n'est pas sensiblement atteinte, et que leur lait ne diminue pas pendant une période de six à huit mois d'une quantité appréciable.

Propriétés physiques et chimiques du lait obtenu par l'entraînement. — Ce lait se conserve plus longtemps que le lait ordinaire. Après sa coagulation par les acides, il devient impossible d'en séparer la matière grasse et caséeuse par l'alcool et l'éther. La ductilité et l'élasticité du caillot caséeux sont singulièrement augmentées ; enfin la pellicule qui recouvre le liquide en ébullition est plus résistante que de coutume. Du reste, ce lait n'offre aucune saveur métallique propre à l'iode ou à l'iodure.

Analyse qualitative. — Après avoir décrit le procédé qu'il a suivi pour disposer le lait à subir les différentes réactions propres à déceler la présence de l'iode qu'il renferme, M. Labourdette expose les résultats qu'il a obtenus en traitant ce liquide par le chlore et l'amidon, par les sels de plomb, d'argent et de palladium. Ces différents réactifs ont mis en évidence, à la manière ordinaire, l'iode artificiellement combiné avec le lait. L'auteur conclut de ces analyses : 1° que le lait des vaches soumises au traitement iodé contient une quantité considérable d'iode, le dosage ayant donné jusqu'à 257 milligrammes d'iodure par litre ; 2° qu'il est facile pour tout praticien, quelque peu versé dans ces manipulations chimiques, de constater la présence de l'iode et jusqu'à un certain point sa quantité par l'intensité de la coloration ; 3° que le lait naturel, ni le lait additionné après coup, ne présentent ni les caractères physiques, ni les caractères chimiques de celui qui est ioduré par assimilation digestive.

Examen des urines et des fèces. — L'auteur s'est assuré expérimentalement que l'iode passe en quantité notable dans l'urine et dans les matières fécales des animaux soumis au traitement ioduré.

Dosage. — En se servant pour l'analyse quantitative des moyens ordinaires, M. Labourdette a pu s'assurer, par une série de 27 analyses, que l'iodure de potassium peut être représenté par 257 milligrammes par litre de lait au maximum. Or, en examinant les quantités diverses fournies par l'analyse, et en les rapportant à celles du lait sécrété en vingt-quatre heures, de l'urine rendue, des déjections alvines rejetées dans le même temps, on voit que le maximum de la substance minérale assimilée au lait par le travail des glandes mammaires, représente, au plus, les 25 centièmes de la dose ad-

ministrée, que 40 à 45 centièmes sont sécrétés par les glandes rénales, et que 35 autres centièmes passent par le tube digestif.

Effets thérapeutiques. — Les auteurs du mémoire terminent ce travail en résumant les bienfaits thérapeutiques du lait ioduré par voie d'assimilation digestive. Ils ont obtenu les résultats les plus prompts, les plus avantageux et les plus inespérés chez les sujets affaiblis, chez des femmes cacochymes et des enfants scrofuleux. Sous l'influence de l'usage de cette liqueur à la fois médicamenteuse et alimentaire, la diathèse ou la cachexie a paru céder, les forces se sont rétablies, et la constitution tout entière a été profondément modifiée. (*Comm.* : MM. P. Dubois, H. Boulay, Lecanu.)

La séance est levée à 4 heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Des fièvres intermittentes larvées en Grèce.

Les formes anomales diverses que prennent parfois les fièvres intermittentes dans les régions marémmateuses rendent souvent leur diagnostic difficile pour le médecin et sont par conséquent une cause de danger pour le malade. Lorsque, d'une part, les accès ne sont point marqués par les trois stades des fièvres régulières et que leur intermittence n'est point tranchée ; lorsque, d'autre part, se déclarent des phénomènes topiques plus ou moins graves, il peut arriver au médecin le plus attentif et le plus habile de prendre pour les signes de la maladie principale des symptômes qui ne sont pourtant que des épiphénomènes, et de diriger par conséquent le traitement contre les accidents accessoires, et cela au grand préjudice des malades. En effet quelque différence apparente qu'on puisse remarquer entre les *fièvres régulières* et celles auxquelles on a donné avec juste raison le nom de *fièvres larvées* ou anomales, il n'en est pas moins certain qu'il y a entre elles une complète identité de nature, ainsi que le démontrent péremptoirement les faits thérapeutiques. L'étude clinique de ces pyrexies est donc d'une grande importance et intéresse vivement les praticiens qui exercent dans les contrées paludéennes. Nous avons remarqué à Paris même, depuis quelque temps, de ces maladies à caractères mal déterminés, présentant le plus souvent la forme névralgique, qui nous ont paru avoir quelque affinité avec les fièvres intermittentes anomales, et qui se sont présentées à l'observation principalement depuis les immenses démolitions dont la ville a été le théâtre (1). Ce sont ces considérations qui nous ont engagé à mettre sous les yeux des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE un résumé succinct des observations que nous trouvons dans un journal étranger, *l'Abeille médicale d'Athènes*, observations relatées avec le soin et les détails convenables par M. le docteur Goudas et qui font connaître des formes insidieuses et peu communes de ces maladies.

L'article que nous nous proposons d'analyser comprend dix observations.

OBS. I et II. — *Fièvre larvée à forme d'hépatite.* — Le premier de ces deux malades avait éprouvé, il y a trois ans, une chute de cheval ayant occasionné une forte contusion de l'hypochondre droit ; des saignées générales et locales, avec les autres moyens appropriés, l'avaient guéri en quinze jours. Depuis vingt jours il est pris de fièvre, avec soif, céphalalgie, douleurs à la région hépatique et à l'épaule droite. Ces douleurs présentent des alternatives de diminution ou d'augmentation, mais ne cessent jamais complétement ; le malade ne peut faire une longue inspiration ; il n'y a point eu de frisson ; de temps en temps, à des jours et à des heures indéterminés, il y a des vomissements de matières visqueuses et amères. Un premier médecin appelé prescrit une saignée et des purgatifs : il y a d'abord un peu d'amélioration, puis recrudescence suivie encore d'amélioration et de rechute. Un second médecin, consulté, trouve le pouls à 120, et, après avoir constaté les symptômes ci-dessus, diagnostique une inflammation du foie. Il conseille en conséquence quinze sangsues à l'hypochondre, cataplasmes émollients et calomel à l'intérieur. Ce traitement n'est suivi d'aucun bon résultat ; on le complète par deux lavements émollients et des frictions d'huile de josquiame *loco dolenti*. Cependant le médecin ayant remarqué, le lendemain, une rémission de tous les symptômes, suivie d'un retour de ces mêmes symptômes, soupçonne la nature de la maladie, et prescrit aussitôt le tannate de quinine additionné d'ipécacuanha et d'opium. Ce traitement fut suivi d'une abondante transpiration qui mit fin à tous les symptômes.

Le second malade présentait des phénomènes en tout analogues au premier, et fut guéri par le même moyen.

OBS. III. — *Fièvre larvée à forme d'asthme.* — La troisième observation est relative à un homme chez lequel un flux hémorrhoïdaire habituel est arrêté depuis trois mois. Il n'a jamais eu de fièvre intermittente, et n'a été atteint d'aucune autre maladie ; parfois il avait un peu de toux, de dyspnée et d'étourdissements qui se dissipaient par le flux spontané des hémorrhoïdes et par l'application de quelques sangsues. Depuis quatre jours, ce malade est pris chaque nuit, sans cause connue, d'accès de toux sèche, violente et anxieuse avec dyspnée, qui durent jusqu'au matin, où ils cessent et permettent quelque repos, pour recommencer au réveil, mais avec moins d'intensité. Examiné avec soin, le malade ne présente rien qui puisse expliquer ces accidents : le pouls est normal et acquiert à peine un peu de fréquence pendant les accès de toux. La constipation et la suspension depuis trois mois du flux hémorrhoïdaire chez ce sujet engagent le médecin, M. le docteur Goudas, à prescrire six sangsues au siége, applications répétées de sinapismes aux jambes, huile de ricin, et, pour la nuit, 1 centigramme d'opium toutes les deux heures. Ce traitement n'est suivi d'aucune amélioration, bien qu'il y ait eu trois selles abondantes ; la nuit a même été plus pénible que les autres. On prescrit alors, outre les sinapismes, de prendre matin et soir une prise des poudres anti-hémorrhoïdaires de Hufeland (tartrate de potasse, fleurs de soufre et magnésie) ; de plus, chaque jour, à midi, 1 gramme de bicarbonate de soude. Ces moyens, employés pendant quatre jours, n'amènent aucun amendement, bien que les hémorrhoïdes aient flué dès le second jour. Au contraire, l'état du malade a beaucoup empiré : les accès sont plus violents et les forces s'en vont. C'est alors qu'on prescrit le tannate de quinine pour tout traitement. Dès la nuit suivante, une transpiration abondante se déclare, le malade dort, et tous les symptômes disparaissent.

OBS. IV et V. — *Fièvre larvée à forme dysentérique.* — Le premier malade a été pris tout à coup, pendant la nuit, de coliques avec selles sanguinolentes, douloureuses, accompagnées de ténesme. Le matin, il y a de la céphalalgie, abattement général et sorte de pression au flanc gauche et aux lombes. Tous ces symptômes augmentent graduellement, et les selles sont de plus en plus fréquentes. M. le docteur Goudas, appelé, constate l'existence de la fièvre et tous les signes de la dysentérie. Toutefois son attention est éveillée par les antécédents du sujet, qui a été plusieurs fois atteint de la fièvre intermittente, et, au lieu d'un traitement antidysentérique, il prescrit le tannate de quinine, malgré l'existence actuelle de la fièvre (le pouls avait 120). Il prescrit en outre un cataplasme sinapisé à l'épigastre. Une abondante diaphorèse survient bientôt, et tous les accidents disparaissent graduellement.

Le second malade présentait des phénomènes exactement semblables, et on lui prescrivit immédiatement le tannate de quinine. Mais cet homme ne voulut en prendre que deux prises, à la suite desquelles les selles s'arrêtèrent. Il se persuada alors que cette suspension des évacuations lui était contraire, et, afin de les rétablir, il s'administra, sans prendre conseil, un médicament allemand composé de purgatifs drastiques. Une heure après, il fut pris de douleurs gastriques violentes ; il se déclara des symptômes de gastro-entérite de la nature la plus grave, et ce malade mourut le lendemain.

OBS. VI. — *Fièvre larvée à forme de diarrhée aiguë.* — La sixième observation présente un cas de diarrhée survenue à l'occasion de l'ingestion d'une crème au chocolat. Le malade est pris de pesanteur à l'estomac : cependant il s'endort comme à l'ordinaire ; mais son sommeil est troublé par un cauchemar, et il s'éveille au bout de deux heures avec des coliques et des borborygmes ; puis il est pris de diarrhée séreuse abondante qui l'oblige à aller jusqu'à vingt et une fois à la selle en douze heures ; pouls à 120, céphalalgie, douleur au flanc gauche et à la rate. Le tannate de quinine lui est administré même avant la cessation de la fièvre. Vers le soir, une abondante transpiration vient mettre fin à tous ces symptômes.

OBS. VII. — *Fièvre larvée à forme de rhumatisme.* — Dans la septième observation, il est question d'une femme de soixante-dix ans, qui, ayant gardé ses vêtements mouillés sans les changer et sans les faire sécher, ressentit, deux jours après, une vive douleur à l'omoplate droite, très violente la nuit, un peu moindre le jour, et empêchant les mouve-

(1) Voir au *Premier-Paris*, page 322.

ments volontaires du bras. A des heures non déterminées elle a de la céphalalgie, des douleurs lombaires et des frissons; elle présente alors des phénomènes de congestion céphalique, tels qu'éblouissements, orgasme du visage, enrouement, enchifrènement, éternuments; pouls à 100. Tout mouvement du bras éveille les plus vives douleurs; mais la pression modérée de l'épaule est peu sensible. Il n'y a, ni au cœur ni aux autres articulations, aucun signe de rhumatisme. La malade a vainement employé les applications chaudes, les sinapismes et les frictions avec le liniment volatil. M. Goudas, convaincu qu'il n'avait point affaire à une maladie chirurgicale, prescrivit immédiatement le tannate de quinine. La malade éprouva bientôt une forte transpiration, à la suite de laquelle tous les symptômes cessèrent.

Obs. VIII. — *Fièvre larvée à forme de pleuro-pneumonie.* — La huitième observation présente un homme de cinquante ans, qui a eu, il y a trois ans, une pneumonie droite dont il a bien guéri. Depuis le 10 décembre, it sent une fatigue inaccoutumée. Le matin du 12, il est atteint de frisson très fort pendant deux heures. Aussitôt il sent sous le sein droit une douleur intense qui met obstacle à la respiration et qui donne lieu de temps en temps à une toux sèche; puis une fièvre violente se déclare avec soif et céphalalgie. Vers midi, on le saigne sans ordonnance de médecin. Pendant quelques instants, il éprouve un peu de soulagement suivi bientôt de redoublement de tous les symptômes. M. Goudas, appelé, le trouve dans l'état suivant : Physionomie animée, visage rouge, yeux brillants, humides et vifs, voix enrouée, respiration incomplète, saccadée, douleur au sein droit qui augmente par une forte inspiration; le malade dit avoir expulsé un crachat mêlé de sang; pouls à 120, fort et plein; le sang de la saignée est couenneux, le caillot est résistant, et ses bords sont renversés. L'auscultation et la percussion sont remises au lendemain, à cause du froid et d'un peu de transpiration au cou qu'éprouve le malade. Croyant avoir affaire à une pleuro-pneumonie, M. Goudas pratique tout de suite une seconde saignée et prescrit une boisson délayante. Les résultats de cette seconde saignée sont les mêmes que ceux de la première : pas de repos la nuit, mais un peu de sommeil le matin; pouls à 96, moins fort, déprimé; pourtant le sang a les mêmes caractères que la première fois. La percussion donne un bruit faible à droite, en bas et en arrière; l'air circule difficilement dans le lobe inférieur du poumon droit, quoiqu'il n'y ait ni sifflement ni râles. En l'absence des signes caractéristiques de la pleuro-pneumonie, M. Goudas renonce à faire une troisième saignée, et prescrit 90 centigrammes de sulfate de quinine additionnés de 5 centigrammes d'émétique, à prendre en six fois. Deux doses seulement furent prises, et chacune amena un fort vomissement. La prescription est alors changée, et le tannate de quinine est administré sans addition d'émétique. Toute la nuit du 13 au 14, le malade a transpiré abondamment; le matin, le pouls est à 76 : toute douleur a disparu, et le quatrième jour la guérison est complète.

Obs. IX. — *Fièvre larvée à forme de pneumonie.* — Un cultivateur de Marathon, souvent atteint de fièvre et épuisé par le travail, fut pris, en venant à Athènes, d'un frisson très fort, qui dura deux heures et fut suivi d'une chaleur brûlante. M. Goudas, appelé près de lui aussitôt après son arrivée, le trouve avec la peau sèche et brûlante, le visage rouge; douleur à la tête, forte oppression au côté droit du thorax, pouls à 130, mais sans aucun signe de maladie locale. Les antécédents du malade, son aspect cachectique, sa demeure dans un endroit marenmateux, persuadent au médecin qu'il a affaire à une fièvre paludéenne, et il prescrit le tannate de quinine, dont l'administration fut suivie d'une légère sueur et de rémission. Mais bientôt tous les symptômes revinrent, et, le lendemain, le malade est pris de toux et de dyspnée; sa respiration est entrecoupée par une douleur survenue dans la nuit au sein droit; il y a eu un crachat sanguinolent; pouls à 116. La percussion donne un son mat en haut, à droite : on y entend à peine le murmure respiratoire. Malgré l'absence de signes caractéristiques, mais à cause de la toux, de la dyspnée et de la douleur, M. Goudas pratique une saignée, et, immédiatement après, fait prendre le sulfate de quinine additionné de tartre stibié. Ce traitement n'a aucun bon résultat : toute la journée le malade a de la fièvre, de la toux et des crachats sanguinolents; le sang de la saignée est couenneux, le caillot a les bords renversés; la respiration est difficile et la douleur thoracique plus aiguë; la percussion donne un son plus mat que la veille, et le murmure respiratoire est plus faible partout et nul au lobe inférieur du poumon droit; il n'y a eu ni vomissement ni garderobe. — Deuxième saignée.— La fièvre n'a pas cessé; la toux a été continuelle, et le malade n'a pas reposé de la nuit, mais il y a eu une rémission le matin. Le troisième jour, les symptômes généraux se calment : pouls à 96; mais les symptômes locaux sont les mêmes : la douleur thoracique a augmenté. On prescrit six ventouses scarifiées *loco dolenti* et une potion stibiée qui amène quelques coliques et deux selles liquides. Le soir, deux confrères sont appelés en consultation par le docteur Goudas. Les symptômes généraux sont presque nuls; pouls à 72; aspect cachectique; la respiration n'est pas libre, à cause de la douleur thoracique. L'auscultation et la percussion ne fournissent rien de remarquable qu'un affaiblissement du murmure respiratoire et un peu de matité. Les consultants tombent d'accord pour s'abstenir de toute médication active et surtout de tartre stibié. Le malade dort jusqu'à minuit : à ce moment il est réveillé par une douleur intense et suffocante au côté droit du thorax. Cette douleur persiste tout le reste de la nuit, avec insomnie et toux. Le matin du quatrième jour, on le trouve agité : il a de la fièvre. On prescrit le tannate de quinine. Vers midi, la sueur se déclare, le pouls tombe à 72. Cependant, le soir, quelques symptômes typhoïdes apparaissent, tels que sécheresse de la langue et de la peau qui est brûlante, dents fuligineuses et délire; pouls à 116. Mais, dans la nuit, une transpiration abondante met fin à ces phénomènes inquiétants. La continuation de la quinine amène la cessation de tous les accidents le cinquième jour.

Obs. X. — *Fièvre larvée à forme de myélite.* — Il s'agit ici d'une femme de cinquante-six ans, qui a eu précédemment des fièvres intermittentes. M. le docteur Gouzaris, appelé près d'elle, la trouve dans l'état suivant : Elle est assise sur son lit, et profère des sons inarticulés; elle a des mouvements spasmodiques aux pieds et aux mains; ses yeux sont brillants, la pupille contractée, la tête brûlante; elle a des mouvements convulsifs aux muscles de la face; le pouls est à 120. Elle ne peut se coucher, à cause d'une douleur qu'elle ressent le long de la colonne vertébrale, douleur qui augmente beaucoup à la pression. La déglutition est presque impossible, la langue sèche et rouge : hyperesthésie de toute la périphérie du corps, et surtout de la tête et du visage; constipation. Il prescrit une saignée générale, des ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale, des sinapismes promenés sur les extrémités, des compresses froides sur la tête. Il veut inutilement lui faire prendre du calomel. Une consultation ayant eu lieu, on ajoute des vésicatoires le long de la colonne vertébrale. Cet état dure quarante-huit heures, puis il y a une rémission pendant laquelle, pensant à une fièvre intermittente pernicieuse, on donne le sulfate de quinine en lavement d'abord, puis par la bouche, quand la déglutition devient possible. Ce traitement amène la guérison.

Les dix observations que nous venons de résumer pourraient donner lieu à plusieurs considérations intéressantes; mais en raison de la longueur de cet article, nous nous bornerons à faire les remarques suivantes : 1° Dans près de la moitié de ces cas de fièvres larvées, les accès ont commencé la nuit (voyez les 3e, 4e, 6e et 7e observations); dans deux autres cas où le début n'a pas été noté, les exacerbations avaient lieu la nuit (voyez les 8e et 9e observations); dans les autres les renseignements sont incomplets à cet égard: c'est une première anomalie sur laquelle il est utile d'appeler l'attention, car il est très rare que les accès de fièvres intermittentes régulières n'aient pas lieu au contraire le jour. 2° Dans les neuf cas suivis de guérison, la maladie a été jugée par une abondante transpiration, qu'on peut à bon droit considérer comme critique, puisque aucun des malades n'avait éprouvé de diaphorèse générale avant l'administration de la quinine. 3° Dans le cinquième cas, il est évident que la mort a été le résultat immédiat de la médication absurde que s'est administrée le malade lui-même, et qu'il y a tout lieu de présumer que la quinine aurait triomphé du mal, puisque ses bienfaits commençaient à se faire sentir lorsque le sujet s'est livré à sa malheureuse inspiration. Ce fait démontre bien que, quelles que soient l'anomalie, l'irrégularité de la marche de ces fièvres larvées, elles sont cependant identiques par leur nature avec les fièvres intermittentes régulières. 4° Enfin, on voit par ces dix observations combien sont variées et surtout insidieuses les formes que peut revêtir la fièvre intermittente dans les contrées palustres, et quelle attention il faut apporter dans leur étude pour ne pas se tromper dans le diagnostic. Il y a en effet dans les cas rapportés ci-dessus des caractères qui n'ont guère été signalés par les auteurs et qui peuvent facilement faire croire à des inflammations d'organes. (Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα, n° de février 1856.)

René Briau.

L'acide carbonique comme moyen de provoquer artificiellement l'accouchement prématuré, par M. Scanzoni, professeur à la faculté de Würzburg.

Il y a deux ans que M. Scanzoni proposa, pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, d'exciter les seins au moyen de verres à succion, et, par effet réflexe, de provoquer les contractions

des fibres musculaires de l'utérus. Ce procédé, appliqué en maintes occasions, amena souvent le prompt commencement du travail; d'autres fois, il réussit mieux comme adjuvant; enfin, dans plusieurs cas, son effet fut incomplet ou même à peu près nul. L'application des verres à succion entraînait souvent l'excoriation des mamelles, l'inflammation, des abcès, des douleurs plus ou moins vives. En général, le résultat de l'excitation mammaire se manifestait surtout quand l'irritation des nerfs de la mamelle s'accompagnait de l'excitation locale de la matrice, et qu'avec les verres on employait la douche utérine, le colpeurynter de Brown, le tamponnement, etc., etc. Désireux de trouver un moyen certain de provoquer les contractions utérines, sans inconvénients pour la mère et sans dangers pour l'enfant, persuadé que l'accouchement prématuré artificiel est l'une des plus utiles et des plus importantes ressources de l'obstétrique, le professeur de Würzburg continua ses recherches, et, dans l'intéressante pratique que lui fournit la Maternité de Würzburg, il trouva bientôt l'occasion d'expérimenter. Se basant sur l'observation de M. Brown-Séquard, qui démontre que l'acide carbonique provoque les contractions des muscles de la vie organique; que les organes génitaux longtemps exposés à l'action de cet acide deviennent le siége de congestions assez intenses; que c'est même un moyen sûr de combattre l'aménorrhée, M. Scanzoni résolut d'employer ce gaz pour réveiller le pouvoir contractile de l'utérus et pour l'exciter au point d'amener la terminaison de l'accouchement.

L'appareil employé fut le suivant. C'est un flacon de la contenance d'un litre, fermé hermétiquement d'un bouchon à deux ouvertures, par l'une desquelles un tube pénètre jusqu'au fond du vase; à l'autre orifice s'adapte un tuyau de corne, lequel s'emmanche à un tube de caoutchouc d'un mètre environ, terminé par la canule d'une seringue à injections ordinaire. On introduit du bicarbonate de soude, puis de l'acide acétique par le premier tube qui est muni d'un entonnoir. Un spéculum conique de verre est placé dans le vagin. Le tube de caoutchouc, engagé dans un bouchon, est introduit dans le spéculum auquel le liége doit s'adapter exactement. On augmente ou l'on diminue à son gré la production d'acide carbonique suivant qu'on ajoute ou non de l'acide acétique.

Voici l'observation dans laquelle le procédé fut employé pour la première fois :

Obs. — D. S..., vingt-six ans, primipare, menstruée pour la dernière fois le 26 mai 1855, reçue à la Maternité de Würzburg le 29 janvier 1856. Bassin bas et étroit. Le diamètre antéro-postérieur, qui d'ordinaire a 4 pouces à 4 1/2, n'en a ici que 3 1/4 à 3 1/2. La portion vaginale du col avait 5 à 6 lignes et l'orifice externe était fermé exactement. La tête du fœtus ballottait au-dessus de la portion antérieure de la voûte vaginale, les bruits du cœur s'entendaient à gauche, et l'on sentait à droite et en haut, près du fond de l'utérus, les extrémités du fœtus. La mère croit se trouver dans la 32ᵉ ou la 34ᵉ semaine de la gestation, et l'examen des organes génitaux confirme cette opinion. L'étroitesse du bassin, rendant l'accouchement à terme impossible sans l'aide de l'art, donnait l'indication précise de l'accouchement prématuré artificiel, et pour le provoquer, M. Scanzoni résolut d'essayer l'emploi de l'acide carbonique.

Le 2 février, à huit heures du soir, l'appareil fut appliqué pendant vingt minutes pour la première fois, sans provoquer de modifications notables.

Le 3 février, application, à huit heures du matin, pendant vingt-cinq minutes, et à huit heures du soir pendant une demi-heure. La femme ressentit, pendant que le gaz pénétrait dans le vagin, une sensation désagréable de picotements douloureux, et pendant le jour des élancements autour du nombril. Le soir, la portion vaginale du col était sensiblement ramollie; après une nuit bonne et tranquille, les élancements dans le nombril se répètent.

Le 4 février, l'appareil fonctionne une demi-heure le matin et une demi-heure le soir. Même picotement pendant l'application. Le col se dilate dans la journée, de manière à permettre au doigt de sentir le segment inférieur de l'œuf. Pendant la nuit, douleurs vives et rayonnantes dans les aines et dans les reins; vers le matin, la main apposée sur l'abdomen suit des contractions marquées de l'utérus, qui, à vrai dire, cessent peu après.

Le 5 février au matin, nouvelle application pendant une demi-heure, suivie du picotement ordinaire. L'orifice avait la dimension d'une pièce de deux francs; il cédait aisément et se laissait facilement dilater avec le doigt. La secrétion vaginale est notablement augmentée. Dans l'après-midi, apparaissent les contractions douloureuses de l'utérus, qui augmentent peu à peu d'intensité. A six heures et demie du soir, la poche se rompt, et une heure après a lieu l'expulsion d'un enfant vivant, pesant 1350 grammes. Pendant la délivrance, il se manifesta une légère hémorrhagie qui rendit nécessaire l'extraction du placenta un quart d'heure après la naissance de l'enfant; les suites de couches ne furent point troublées.

Réflexions. — A part le picotement vaginal, qui semble n'avoir duré que pendant l'application du courant gazeux, l'emploi de l'acide carbonique n'a pas eu d'inconvénient sérieux, et il a agi assez énergiquement, puisque son action pendant 3 heures 3/4 a suffi pour provoquer l'expulsion du fœtus. Malheureusement, il n'y a qu'une observation; et peut être ce procédé pourrait avoir des inconvénients chez les femmes nerveuses, et causer des spasmes utérins, plutôt que des contractions normales. Le vagin pourrait s'irriter, et il n'est pas bien constaté que cet écoulement plus considérable n'était pas causé par un commencement de vaginite. Pour décider de la valeur de cette méthode, l'auteur lui-même fait appel à l'expérimentation; il est à désirer qu'on réponde à la demande du praticien distingué de Würzburg. (*Wiener Medicinische Wochenschrift*, nº 11, 1856.)

Des congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Legouest.

Attribuées par quelques chirurgiens militaires au scorbut, par un médecin allemand à l'*ergotine gangréneuse*, les affections des extrémités inférieures observées dans les hôpitaux de Constantinople n'ont paru être à l'auteur que des congélations dans la production desquelles a agi une prédisposition née des conditions générales où se trouvaient les sujets atteints.

Les gelures au premier degré, ou engelures, ont été très rares, à cause de la rareté des circonstances qui les produisent d'ordinaire : l'exposition alternative des parties à un froid vif, puis immédiatement à une chaleur intense. Cependant M. Legouest a vu et bien décrit une forme qu'il appelle engelure chronique; le derme est épaissi, coloré en rouge brun, avec perte de la sensibilité. Le malade marche sans ressentir l'impression du sol. Cette lésion occupait souvent le dos du pied et la face externe de la jambe. Due au contact prolongé des vêtements mouillés d'eau froide, elle cédait aux frictions sèches ou aromatiques, aidées de l'enveloppement des parties dans de la laine.

Quant au second degré de la congélation, M. Legouest l'a vu caractérisé par l'apparition d'ecchymoses sous-épidermiques, occupant une grande étendue; mais, à cela près, semblables pour l'aspect aux infiltrations superficielles résultant d'une pression accidentelle, et qu'on nomme vulgairement *pinçons*. Dans ces cas, il convient de ne point chercher à provoquer la chute de l'épiderme. Son intégrité est le meilleur moyen d'assurer la guérison.

Au degré suivant, on a vu des taches d'un brun noirâtre, siégeant de préférence sous une partie osseuse saillante, au talon, au bout du gros orteil, sur la tête du premier métatarsien. Ce sont des eschares qui se détachent et donnent lieu à des ulcères fongueux, au fond desquels on constate presque toujours que l'os sous-jacent a subi quelque altération.

Enfin, l'action du froid porté à l'extrême détermine ce qu'on peut appeler la gangrène d'emblée. Bleue, livide, couverte de phlyctènes contenant une sérosité roussâtre, la partie est irremédiablement atteinte, et elle l'est souvent jusqu'à l'os. Plus tard, les tissus ainsi envahis se dessèchent, se momifient, puis sont éliminés.

Cette gangrène reste toujours localisée; elle n'a nulle tendance à l'envahissement. Elle diffère, sous ce rapport, de celle qu'on peut appeler consécutive, et qui frappe des parties qui, sans avoir été sphacélées immédiatement, ont néanmoins subi, par l'effet du froid, des modifications incompatibles avec la vie. Une semblable disposition existe communément au voisinage de la partie directement sphacélée; et il faut bien prendre garde d'en provoquer les

suites, qu'une pression imprudente, un pli de bande mal appliquée et surtout l'action intempestive de l'instrument tranchant y portent rapidement jusqu'à la mortification.

Le sphacèle immédiat, véritable congélation, offre tous les cacactères de la gangrène sèche. Au contraire, celle que nous venons de décrire marche, progresse, se comporte et se termine comme celle qu'on décrit dans les traités classiques sous le nom de gangrène humide. C'est une nouvelle différence entre ces deux affections, que leur diversité de cause et d'origine sépare déjà si profondément. (*Revue médico-chirurg. de Paris*, nov. 1855, p. 270.)

Du traitement non mercuriel de certaines formes de la syphilis; analyse de 1,400 cas, par M. HENRI LEE.

Sous une apparence de précision fondée sur le microscope et la statistique, cette communication n'énonce guère que des données déjà prévues et justifiées par la pratique générale.

L'auteur distingue quatre classes de cas en fait d'accidents syphilitiques primitifs, et chacun d'eux, selon lui, produisant des conséquences et réclamant des médications particulières.

La première comprend les cas où l'action déterminée par le contact de la matière syphilitique est d'un caractère adhésif. La sécrétion de l'ulcère est un fluide transparent, plus ou moins visqueux, contenant des corpuscules en proportion comparativement peu considérable et de différents volumes, ne présentant pas les caractères du pus bien formé.

La deuxième classe se compose des cas où la sécrétion de la partie infectée consiste en pus bien formé dès le début.

La troisième a trait à ceux où la maladie locale s'étend aux vaisseaux et aux glandes lymphatiques, lesquelles consécutivement suppurent.

La quatrième embrasse les faits où le contact de la matière syphilitique produit la mortification ou le phagédénisme de la partie affectée.

M. Lee affirme que les ulcères de la deuxième et de la troisième classe ne sont jamais suivis d'accidents constitutionnels (fait que la théorie et la pratique de M. Ricord avaient déjà mis en évidence), et il en conclut qu'il n'y a aucune utilité à instituer contre eux un traitement mercuriel.

Au contraire, dans les ulcères de la première catégorie, alors que le liquide sécrété ne montre plus, comme dans les deuxième et troisième classes, à l'examen microscopique, des globules nombreux et égaux de pus bien formé; alors que le liquide consiste plutôt en une espèce de lymphe qui contient des globules de différentes dimensions; alors ces caractères, joints à l'induration, annoncent que l'infection s'opère et indiquent le traitement mercuriel. (*Association Medical Journal*, p. 1086.)

VI.

VARIÉTÉS.

Sur la demande de M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, M. le ministre de l'instruction publique a accordé 14,000 francs pour l'ameublement de nouvelles salles de dissection, des salles de cours et d'examen, des cabinets pour le prosecteur et les professeurs qui voudront faire des recherches nécroscopiques ou micrographiques, enfin des salles pour des musées spéciaux destinés à la démonstration.

— M. Alphonse Dubrueil, fils du regrettable professeur de ce nom, a été nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier. M. Camille Bertrand a été nommé aide d'anatomie adjoint.

— Par décret du 4 mai, M. Lévy (Michel), du conseil de santé des armées, a été nommé directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Alquié, nommé inspecteur des eaux minérales de Vichy.

— Par décision ministérielle, M. le docteur Goffres, médecin principal de 1re classe et agrégé de la Faculté de Montpellier, a été chargé du service des salles militaires à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

— M. Combes a été nommé membre titulaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité.

— M. le docteur Duroziez est nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. E. Auburtin, dont les fonctions sont expirées.

— Par décret du 9 avril, une médaille d'honneur d'or a été décernée à M. Serre, médecin civil à Port-au-Prince (Haïti), en récompense des services qu'il a rendus à des marins français atteints par les épidémies de fièvre jaune.

— Une médaille d'or a été décernée à M. Micé, une médaille d'argent à MM. Bossoutrot et Cassou, une médaille de bronze à M. Durand, tous élèves de l'École de médecine de Bordeaux, pour le dévouement qu'ils ont montré à soigner les cholériques.

— MM. Belin et Triponel, élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, viennent de recevoir une médaille d'argent en récompense du dévouement qu'ils ont montré pendant l'épidémie de choléra de 1855.

— Le professeur Riberi ayant été récemmment malade, Sa Majesté Sarde a mis à sa disposition un appartement du palais de Montcalieri pour y passer le temps de sa convalescence.

— M. le docteur Mérielle, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon et professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Rouen, vient de succomber à une hémorrhagie intestinale.

— M. le docteur Claude Joly vient de mourir à Lyon, à l'âge de quarante-trois ans.

— M. Daraignes, ancien élève de l'hôpital Saint-André, vient de succomber au typhus, à l'armée d'Orient.

— Le concours pour une place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon s'ouvrira le 1er décembre 1856.

— La Société de pharmacie de Paris a mis au concours la question suivante :

« Étude de la composition des eaux distillées et de leurs altérations spéciales. »

Les concurrents pourront choisir trois eaux distillées médicinales, telles que celles de fleur d'oranger, de menthe, de laitue, pour en étudier d'une façon complète la composition et les altérations spontanées.

Le prix est de la valeur de 2,000 francs.

— Il vient d'être créé, dans l'établissement hydrothérapique de Serin (près Lyon), dirigé par M. Macario, un appareil de bains de vapeur térébenthinée. C'est le quatrième, que nous sachions, qui existe en France.

— M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 6 mai, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. Visite des malades à sept heures du matin.

— Le voleur dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs, et qui s'introduisait chez les médecins aux heures où il les croyait absents, a comparu ces jours derniers devant le tribunal de police correctionnelle; il a déclaré être un ancien clerc de notaire, et a été condamné à trois ans de prison et à cinq ans de surveillance.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Tableau du prix de l'abonnement annuel à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger.*

Autriche, Bade, Bavière	24 fr.
Angleterre, Malte; Belgique; Grèce; Pays-Bas; Égypte, Syrie, Turquie	27
Colonies, États-Unis du Nord (voie anglaise); Toscane	29
Duchés italiens; Suisse	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie; Saxe; Suède	28
États romains	34
Portugal	25
Sardaigne	26
Sicile	30

On peut s'abonner par l'entremise de tous les libraires de l'Étranger, ou en adressant directement un mandat sur Paris à la LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 16 MAI 1856. N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 14 mai 1856.

107. MACÉ, Louis-Joseph, né à Talansac (Ille-et-Vilaine). [*De l'éclampsie puerpérole.*]

108. BIZET, Henri-Adrien, né à Château-Renard (Loiret). [*De la pneumonie.*]

109. PARISOT, Louis, né à Remiremont (Vosges). [*Des accidents de la première dentition*]

110. BOYER, Achille-Barthélemy, né à Buzançais (Indre). [*Quelques considérations sur une épidémie de suette qui a régné dans l'arrondissement de Dôle (Jura) en 1854.*]

111. PELLETIER, Edmond-François-Philippe, né à Beaulieu (Vendée). [*De l'hystérie.*]

112. BELLAMY, Félix-Charles-Marie, né à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*De l'hydropisie consécutive à la scarlatine.*]

113. DOLBEAU, Henri-Ferdinand, né à Paris (Seine). [*Études sur les grands kystes de la surface convexe du foie.*]

114. BAZILLES-FRENIÈRES, Émile, né à Joigny (Yonne). [*Du cancer des veines.*]

115. MARIGLIER, Louis-Benjamin, né à Semur (Côte-d'Or). [*Des déchirures du périnée chez la femme.*]

116. FRESTIER, François-Léon, né à Huriel (Allier). [*De la fièvre purulente, spontanée, idiopathique, comparée à l'infection purulente.*]

117. GUENEAU, René, né à Decize (Nièvre). [*De l'expectoration et des crachats en général.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Thèses subies du 9 janvier au 3 avril 1856.

1. MARTIAL, Thomas, d'Estivareilles (Loire). [*De la fistule lacrymale et de son traitement par la destruction du sac lacrymal.*]

2. CREVAUX, Augustin-Henri, de Lunéville (Meurthe). [*Recherches sur la glycérine.*]

3. LEVY, Émile, de Sarrebourg (Meurthe). [*De l'emploi des affusions froides dans le traitement de la méningite.*]

4. BOUCHARD, Abel, de Ribeauvillé (Haut-Rhin). [*Essai sur les gaines synoviales tendineuses du pied.*]

5. FARINE, Marie-Alexandre, d'Ornans (Doubs). [*Des signes pronostiques fâcheux de la fièvre typhoïde.*]

6. FRISTO, François-Jules, de Sierck (Moselle). [*De l'amputation dans les cas de plaies par armes à feu.*]

7. COTTE, Paul-Melchior-Jean-Baptiste, de Digne (Basses-Alpes). [*De quelques-unes des influences exercées par des émotions morales et des passions sur la production et la marche des maladies.*]

8. ROCHE, Théophile, de Besançon (Doubs). [*Des complications du rhumatisme articulaire.*]

9. LAUTH, Jacques-Henri, de Strasbourg. [*De la hernie ombilicale, considérée spécialement chez les enfants.*]

10. HENCHEL, Xavier, d'Uffholtz (Haut-Rhin). [*De la gangrène du poumon.*]

11. DUBOZ, Victor, de Chilly-sur-Salins (Jura). [*Quelques considérations sur les sources solées et les eaux mères des salines de Salins (Jura)*]

12. BADOZ, Adolphe-Alexis, du Puy-en-Velay (Haute-Loire). [*Que doit-on attendre du chloroforme dans certaines névroses ?*]

13. MILLET, Charles, de Rombas (Moselle). [*Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil.*]

14. ENGELHARDT, Paul-Émile de Schirmeck (Vosges). [*De l'hématocèle rétro-utérine.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg,
BOUCHER.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 15 mai 1856.

OBLITÉRATION DES ARTÈRES PAR DES CONCRÉTIONS FIBRINEUSES *détachées du cœur*. — MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA RAGE.

En appelant l'attention, dans l'avant-dernier numéro, sur la migration des concrétions fibrineuses dans les canaux vasculaires, nous avons attribué la *démonstration* de ce fait à MM. Virchow et Kirkes. (Virchow-Traube's *Beitr. z. exper. Path. und Physiol.*, 1846. Heft 2, § 1, et *Handbuch der speciel. Path. und Therap.* Erlangen, 1854); — Kirkes (*Medic.-Chir. Transact.*, 1852, vol. XXXV.) On verra par une lettre que veut bien nous adresser M. le docteur Legroux, que l'idée du déplacement des concrétions cardiaques et de leur passage dans les vaisseaux est de date

assez ancienne; que lui-même l'a exprimée et appuyée sur une observation, il y a près de trente ans; enfin qu'il a traité ce sujet, *avec beaucoup de développement*, dans un cours fait à la Faculté de médecine de Paris en 1842. Donc c'est à lui incontestablement (nous nous en sommes assuré par la lecture de son excellente thèse) que revient l'honneur d'avoir vérifié expérimentalement un simple aperçu de Van Swieten; et l'on comprendra avec quel empressement nous insérons sa réclamation, quand nous aurons dit qu'il nous l'a remise dans son cabinet, au moment où nous-même allions lui demander communication de ses titres. Deux faits nouveaux, que nous donnons plus loin (voy. p. 342), prouvent aussi que M. le professeur Schützenberger s'occupe très spécialement de la question depuis plusieurs années; nous savons d'ailleurs qu'il en a fait le sujet de plusieurs leçons à la clinique de Strasbourg; et c'est sous sa présidence que l'un de ses élèves, M. le docteur Bierck, a soutenu, en 1853, une thèse sur le ramollissement cérébral consécutif à la formation des embolies. (Voir à la REVUE CLINIQUE, p. 347.)

Mais, cela reconnu, les termes dans lesquels nous avions fait la part de MM. Virchow et Kirkes peuvent encore être maintenus; car ce sont eux qui ont publié sur la matière les premières recherches suivies. Voici en peu de mots les diverses phases par lesquelles a passé la question.

Van Swieten, interprétant Boerhaave, écrit, sans se préoccuper de la démonstration, que des concrétions polypeuses (fibrineuses) peuvent être chassées des *sinus veineux* et des *cavités cardiaques* dans les vaisseaux. M. Legroux, en 1827, exprime aussi cette pensée générale, que des concrétions formées dans le cœur peuvent être entraînées par le torrent circulatoire et portées *dans un endroit plus ou moins éloigné;* et en même temps il rapporte une observation de laquelle il paraît résulter qu'un caillot formé dans l'*oreillette gauche* a passé dans l'*artère brachiale gauche*, qu'il a oblitérée. Plusieurs observateurs, en Allemagne, en France, en Amérique, continuent à être frappés de la coexistence fréquente de concrétions cardiaques et de dépôts fibrineux, soit dans la continuité des vaisseaux, soit dans la trame même de certains viscères, plus particulièrement de la rate, des reins, du foie, et donnent de cette coexistence diverses explications, qui aboutissent toutes à la coagulation du sang au lieu même où se rencontrent les dépôts. Dix ans se passent ainsi : puis vient M. Virchow, qui, agrandissant tout à la fois le champ de l'observation et celui des explications, étudie les oblitérations vasculaires dans les deux systèmes; s'applique à montrer que les infarctus fibrineux des viscères et certaines oblitérations des vaisseaux, veines et artères, résultent de l'arrêt de concrétions entraînées par le courant circulatoire; spécifie les symptômes et les lésions anatomiques propres à ce genre d'affection; applique la même étude à d'autres corps également susceptibles de voyager dans les vaisseaux, tels que les plaques calcaires ou les débris d'athéromes, et fonde enfin la théorie complète de l'*embolisme*. L'embolisme, dans sa signification générale, est donc l'obstruction des canaux vasculaires, soit sur un point de leur longueur, soit à leur extrémité capillaire, par tout corps détaché de la surface interne du cœur ou des vaisseaux eux-mêmes, mais plus spécialement par des concrétions fibrineuses. Cette théorie, dans les recherches de l'ex-professeur de Würzburg (M. Virchow vient de passer à l'université de Berlin), a eu pour point de départ le fait, déjà bien connu et souvent commenté auparavant, de l'obstruction de l'artère pulmonaire par des concrétions sanguines. On avait vu ce canal ainsi obstrué dans des cas d'abcès métastatiques (Dance), de tubercules pulmonaires (Schröder van der Kolk, Guillot), d'œdème du poumon (Paget), etc.; on avait, en général, attribué la coagulation à la présence du pus dans le sang; M. Virchow établit que des caillots, soit formés dans les veines et amenés par le cœur droit, soit formés dans le cœur droit lui-même, peuvent venir obstruer l'artère pulmonaire ou envoyer des parcelles fibrineuses jusque dans le poumon, où elles produisent des infarctus et même des pneumonies très graves (1). Déjà Bochdalek avait considéré l'engouement pulmonaire *hémoptoïque* de Laënnec comme résultant de dépôts fibrineux déposés dans les capillaires de l'artère pulmonaire, mais produits sur place.

C'est à confirmer ces vues par de nouvelles observations que s'est appliqué M. Kirkes, dans le travail cité plus haut. L'auteur anglais étudie successivement les effets du transport des masses fibrineuses, venues du cœur ou d'ailleurs, que leur volume force à s'arrêter dans des vaisseaux d'un certain calibre, et ceux qui résultent de la migration de parcelles fibrineuses qui peuvent s'engager jusque dans les capillaires. Pour lui, comme pour M. Virchow, la première condition amène la gangrène; la seconde, des infarctus, des inflammations, des ramollissements, notamment le ramollissement cérébral. Nous donnons plus loin (p. 346) un exemple de cette espèce de ramollissement, emprunté précisément au travail dont il s'agit ici.

Voilà à grands traits l'historique de cette question. Notre intention n'est pas d'en rassembler ici tous les éléments, mais seulement, nous l'avons dit, d'en marquer les phases principales. Depuis M. Legroux, depuis M. Virchow, il a été fait plusieurs fois mention, dans les publications périodiques, de la migration de dépôts fibrineux. M. Charcot, en particulier, y a tout récemment consacré une note dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1856, n° 9, p. 130). M. Schützenberger a porté plus spécialement son attention sur l'obturation *embolique* des artères de petit calibre et des capillaires, et sur les désordres anatomiques qui peuvent en résulter, plus spécialement en ce qui concerne le ramollissement cérébral (V. le dernier n° de la *Gaz. méd. de Strasbourg*). Mais nous laissons le soin d'indications bibliographiques plus précises à M. le docteur G. Sée, que nous savons occupé à colliger les documents nécessaires à un exposé critique de la question.

— Voici l'époque de l'année où l'administration a coutume d'ordonner des mesures de précaution contre le développement et la propagation de l'hydrophobie, et nous voyons que des arrêtés ont déjà été pris à cet effet par un certain nombre de maires (2). Tout ce qui concerne cette question a dans le moment un intérêt particulier ; car il n'est ignoré de personne que l'impôt sur la race canine a été une mesure de salubrité presque autant qu'une mesure fiscale. La diminution du nombre des chiens, amenée par l'exécution de la loi d'impôt, aura-t-elle pour effet de rendre l'hydrophobie moins fréquente? C'est pour s'en assurer que M. le ministre de l'agriculture et du commerce a chargé les préfets de dresser un relevé de tous les cas qui se sont manifestés dans leur département pendant l'année 1855, et a prescrit aux maires d'informer le préfet des cas qui, en 1856, pourraient se montrer sur le territoire de leurs communes respectives.

(1) Ce travail de M. Virchow fait partie de la collection de ses Mémoires, qu'il publie en ce moment.

(2) La rage se développe principalement en mars, avril et novembre; la haute température n'y est donc pour rien, et c'est à tort que l'administration attend l'époque des chaleurs pour ordonner des mesures de sûreté.

Jusqu'à production de ces documents, on ne peut faire que des suppositions. Certainement si le nombre des chiens diminue d'une quantité considérable, il y a lieu de croire que le chiffre total des cas d'hydrophobie s'abaissera également. Mais le chiffre relatif, c'est-à-dire le rapport numérique des cas de rage au nombre des chiens conservés, ne s'élèvera-t-il pas par suite de la situation nouvelle faite à la race canine? Cette question se trouve posée dans une brochure récemment publiée par M. le docteur Le Cœur (de Caen) (1), et il la résout dans un sens peu favorable.

Parmi les circonstances qui, indépendamment de la grande chaleur, peuvent plus ou moins directement contribuer au développement de la rage spontanée, il faut surtout compter, remarque notre confrère, l'impossibilité de satisfaire les deux besoins suivants : rapprochement sexuel et liberté des mouvements.

Que la non-satisfaction de l'appétit vénérien constitue une prédisposition puissante à l'hydrophobie, c'est une opinion acceptée depuis longtemps par la médecine vétérinaire. On sait aussi que la maladie éclate souvent à l'époque du rut ; observation tout à fait adéquate à la précédente, puisque l'influence du rut sur l'organisme est sensiblement la même que celle qui est déterminée par une privation trop prolongée du coït. Un fait remarquable, relevé surtout par Clot-Bey et qui a été confirmé à M. Le Cœur par un médecin familiarisé avec les choses médicales de l'Orient, c'est qu'en Turquie, en Égypte, sous un ciel brûlant, où les chiens ne trouvent pas toujours à étancher leur soif, mais où ils doivent à une vieille superstition de pouvoir vaguer sans maître, sans autre habitation que la rue, livrés dès lors à une promiscuité sans limites, l'hydrophobie est à peu près inconnue. Cette même observation tend à montrer les avantages de la vie errante sur la vie sédentaire ; et bien que ces avantages, sous le rapport qui nous occupe, ne soient pas expérimentalement démontrés, on conçoit pourtant très bien qu'une trop forte concentration de l'activité par suite d'une réclusion excessive, puisse faciliter l'explosion d'une affection nerveuse telle que la rage.

Or, M. Le Cœur se demande si l'impôt, combiné avec les arrêtés qui prescrivent la tenue en laisse ou la séquestration au logis, n'aura pas pour effet de réaliser, pour les chiens conservés, des conditions opposées à celles qui paraissent éloigner l'hydrophobie ; si ces chiens, devenus plus précieux par le sacrifice auquel ils obligeront, ne seront pas gardés avec plus de vigilance, plus rigoureusement enfermés ou attachés, réprimés avec plus de sévérité dans leurs ardeurs amoureuses. A cet égard voici ce qu'on peut dire pour calmer les appréhensions fort rationnelles de notre confrère. Il est très vrai, et l'expérience l'a établi, que ce sont les chiens de luxe qui fournissent la plus forte proportion d'enragés; mais, d'une part, les chiens ont toujours été soumis à une vigilance ou, pour mieux dire, à une servitude, que la loi de l'impôt ne peut guère accroître ; et, d'autre part, par l'application même de la loi, le nombre de cette catégorie de chiens doit diminuer notablement. Si donc tout à la fois les conditions étiologiques restent les mêmes et les chiens de luxe deviennent moins nombreux, il y a tout lieu de présumer que le chiffre annuel des cas de rage diminuera également.

Ces considérations, comme on le voit, mettent en cause l'opportunité de mesures préventives qu'on est dans l'usage de prendre contre le développement de l'hydrophobie. Nous ne parlerons pas de l'empoisonnement et de l'abatage, qui ne regardent pas la médecine, mais seulement de la tenue en laisse et de l'obligation de la muselière. M. Le Cœur s'élève avec force contre ces deux précautions. Peut-être s'exagère-t-il les inconvénients de la tenue en laisse. La prescription de l'autorité à cet égard n'est jamais absolue ; elle ne va pas jusqu'à enchaîner la liberté des chiens dans la campagne, sur les grandes routes ; elle veut seulement que le maître réponde des mouvements de l'animal dans les centres de population. Que si quelque part l'autorité a des prétentions plus étendues, l'on peut affirmer que c'est tout à fait en vain. Or, dans une ville, le chien devant suivre son maître et non courir au hasard, qu'il le fasse libre ou conduit en laisse, la différence n'est pas grande, et l'effet sur la santé n'en peut être bien sensible. Quant à la muselière, nous croyons, avec M. Le Cœur, qu'elle est plus susceptible de favoriser le développement spontané de la rage que de le *prévenir*. C'est un bonne précaution contre l'humeur hargneuse qui s'exerce surtout contre les étrangers; mais si l'animal devient enragé, comme la muselière est toujours retirée au logis, il faudrait, pour qu'elle remplît son office de moyen préventif, que la rage se développât juste au moment où l'appareil serait appliqué. Or on sait bien que les manifestations apparentes de la rage ne sont pas si soudaines, et que l'envie de mordre se montre fréquemment avant tout autre symptôme caractéristique. Ajoutez, comme le fait remarquer notre confrère de Caen, que l'application de la muselière produit souvent chez les chiens un affolement dangereux, les empêche d'étancher leur soif à volonté, gêne leur respiration, et contrarie la perspiration pulmonaire, qui, chez ces animaux, supplée en partie la perspiration cutanée.

Nous savons qu'un médecin, que distingue l'originalité de son esprit, M. le docteur Loreau, s'appuyant sur les mêmes raisons que M. Le Cœur, a proposé à M. le ministre de l'agriculture une mesure tendante à assurer l'effet de l'impôt quant à la réduction des cas d'hydrophobie. Ce serait d'imposer le chien beaucoup plus haut que la chienne. Dans l'état actuel des choses, à égalité de frais, il y a plus d'avantage à élever des mâles, l'inconvénient des femelles étant bien connu. Dans le système de M. Loreau, la proportion des femelles, au contraire, augmenterait. Or la rage spontanée se développe rarement chez la chienne (peut-être jamais, suivant M. Le Cœur). De plus, le chien trouverait plus aisément, dans ce système, à apaiser ces ardeurs que, nous le disons sérieusement, on ne se préoccupe pas assez de satisfaire.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Le seigle ergoté est-il un moyen abortif? par le docteur Charles Dubreuilh, médecin et professeur adjoint à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux.

Malgré les nombreux mémoires qui ont été publiés sur le seigle ergoté, la question de sa propriété abortive, qui offre le plus haut degré d'intérêt sous le rapport de la police médicale, est encore à résoudre. C'est à l'aide de quelques faits cliniques, et à l'aide d'expériences faites sur des femelles pleines, que nous allons essayer de traiter ce point obscur de l'histoire de ce médicament.

(1) Études sur la rage, 1856. Caen : typographie de Delos. — M. Le Cœur a aussi publié récemment une autre brochure qui a pour titre : Secours aux noyés, genre d'*Instruction* qu'il serait désirable de voir se répandre dans les ports. Ce genre de travaux modestes et utiles, venant d'hommes aussi distingués que notre confrère de Caen, mérite d'être encouragé.

Nous avons montré ailleurs que nos premières notions sur cette substance nous sont venues du vulgaire, et que partout l'empirisme était en possession du seigle ergoté bien avant qu'on songeât à en faire un essai sérieux et véritablement thérapeutique. Les vieilles matrones d'Allemagne l'employaient secrètement pour favoriser le travail de l'enfantement, et on lui avait donné le nom de *mutterkorn*, qui signifie mot à mot graine de matrice ou seigle utérin; on crut même que différentes poudres dites obstétricales, dont on usait dès les temps les plus reculés, étaient principalement composées par cette substance.

Ce n'est pas seulement aujourd'hui que les médecins et l'autorité ont eu des craintes sur le criminel emploi que l'on pourrait en faire. Le 27 mars 1826, dans une séance de l'Académie royale de médecine, MM. Henri Pelletier et Planche lurent un rapport adressé à M. le ministre de l'intérieur, sur la question de savoir s'il convenait que le gouvernement accordât la permission de faire entrer par la douane de Strasbourg 100 livres de seigle ergoté, substance dont l'importation était prohibée. Dans ce rapport, la commission motiva son refus, en disant que cette substance provoquait l'avortement.

Dans un mémoire sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté, le docteur H. Davies (de Londres) assure que c'est en voyant employer le seigle ergoté, ou du moins l'ergot de différentes plantes, dans l'intention criminelle de provoquer l'avortement, que les médecins ont été conduits à administrer ce champignon pour accélérer le travail de l'accouchement.

Est-ce enfin, comme l'a dit M. Danyau, dans son rapport à l'Académie, un nouveau moyen abortif offert à la perversité, moyen plus redoutable encore que ceux qui jusqu'alors avaient été mis en usage, puisque les coupables, moins retenus par la crainte des accidents, et assurés de l'impunité d'un crime qui ne doit pas laisser de traces, auraient le champ libre et ne connaîtraient plus de bornes à leurs entreprises?

Voyons jusqu'à quel point ces appréhensions sont exagérées. Si l'ergot jouit, comme nous l'avons démontré, de l'incontestable propriété d'activer les phénomènes de l'accouchement, s'ensuit-il, comme conséquence nécessaire, qu'il puisse éveiller les contractions utérines avant le commencement du travail et solliciter l'avortement? Cette action abortive, dont il serait si facile de faire un abus criminel, lui est accordée par les uns et refusée par les autres.

L'auteur d'un article sur l'ouvrage de M. Waller, inséré dans la *Revue médicale*, août 1850, s'exprime ainsi: « Malgré ce que j'ai dit sur l'action du seigle, qui ne fait qu'aider un travail déjà établi et ne peut en décider un qui n'a pas commencé, je dois avouer qu'il est venu à ma connaissance un cas bien avéré d'avortement, survenu deux heures après l'ingestion du seigle ergoté, qui avait été pris avec intention par une femme grosse de deux mois. » En Allemagne, on a cru remarquer que les avortements étaient plus fréquents dans les épidémies produites par le seigle ergoté. D'après Courhaut et Tessier, l'usage du pain de seigle ergoté provoque l'avortement et tarit le lait des nourrices. Il y eut, en 1842, une épidémie d'avortements sur les vaches; M. Rodin, directeur de l'École d'agriculture des Trois-Croix, observa que le seigle et beaucoup de graminées contenaient une quantité considérable de grains ergotés; il en conclut que les avortements si fréquents cette année étaient dus à de mauvais grains (1).

La médecine vétérinaire fournit aussi quelques preuves de l'action du seigle ergoté sur les contractions utérines avant le commencement du travail. Ainsi, près de Lyon, on est dans l'usage de donner aux vaches sur le point de vêler, afin de faciliter leur délivrance, un breuvage composé de 4 onces de seigle ergoté bouilli, en y ajoutant une dose égale d'huile d'olives. Quelques médecins vétérinaires emploient aussi ce grain en substance ou en décoction chez les femelles d'autres animaux, et s'en sont toujours bien trouvés. Orlère, dans ses travaux, pense également que cette substance détermine l'avortement chez les animaux aussi bien que chez les femmes.

Toutefois, nous croyons que l'action du seigle ergoté est d'autant moins énergique ou efficace que la grossesse est moins avancée. Nos expériences, nos observations, nos renseignements auprès de jeunes filles ou de jeunes femmes qui avaient intérêt à user de ce moyen, nous portent à croire qu'il ne produit pas des résultats aussi certains, aussi prompts et aussi actifs, que quelques médecins le pensent.

Trente-six femelles pleines de diverses espèces ont été successivement soumises à nos expériences, dans le but de jeter quelque lumière sur cette question: l'ergot nous a paru toujours sans effet; les animaux mouraient en proie aux accidents de l'ergotisme convulsif, quelques autres de l'ergotisme gangréneux, avant que la matrice ait pu ressentir quelque effet du médicament. Nous en avons administré journellement à la dose d'un, deux, quatre et huit grammes; nous avons nourri des femelles pleines avec du son dans lequel se trouvaient 20 et 30 grammes de seigle ergoté: les unes succombaient après quelques heures, les autres après dix et quinze jours; les portées nous ont souvent paru influencées d'une manière fâcheuse. Nous allons faire connaître quelques-unes de ces expériences.

I. — Le 20 septembre, nous donnâmes, deux fois par jour, dans 15 grammes de son, 2 grammes de seigle ergoté à une lapine pleine, et assez avancée (aux deux tiers à peu près de sa grossesse). Le quatrième jour, elle était plus triste; très farouche auparavant, elle se tenait accroupie dans un coin; le regard était fixe et le poil hérissé. Dans l'intervalle, elle mangeait un peu de nourriture fraîche. Le 30, après avoir continué cette même dose, sans aucun changement très appréciable chez l'animal qu'une grande tristesse, nous donnâmes 4 grammes le matin dans la même quantité de son, et 4 autres grammes le soir; le lendemain matin, nous la trouvâmes morte. L'utérus contenait cinq petits morts.

II. — Le 6 septembre, nous administrâmes à une femelle de cochon d'Inde, à peu près au terme de sa grossesse, une solution de seigle ergoté dans laquelle se trouvaient 2 grammes de ce médicament; elle était à jeun depuis la veille au soir. Le premier jour, elle n'éprouva absolument aucun phénomène notable. Le second jour, même dose; nous remarquâmes, après dix-huit minutes, quelques mouvements spasmodiques; puis le ventre, excessivement volumineux, acquit une tension plus grande, et nous pûmes observer ce phénomène à plusieurs reprises; après quoi tout cessa. Le troisième jour, l'animal prit encore 2 grammes d'ergot. Le quatrième jour, il en prit 3 grammes; pendant la première heure, l'animal parut triste; il fallait le pousser pour le faire avancer; deux heures après, il eut des mouvements convulsifs et mit bas deux petits morts. Le ventre était encore volumineux; en y appliquant la main, on sentait les mouvements d'autres petits.

Le 7, nous ne voulûmes pas renouveler l'expérience; l'animal mangea avec appétit l'herbe qu'on lui donnait. Le 8, soixante-douze heures après la dernière prise d'ergot, cette femelle mit bas deux autres petits très vivaces.

III. — 2 grammes d'ergotine pure furent administrés à une lapine à jeun, pleine de vingt-cinq jours: cette dose ne détermina aucun effet appréciable. Le lendemain, 4 grammes, effet nul; le surlendemain, 8 grammes, et l'animal n'éprouva aucun symptôme. Enfin nous augmentâmes la dose jusqu'à 15 grammes sans aucun

(1) *Journal des connaissances médicales*. 1842.

résultat. Cette lapine donna le jour à des petits très vivaces.

Nous avons remarqué que, lorsque nous nous servions de l'ergotine, les résultats physiologiques sur les animaux étaient toujours nuls; ils conservaient le même appétit, et ont toujours mis bas des petits vivants.

IV. — Deux femelles de cochon d'Inde, dont la première était pleine de trente-cinq jours et la seconde de trente jours, furent mises à l'usage d'une nourriture ergotée. Tous les matins à jeun elles prenaient l'une et l'autre 60 grammes d'ergot. Le quatrième jour elles n'avaient encore rien éprouvé; mais le cinquième au matin, la première femelle mangea en une seule fois toute la quantité de son mélangé au seigle ergoté; une demi-heure après, elle éprouva de légères convulsions qui produisirent la sortie de matières fécales, le ventre se tendit avec force, et l'animal mourut après une heure dans un état de roideur tétanique; l'utérus contenait quatre fœtus morts.

Après huit jours de la même nourriture, la seconde femelle succomba : les petits étaient morts.

V. — Le 13 novembre, nous mîmes au régime suivant une femelle de cochon d'Inde arrivée à moitié de sa grossesse : tous les matins à jeun elle prenait 30 grammes de son mélangé à 6 grammes de seigle ergoté. Au dixième jour de ce traitement, elle commença à devenir plus triste et moins alerte. Le quinzième jour, son ventre, qui était assez dur et très tendu par le produit de la gestation, devint plus mou; l'animal était accroupi, ne mangeant que très peu des herbes fraîches qu'on lui donnait. Le vingtième jour, il refusa le son ergoté, dont il paraissait très friand. Les oreilles sont noirâtres, les matières fécales liquides et jaunâtres; le vagin est souillé d'un mucus sanguinolent; les narines présentent les mêmes phénomènes; cris continus; mort à onze heures du matin, sans aucune convulsion. L'utérus, ouvert immédiatement après la mort, contenait quatre petits morts exhalant une odeur putride, entourés de sang noirâtre; leur peau ramollie s'enlevait avec la plus grande facilité. Les intestins étaient noirâtres, contenant de la matière liquide; tous les autres organes étaient congestionnés et livides.

VI. — Nous donnâmes à une femelle de cochon d'Inde, arrivée aux deux tiers de sa grossesse, 5 grammes de seigle ergoté le 6 décembre; le 7, l'animal était très bien, mangeant avec appétit; le 8, nous administrâmes 6 grammes de la même substance; il fut plus triste, abattu, refusa la nourriture. Nous suspendîmes l'ergot, et nous attendîmes, afin d'examiner les phénomènes qui surviendraient ultérieurement. L'animal se rétablit promptement, reprit son agilité, pour mettre bas, plus tard, cinq petits vivants.

Nous ne voulons point augmenter cet article par le récit de toutes nos expériences; ce serait répéter à peu près les mêmes circonstances et les mêmes résultats; elles nous ont conduit à une conclusion négative touchant l'action abortive du seigle ergoté. Nous savons aussi que les expériences faites sur les animaux ne prouvent pas toujours ce que l'on veut démontrer; elles peuvent être factices et trompeuses, lorsqu'on veut en faire l'application au corps humain.

Nous allons donc invoquer l'expérience clinique. Le seigle ergoté n'éveille que très difficilement la contractilité de l'utérus. C'est ce qui ressort de nombreuses observations et de la rareté des avortements, malgré les essais souvent répétés de quelques femmes, dont les témoignages, adroitement et secrètement arrachés, ont été confiés au médecin.

I. — En 1841, dans les mois de septembre et octobre, deux jeunes filles de constitution robuste entraient à la Maternité, enceintes d'environ trois mois, avec tous les signes d'un avortement tellement avancé, qu'il n'y avait plus qu'à lui laisser suivre sa marche. Ayant eu occasion de les revoir après leur sortie de l'hôpital et dans le secret du cabinet, toutes les deux ont avoué avoir commencé par employer, sans succès, du seigle ergoté pendant plusieurs jours. L'insuccès du moyen les porta à recourir à une sage-femme qui a fui Bordeaux depuis cette époque; des injections irritantes firent ce que n'avait pas produit le seigle ergoté.

II. — Une jeune femme, dont le mari était absent, devint enceinte une dizaine de mois avant l'époque présumée de son retour. Au quatrième mois environ de sa grossesse, plusieurs paquets de poudre de seigle ergoté sont ingérés par l'estomac pendant six jours et sans résultat. La même sage-femme ci-dessus citée intervient, déchire l'œuf avec une sonde. Une hémorrhagie foudroyante oblige de réclamer notre présence, et, au milieu de la terreur dont cette jeune femme était saisie, elle nous fait l'aveu des manœuvres coupables qu'elle a employées pour échapper à la honte.

III. — Une demoiselle des environs, malheureusement enceinte, se confie à sa mère, qui la pousse au crime pour la sauver du déshonneur. C'est à Bordeaux qu'elle se rendit pour recourir au seigle ergoté qu'on lui avait conseillé, et ce n'est qu'un mois plus tard, après une course forcée à cheval, suivie d'un pédiluve à la glace, que l'avortement eut lieu, à quatre mois et demi environ. Ici encore une hémorrhagie violente survint, força de recourir à nos conseils, et la peur de perdre sa fille amena une confidence de la mère.

IV. — Une jeune couturière entre blessée à l'hôpital de la Maternité, au mois de juillet 1848, d'où elle sort peu de jours après. Un an plus tard, elle se présente dans notre cabinet atteinte d'une métrite; et, après plusieurs jours de questions pressantes, elle finit par avouer qu'elle a été blessée par l'introduction d'une sonde, mais qu'elle avait, plus d'un mois avant, essayé pendant plusieurs jours la poudre de seigle ergoté. Il était difficile de préciser l'époque de la grossesse à laquelle eut lieu l'avortement.

V. — Au mois d'août 1849, je fus consulté par une jeune personne âgée de dix-neuf ans, habitant rue du Hâ, qui souffrait beaucoup de douleurs vives à l'épigastre, éprouvait des vomissements, avait un peu de fièvre et quelques autres symptômes dénotant une légère inflammation de l'estomac; son médecin ordinaire avait fait appliquer des sangsues et conseillé un régime sévère. Ayant aperçu de l'hésitation dans quelques réponses, je soupçonnai un état de grossesse; elle existait en effet, et datait de trois mois. Cette jeune fille, d'une magnifique santé, me fit alors l'énumération des remèdes pris par elle pour se faire avorter; le seigle ergoté avait été continué régulièrement pendant quinze jours à la dose de 50 centigrammes. Revenue à de meilleurs sentiments, et redoutant pour sa santé des accidents que j'avais exagérés, elle accoucha heureusement à huit mois et demi.

VI. — Au mois de décembre 1853, une dame amena dans mon cabinet une modiste âgée de vingt-cinq ans, qui éprouvait les douleurs les plus violentes dans les reins et le bas-ventre, des hémorrhagies qui se renouvelaient tous les huit ou dix jours.

Voici ce qui s'était passé : Enceinte et arrivée au cinquième mois de la grossesse, elle avait été conduite chez une sage-femme; l'usage du seigle ergoté n'avait pu enrayer son cours régulier; alors, s'armant d'un instrument qu'elle ne put me nommer, la sage-femme fit ce que le seigle ergoté était incapable d'accomplir; elle fit avorter cette jeune personne. Le col utérin, examiné, était rouge, granuleux, hypertrophié et très douloureux.

En parcourant les documents fournis par les auteurs, soit anciens, soit modernes, nous trouvons encore des témoignages positifs de l'impuissance du seigle ergoté pour produire des contractions utérines nécessaires à l'expulsion du fœtus avant que le travail soit déjà commencé.

C'est ainsi que Taube, dans sa relation d'une épidémie d'ergotisme, dit positivement que les femmes enceintes qui furent au nombre des malades n'étaient point sujettes à l'avortement, et que les lochies des nouvelles accouchées n'étaient

nullement dérangées. Stearns rapporte que des individus ont administré avec de coupables intentions, dans des cas de grossesse illégitime, la décoction de plusieurs onces d'ergot de seigle, et cela pendant un certain temps, sans qu'il en soit résulté rien de funeste.

M. Roche entretint l'Académie de médecine, il y a déjà bien des années, de faits analogues, et une jeune dame déclara à ce médecin en avoir pris plusieurs gros pour se faire avorter, sans pouvoir y réussir. Ozanam, en rapportant dix-neuf épidémies d'ergotisme gangréneux, ne fait jamais mention d'avortements survenus chez les femmes grosses atteintes de la maladie. C'est un témoignage que nous devons opposer à celui de Tessier.

Le docteur Goupil, dans un travail qu'il publia, démontre aussi l'inutilité qu'il y aurait à employer cette substance tant que le travail n'est pas commencé et le col dilaté, au moins en partie.

Madame X... éprouvait des douleurs lombaires, qui furent attribuées faussement à un commencement de travail; ces douleurs duraient depuis six heures, lorsque le seigle ergoté fut donné intempestivement à doses assez fortes et à plusieurs reprises. Appelé le lendemain, je la touchai et j'assurai qu'il n'y avait aucun travail commencé, bien que toute la nuit se fût passée dans des douleurs assez vives. Ce ne fut que plusieurs jours après que cette dame accoucha sans accident.

Le seigle ergoté, qui jouit à un si haut degré de la propriété de ramener les contractions affaiblies, ou de les réveiller même quand elles ont été suspendues, peut-il, dit M. Cazeaux, développer des contractions qui n'ont pas encore existé? Si nous en jugions par quelques expériences qui ont été faites devant nous dans ce but à la clinique de M. le professeur Paul Dubois, nous répondrions par la négative. Mais ces expériences, ajoute M. Cazeaux, n'ont pas été assez nombreuses pour que nous puissions décider définitivement la question.

M. P. Dubois a modifié depuis son opinion à la suite de nouvelles expérimentations. Au mois de mars 1840, cet éminent professeur dit à l'Académie de médecine que le seigle ergoté pouvait, dans *certains cas*, provoquer le développement de douleurs régulières, et il rangea ce médicament parmi les moyens propres à provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Enfin, M. Danyau, dans son rapport en réponse aux questions de M. le préfet de police, fait connaître sa manière de voir à cet égard : « Nous ne pensons pas, dit-il, que le seigle ergoté puisse, sans aucun travail commencé, sans impulsion étrangère, sans manœuvre préalable, à lui seul enfin, mettre en jeu les contractions de l'utérus dans la première moitié de la grossesse, qui est celle pendant laquelle le crime d'avortement est le plus souvent commis. Mais ce qu'il ne saurait accomplir tout seul, il peut au moins concourir à l'opérer, et nul doute que, dans ces ténébreuses manœuvres, il ne fasse partie des moyens employés, sinon à la destruction, du moins à l'expulsion du fœtus. Combien dès lors n'est-il pas regrettable qu'on ne puisse pas le rendre absolument inaccessible aux mains qui en font un si criminel usage! Ce regret s'accroît encore à la pensée qu'à cinq mois révolus, par exemple, et à plus forte raison à six mois, une mère coupable, spéculant sur la non-viabilité de son enfant, pourrait peut-être obtenir du seigle ergoté, fourni par un complice, ce qu'elle n'oserait pas demander à des manœuvres dont elle redoute pour elle les conséquences. »

Ainsi donc, il résulte de tout ce que nous venons de dire, de nos expériences, de nos faits et du témoignage des hommes compétents :

1° Que l'action abortive du seigle ergoté est toujours nulle dans les premiers mois de la grossesse, ce qui s'explique par le peu de prise qu'a le médicament sur le tissu utérin alors peu développé;

2° Que très rarement le seigle ergoté donnera lieu à des contractions utérines avant que le travail normal de la parturition soit commencé. (*Extrait d'un mémoire couronné par l'Académie de médecine*, in *Union médicale de la Gironde*, 1856, n° 4.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Observations de ramollissement cérébral consécutif à l'oblitération des artères par des concrétions fibrineuses détachées du cœur.

M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg), ayant bien voulu nous adresser deux cas d'oblitération artérielle par des concrétions fibrineuses, dans lesquels l'un des effets de l'oblitération a été de produire diverses altérations cérébrales, et plus spécialement un ramollissement, nous avons relevé, dans les auteurs qui se sont occupés du même sujet, plusieurs observations analogues, également propres à éclairer l'étiologie du ramollissement cérébral. On comprend aisément que l'étude de l'occlusion *embolique* des artères, c'est-à-dire de l'occlusion par des corps fibrineux venus d'ailleurs, *sans altération*, du moins primitive, *des vaisseaux où on les rencontre*, place sous un nouveau jour la question si souvent débattue de l'influence des concrétions artérielles, calcaires ou autres, sur la production du ramollissement. Une lésion des parois vasculaires étant hors de cause, il ne reste plus pour expliquer l'altération cérébrale que le fait même de l'obstacle à la circulation ou la projection de dépôts fibrineux jusque dans les capillaires.

Nous donnons d'abord les deux observations de M. Schützenberger, avec les remarques dont les a fait suivre M. Fritz, interne du service. A. D.

Obs. I. — *Accidents apoplectiformes; oblitération de l'artère sylvienne; végétations de la valvule mitrale.* — Philippe Siegwald, ancien douanier, âgé de 29 ans, entra à la clinique chirurgicale le 9 janvier 1856, pour un gonflement douloureux du poignet. Ce malade, adonné à l'ivrognerie, avait le teint pâle, le facies abattu; ses réponses étaient lentes et dénotaient un certain degré de paresse intellectuelle; on ne put s'assurer si cet état était habituel.

Le 15, il était levé le soir, et soupait comme d'habitude. Le lendemain, à sept heures du matin, on le trouva étendu par terre, à côté de son lit, paralysé du côté droit. Il fut transporté à la clinique médicale, où on le trouva dans l'état suivant : Décubitus dorsal, physionomie hébétée, face un peu rouge, peau chaude, langue et lèvres sèches. Pouls assez développé et résistant. Stupeur; un peu d'agitation, gémissements de temps en temps. Paralysie absolue du mouvement à droite, sensibilité conservée dans les deux extrémités.— 20 sangsues, lavement émollient, glace sur la tête.

Le 17, paralysie faciale à droite, stupeur moins profonde, yeux ouverts; le malade montre la langue quand on le demande : celle-ci n'est pas déviée; selles involontaires. — 20 sangsues; glace; affusions froides; huile de ricin, 30 grammes, avec huile de croton, 1 goutte.

A la suite des affusions, la conscience se réveilla; le malade répondit oui et non à quelques questions.

Cet état se maintint jusqu'au 26. On remarqua, le 21, un fré-

missement fibrillaire du biceps droit, mais pas de contracture. Les urines étaient involontaires ; alternatives de selles involontaires et de constipation. On continua l'application de sangsues, et l'on combattit la constipation par un lavement purgatif et l'huile de croton.

Le 27 au soir, frisson violent suivi de rougeur de la face, avec pouls vif, fréquent.

Le 28, à 5 heures du matin, nouvel accès de fièvre durant deux heures. On constate en arrière, à la partie inférieure gauche du thorax, de la submatité, du souffle tubaire et de la bronchophonie.— 4 pilules mercurielles laxatives.

Pendant huit jours les frissons continuèrent à se produire irrégulièrement, d'ordinaire le soir ou le matin. L'état de la poitrine ne changeait pas. Le malade était du reste toujours dans le même état de stupeur ; l'hémiplégie s'amendait un peu. — Cautérisation ponctuée derrière l'oreille gauche ; applications froides ; vésicatoire à la poitrine.

Le 6 février, la face était hippocratique, la respiration très fréquente. Coma absolu, roideur à la mâchoire, tremblements musculaires du tronc et des membres. — Sinapismes; vin de Malaga.

Le 7, l'état s'aggrava encore, et le malade mourut le 8.

Autopsie faite le lendemain.

Encéphale. Rien de particulier au crâne ni à la dure-mère. Les veines des circonvolutions contiennent peu de sang. Sérosité lactescente dans le tissu sous-arachnoïdien, surtout à gauche. Sablure considérable de la substance blanche de l'hémisphère gauche, augmentant à mesure qu'on s'approche du centre ovale. Au niveau du ventricule latéral, à peu près dans le tiers moyen de l'hémisphère, on tombe sur un foyer de substance cérébrale altérée, de forme irrégulière, du volume d'un gros œuf de pigeon, ayant, d'avant en arrière, une étendue de 4 centimètres, et se continuant de haut en bas jusqu'à un demi-centimètre de la surface inférieure de l'hémisphère. Sa surface de section offre une teinte jaune grisâtre sale, qui tranche très nettement sur la substance blanche normale. La ligne de démarcation est rosée en arrière, jaune sale en avant. La substance cérébrale, au pourtour, est plus ferme qu'à l'état normal. Dans les parties supérieures du foyer, la consistance de la substance malade n'est pas diminuée : elle est même plus grande qu'à l'état normal dans quelques points ; elle diminue plus bas, où elle est bien inférieure à celle du tissu normal. L'altération s'étend au corps strié, dont la partie antérieure présente dans ses couches superficielles un foyer de ramollissement du volume d'un gros haricot. Ici la teinte est d'un jaune plus foncé et analogue à celle d'une infiltration purulente. Plus profondément, et séparé de ce premier foyer par de la substance moins ramollie, d'une teinte jaune rosée, en existe un second, du volume d'une noisette, à contours irréguliers. Ici encore, la substance cérébrale est jaunâtre, crémeuse, diffluente. L'artère sylvienne du même côté est oblitérée à son origine par un bouchon *blanc jaunâtre, exactement circonscrit*, arrondi inférieurement, à surface légèrement irrégulière, *adhérent aux parois*, dont on le détache cependant facilement. Ce bouchon a une longueur de 3 à 4 millimètres et une épaisseur de 2 millimètres. Il distend un peu l'artère. Son extrémité cardiaque est coiffée par un coagulum *rouge, grumeleux, non adhérent aux parois*, terminé en cône vis-à-vis de la naissance de l'artère cérébrale antérieure. Un caillot *tout à fait semblable* se trouve au-delà du bouchon, et s'étend dans l'étendue de 15 millimètres dans l'artère ; il ne remplit pas la lumière du vaisseau et *n'adhère pas à ses parois*.

Les parois de l'artère, au niveau de l'obstruction, sont normales, ni injectées, ni épaissies, ni opaques. Les autres artères du cerveau sont saines.

Rate un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. A son bord convexe on aperçoit une légère élevure d'une étendue de 3 centimètres, qui tranche, par sa coloration jaune sale, sur le tissu normal. Le péritoine qui la recouvre est un peu épaissi et opaque. Cette tache est la base d'un infarctus en forme de cône tronqué, qui se prolonge de 2 centimètres dans le tissu splénique. Le sommet tronqué qui le termine a 1 centimètre de diamètre. Ce foyer a une coloration jaune paille ; ses limites sont très nettement tranchées. Il est bordé tout autour par un liséré de substance splénique, d'un rouge plus clair que le reste du tissu. A sa périphérie, il a une consistance presque fibreuse ; le centre est plus mou, mais non diffluent. Deux foyers semblables, du volume d'un œuf de poule, existent dans d'autres points. Leur forme est plus irrégulière ; mais tous deux sont exactement délimités et bordés d'un liséré rouge. La substance splénique y est ramollie, surtout à leur centre ; elle a une teinte lie de vin, et est mélangée dans quelques points avec une substance jaune puriforme.

Les grosses branches de l'artère splénique étaient libres. Deux artérioles du volume d'un fétu de paille, dirigées exactement vers les foyers de ramollissement, furent trouvées oblitérées. Cette obstruction était produite dans les deux artères par un corps *blanc jaunâtre*, du volume d'un grain de chènevis, *exactement circonscrit, à surface irrégulière, consistant, un peu adhérent aux parois*, coiffé des deux côtés par un caillot *rouge foncé, mou, non adhérent*, tranchant très nettement sur la coloration blanche du bouchon. *Les parois artérielles étaient saines partout.*

Reins pâles, exsangues. A la partie supérieure du bord convexe du rein gauche, existe un infarctus conique, cunéiforme sur la coupe, du volume d'une noisette, d'une couleur blanc jaunâtre, plus consistant que le tissu normal, très exactement circonscrit et entouré d'un liséré rosé formé par une fine injection. L'artériole qui se rendait dans ce foyer fut trouvée oblitérée par un caillot. Un autre infarctus analogue existait à côté du premier.

Cœur. Rien d'anormal à l'extérieur. Cœur droit sain, rempli par un coagulum fibrineux. L'endocarde du ventricule gauche présentait quelques taches laiteuses. Valvules aortiques saines. L'une des divisions de la valvule mitrale était déchirée, épaissie, opaque, et garnie d'une série de végétations extrêmement remarquables. Leur aspect présentait une analogie singulière avec les végétations syphilitiques dites en choux-fleurs. Leur longueur était variable ; deux d'entre elles mesuraient plus d'un centimètre. C'étaient des chapelets irréguliers de petites verrucosités en crête de coq diversement assemblées. De ces verrucosités, les unes avaient des pédicules larges, les autres adhéraient à la masse par un filament mince. Elles avaient un aspect blanc jaunâtre opaque, et les mamelons qui les hérissaient ressemblaient exactement aux deux bouchons trouvés dans les artérioles spléniques. Celui de l'artère sylvienne était plus lisse, mais l'identité de tous les autres caractères était complète. Une traction légère détachait facilement de ces végétations des fragments analogues aux bouchons artériels. De plus, on y trouva un point où il était évident qu'un fragment analogue avait été détaché. Ce point n'était pas lisse comme la surface des mamelons, mais irrégulier, rugueux, légèrement excavé, d'une teinte ocreuse plus foncée. Ce déchirement ne pouvait d'ailleurs avoir été fait en ouvrant le cœur; car cette opération avait été exécutée avec les plus grands soins, et l'on ne retrouva pas dans le cœur le fragment détaché. — L'examen microscopique, fait plus tard par M. Koeberlé, chef des travaux anatomiques, fit voir que la structure de ces bouchons était absolument la même que celle de certaines parties des végétations, et différente de celle des coagulums fibrineux anciens. — Dans la plèvre gauche, épanchement séreux ; œdème pulmonaire ; pas d'abcès métastatiques. Il n'en existait pas non plus dans le foie.

Voilà donc une hémiplégie à droite, une altération étendue de l'hémisphère cérébral gauche. Cette altération elle-même se trouve occuper exactement le district de distribution d'une artère oblitérée. Il serait difficile de ne voir là qu'une coïncidence. Ou l'oblitération artérielle a produit la lésion cérébrale, ou bien elle en a été l'effet. La seconde hypothèse manque de toute probabilité. L'oblitération consécutive à la lésion cérébrale ne pouvait se faire que par une coagulation successive de bas en haut, des branches vers le tronc. Le caillot porterait les traces de cet accroissement successif, ou au moins il serait homogène partout. Il n'y aurait pas à la naissance de l'artère sylvienne un corps blanc, résistant, adhérent, et, en avant et en arrière, des caillots rouges, friables, non adhérents. L'oblitération artérielle était donc le fait pri-

mitif. Or, quelle était sa nature? Ce n'était pas une de ces oblitérations que produisent quelquefois les degrés avancés de la dégénérescence athéromateuse ou calcaire des artères. Sans compter que le sujet n'avait pas atteint l'âge où ces altérations se développent d'habitude, il serait singulier qu'on n'eût retrouvé cette dégénérescence dans aucune des autres artères cérébrales. D'ailleurs, il s'agissait ici d'un corps arrondi, occupant, il est vrai, tout le calibre de l'artère, mais trop peu adhérent à ses parois pour qu'il fût possible de le confondre avec ces plaques qui font corps avec les parois vasculaires et ne peuvent en être séparées qu'en les déchirant. Non, les parois artérielles n'étaient pas épaissies, et ceci prouve encore que ce n'était pas là un de ces dépôts fibrineux qui peuvent se développer sur les surfaces inégales des plaques avancées, et acquérir assez de volume pour obstruer les canaux vasculaires.

Reste l'hypothèse d'une artérite aiguë, primitive, suivie de coagulation du sang ou d'exsudation plastique. Il est inutile de remarquer qu'une artérite circonscrite à une étendue de 2 millimètres d'une seule artère est une supposition fort hasardeuse; en effet, les tuniques ne présentaient aucun des caractères de l'inflammation, ni injection, ni boursouflement, ni infiltration. Trois semaines à peine se sont écoulées depuis l'invasion de la maladie : quelqu'une de ces altérations devrait au moins subsister.

Or, si aucune des causes capables de produire la coagulation locale du sang n'est admissible, que dirons-nous donc, si ce n'est que le corps qui obstruait l'artère est venu d'ailleurs? Voyons si l'analyse peut donner à cette supposition la sanction d'un fait.

Remarquons que la nature de l'obstruction doit faire admettre qu'elle a eu deux phases, deux actes successifs. Derrière ce corps arrondi, exactement circonscrit, résistant, blanchâtre, adhérent, se trouve un caillot conique, friable, rouge, non adhérent, qui le coiffe. Le premier se fût-il même développé sur place, ce qui est impossible, le second ne pourrait s'être formé qu'après coup. Il en est de même du caillot peu considérable qui se prolonge vers la périphérie. Ces faits s'expliquent facilement, en admettant qu'un bouchon, de quelque nature qu'il soit, est venu s'arrêter à l'origine de l'artère sylvienne et y a produit l'effet d'une ligature : coagulation en arrière, coagulation en avant. Le coagulum du côté cardiaque s'est prolongé jusqu'à la naissance de l'artère cérébrale antérieure, comme celui d'une ligature se prolonge jusqu'à la première collatérale. Le caillot périphérique a été fourni par le sang qui restait dans l'artère et se trouvait soustrait à l'action propulsive du cœur. D'ailleurs, si un corps étranger chemine dans le courant sanguin, il s'arrêtera là où le calibre du vaisseau ne suffira plus pour lui donner passage; or, le diamètre de l'artère sylvienne n'est pas moitié de celui de la carotide primitive avant sa terminaison. De plus, s'il traverse la carotide interne, il s'engagera de préférence dans l'artère sylvienne, parce que celle-ci continue plus directement le trajet du tronc. Le bouchon adhérait, il est vrai, aux parois artérielles; mais il y avait trois semaines qu'il s'y était enclavé. Il suffit de se rappeler ce qui se passe autour des caillots suite de ligature, pour trouver cette adhérence fort naturelle. Il est vrai encore que le volume du bouchon était un peu supérieur au calibre de l'artère; mais les parois artérielles sont bien assez élastiques et le courant sanguin assez énergique pour qu'une aussi faible différence ne soit d'aucune importance. On pourrait encore dire que la présence d'un corps étranger dans une artère devrait produire une artérite; mais, dans les expériences de M. Virchow sur l'oblitération de l'artère pulmonaire, cet effet ne s'est pas toujours produit.

L'étude attentive de l'artère oblitérée ne fournit donc aucun argument sérieux contre notre étiologie. Il ne s'agit plus que de chercher si, dans un point quelconque de l'hémicycle artériel, nous trouverons le point d'où a pu se détacher le bouchon. Il suffira de le trouver, pour que notre démonstration satisfasse aux exigences de la logique médicale la plus sévère. Or, non-seulement la valvule mitrale était couverte de végétations dont un fragment pouvait s'être détaché; mais encore le sommet de l'une de ces végétations présentait une surface évidemment déchirée, et l'examen microscopique a fait voir que la structure de ce bouchon était la même que celle de certaines parties des végétations. Elle était tellement différente de celle d'un coagulum ancien, qu'une erreur était impossible. Il serait inutile de pousser la discussion plus loin.

Nous nous contenterons d'ajouter que ces déductions s'appliquent exactement aux infarctus spléniques. Que trouvons-nous, en effet? Des infarctus exactement circonscrits, à contours réguliers; dans deux artères afférentes à ces noyaux, des bouchons tout à fait analogues (même à l'examen microscopique) à celui de l'artère cérébrale; des caillots récents en arrière et en avant de ces bouchons; des parois artérielles saines; et si l'on n'a pu trouver les bouchons dans toutes les artères des parties malades, cela tient à la difficulté des recherches de ce genre dans le tissu splénique. Quant à l'infarctus du rein, nous ne pouvons nous flatter de trouver dans les données de l'autopsie des arguments aussi concluants. Le petit volume de l'artère oblitérée et du caillot ne permettaient pas un examen assez approfondi, pour décider si l'oblitération n'était pas consécutive à une phlébite capillaire ou à toute autre cause d'obstruction capillaire. Néanmoins, il nous paraît logique de rapporter des effets semblables à des causes semblables, et d'admettre la même étiologie pour les lésions si analogues du cerveau, de la rate et du rein. Nous ne concluons pas de là que, dans d'autres cas, des lésions de ce genre ne puissent résulter d'une hémorrhagie interstitielle ou d'une phlébite capillaire.

Poursuivons. L'artère sylvienne gauche est oblitérée subitement; une partie étendue du cerveau cesse de recevoir les éléments nécessaires à son action; celle-ci s'arrête, comme dans les hémiplégies suite de la ligature de la carotide primitive : cela suffit pour expliquer l'hémiplégie, peut-être aussi la perte subite de connaissance. Il est probable cependant qu'un autre élément joue un rôle important dans cette invasion. L'oblitération de l'une des artères cérébrales a pour conséquence inévitable une augmentation de pression dans les autres branches du cercle de Willis. De là une hypérémie (active) de ces vaisseaux, et, tout autour de la sphère anémiée, une congestion subite, générale, hypérémie notée dans l'autopsie. Cette congestion peut être légère, mais son invasion est brusque et son action d'autant plus énergique. — Peu à peu le cerveau s'habitue à cet état nouveau; les émissions sanguines diminuent l'afflux du sang; les applications froides produisent la constriction des vaisseaux; la même quantité de sang y circule, mais plus rapidement. L'état du malade s'améliore; les symptômes de la lésion cérébrale circonscrite s'isolent un peu mieux, et ceux-ci persistent. C'est que de nouvelles altérations se produisent dans les parties atteintes. Le sang contenu dans l'artère au delà du point oblitéré est évacué en grande partie dans les capillaires et les veines par la contraction de l'artère. Le sang stagne, se coagule dans les

capillaires ou bien transsude en partie dans le tissu cérébral; de là sans doute ces parties qui semblaient infiltrées d'une exsudation fibrineuse. On comprend encore que les départements qui cessent d'être nourris se ramollissent. Rostan déjà attribuait certains ramollissements jaunes à une oblitération artérielle. Cette connexion paraît naturelle, quand on se rappelle que les masses crémeuses du ramollissement dit jaune sont formées par les éléments qui apparaissent dans une foule de décompositions organiques : granulations graisseuses libres ou renfermées dans des cellules, cristaux de cholestérine, etc. La stase veineuse, d'autre part, n'entraînerait-elle pas une lésion nutritive de nature inflammatoire ? Les foyers de ramollissement ont été trouvés, dans quelques points, bordés d'un liséré rosé ; de plus, dans le cas qui nous occupe, les frissons qui se sont répétés depuis le 27 janvier jusqu'au 5 février tenaient peut-être à une cause semblable. On pourrait cependant les rapporter peut-être au mélange avec le sang de parties fibrineuses altérées, détachées de la valvule mitrale. Ceci, on le voit, n'est qu'une hypothèse, et nous la donnons pour ce qu'elle vaut.

La pathologie des infarctus de la rate et du rein ne nous occupera pas ici. Nous avons rapporté quelques éléments qui peuvent servir à l'histoire de leur pathogénie. Les faits ne nous autorisent pas à aller plus loin.

Voici maintenant une autre observation qui n'est pas moins intéressante que la précédente, et qui étend le champ des oblitérations artérielles par bouchons venus d'ailleurs.

Obs. II. — *Hémiplégie ; ramollissement cérébral; gangrène spontanée ; oblitérations artérielles.* Catherine Meyer, âgée de soixante-sept ans, entra à la Clinique le 28 novembre 1855. Six ou sept semaines auparavant, sans prodromes aucuns, elle était tombée subitement, sans perdre toutefois complétement connaissance. Elle ne put se relever, et, depuis, les deux extrémités gauches restèrent affaiblies, quoiqu'elles aient graduellement repris quelque force. Plus tard, à une époque que la malade ne peut préciser, un œdème dur se développa au pied et à la jambe gauches, avec refroidissement, insensibilité, élancements douloureux, veines saillantes bleues noirâtres, puis phlyctènes et plaques noirâtres.

Le 26, elle avait ressenti des douleurs vives dans la région plantaire droite.

A son entrée, elle se trouvait dans l'état suivant : Pas de paralysie de la face ni de la langue. L'extrémité supérieure peut exécuter tous les mouvements, mais faiblement. L'extrémité inférieure du même côté, dont les mouvements sont faibles, offre, depuis les orteils jusqu'au genou, une tuméfaction qui garde l'empreinte des doigts près des malléoles. Toute la jambe a une teinte livide, bleuâtre, prononcée surtout au pied. Elle est glaciale dans son tiers inférieur; quelques phlyctènes. Sensibilité et motilité abolies au pied. Les douleurs ont disparu dans l'extrémité gangrenée, mais l'extrémité inférieure droite est le siége de douleurs vives.

Les battements de l'artère crurale gauche sont assez forts ; on ne peut s'assurer de l'état de la poplitée, à cause de l'engorgement des parties molles. L'artère crurale droite roule sous le doigt; ses parois sont épaissies, dures (dégénérescence athéromateuse avancée) ; ses battements sont très faibles. Les artères des extrémités supérieures sont moins dégénérées. Pas de bruit anormal dans les artères. Battements du cœur faibles. Pas de fièvre, soif; appétit conservé. — Chaleur artificielle ; fomentations de vin aromatique chaud ; vin de quinquina. Les jours suivants, la malade se plaignit surtout de douleurs vives au talon droit, qui cependant paraissait sain ; l'infiltration de la jambe gauche envahit le tiers moyen ; des eschares dures et noires se développèrent au mollet et au talon. En même temps l'appétit diminua, il y avait beaucoup de soif, la malade s'affaiblissait, la peau devenait chaude, le pouls fréquent, la langue sèche. On continua le même traitement, et l'on combattit les douleurs par l'opium.

Le 14 décembre, l'extrémité inférieure droite se refroidit ; l'affaissement est complet, et la malade meurt le 15, à une heure du matin.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Membre gangrené. Pas de gonflement sensible ; coloration livide foncée dans les deux tiers inférieurs. Eschares noires, dures, aux extrémités des orteils et à la jambe. Peau de la jambe épaissie, lardacée, difficile à couper ; les muscles sont ramollis et ont un aspect gras, livide ; les os sont hypérémiés.

Cœur. Valvules auriculo-ventriculaires épaissies à leur base, le reste sain.

Les *artères* du membre inférieur gauche, à partir de l'iliaque primitive, sont dans un état de dégénérescence athéromateuse et calcaire très avancé. L'artère poplitée est, dans plusieurs points, rétrécie de moitié par ces dépôts. La tunique interne des artères présente des points disséminés d'imbibition livide.

Toute l'artère crurale, depuis la naissance de la profonde, est remplie par un caillot d'une teinte rouge foncée, grumeleux, non adhérent aux parois dans sa moitié supérieure. Ce caillot se prolonge dans l'artère poplitée jusqu'au niveau de sa bifurcation. A partir de la région moyenne de la cuisse, il se décolore peu à peu, en même temps que sa consistance augmente. Vers la partie inférieure de l'artère poplitée, il devient de nouveau grumeleux et présente une coloration plus foncée. A partir du milieu de la cuisse, il adhère par places à la tunique interne. Ces adhérences sont plus prononcées au niveau des points épaissis, surtout dans l'artère poplitée. Les divisions de l'artère poplitée contiennent un peu de sanie rougeâtre, mais pas de caillots. A droite, dans les artères iliaque primitive et interne, la crurale et ses branches, la dégénérescence est très avancée ; ces artères sont toutes libres. L'iliaque externe est peu dégénérée ; elle présente deux taches bleu noirâtre ayant l'apparence d'une ecchymose ; elles paraissent résulter d'une imbibition sanguine dans ses tuniques externes. Du reste, les parois ne sont pas autrement altérées dans ces points.

Immédiatement au-dessus de la naissance de l'artère crurale profonde, on trouve un caillot ovoïde remplissant tout le calibre de l'artère à la tunique interne de laquelle il adhère fortement. Du reste, ses parois ne présentent dans ce point qu'une plaque osseuse assez étendue et aucun signe d'artérite. *Ce caillot est exactement circonscrit et homogène, et se distingue nettement par sa coloration grisâtre, sa consistance beaucoup plus grande, des coagulum foncés situés plus haut.* Son extrémité supérieure est coiffée par un caillot *rouge, grumeleux*, qui se prolonge jusqu'à la naissance de l'iliaque externe, *sans adhérer à ses parois.* Son extrémité supérieure se décolore un peu et adhère faiblement au vaisseau. Aorte fortement athéromateuse, ossifiée et dilatée dans toute son étendue ; face interne de la crosse énormément rugueuse.

Artères des extrémités supérieures et carotides communes peu altérées, ainsi que l'artère basilaire et ses divisions.

Les artères carotides primitives, à leur entrée dans le crâne, étaient rigides, semées de plaques calcaires. L'artère sylvienne droite, vers le milieu de la scissure de Sylvius, au niveau de la naissance d'une branche antérieure, était oblitérée par un corps *blanchâtre, exactement circonscrit, dur, assez adhérent aux parois artérielles, qui étaient saines ;* au-devant de ce corps (vers le cœur) se trouvait un coagulum *rouge, peu consistant.* Au delà, l'artère était perméable. On trouva dans le lobe antérieur droit du cerveau, au centre de sa substance blanche, trois noyaux de ramollissement séparés les uns des autres par de la substance blanche intacte ; ces noyaux avaient les dimensions de petites noisettes : ils étaient formés par une substance crémeuse, gris jaunâtre, diffluente. A leur périphérie, la substance cérébrale était dans quelques points légèrement rosée ; quelques veinules y paraissaient dilatées, mais il n'y avait pas d'hypérémie, pas de sablé.

Dans cette observation, la lésion anatomique du cerveau est analogue à celle du premier sujet. Elle est moins étendue, parce que l'oblitération artérielle s'est faite dans un point où l'artère sylvienne a déjà donné de nombreux ra-

meaux. Elle diffère cependant de la première par l'absence d'infiltration fibrineuse : il n'y a que ramollissement. Quant à l'oblitération artérielle elle-même, elle présentait exactement les mêmes caractères que celle décrite plus haut. Ajoutons seulement qu'il ne s'agissait pas d'une oblitération par athérome ; on s'en est assuré par l'examen le plus attentif, ce qui était important, parce que les autres artères cérébrales étaient malades.

Les considérations qui nous ont permis plus haut d'établir la nature du bouchon oblitérateur trouvent donc parfaitement leur place ici. Il n'y a qu'une différence : c'est qu'ici l'origine du bouchon n'a pu être déterminée. Cette circonstance a évidemment peu d'importance, en face de l'*impossibilité* d'interpréter autrement les caractères de l'oblitération. La crosse aortique présentait d'ailleurs le degré le plus avancé de l'altération calcaire ; sa surface était rugueuse, mamelonnée, et l'on sait que sur ces surfaces inégales il se fait souvent des coagulations de fibrine. Un caillot semblable a pu être détaché et entraîné dans l'artère carotide droite. Du reste, si l'anatomie pathologique nous fait défaut, la clinique peut nous éclairer. La malade disait expressément n'avoir pas ressenti de prodromes. Or, s'il est vrai qu'il existe des observations de ramollissement jaune où l'invasion a été aussi subite, il est vrai aussi que ces cas, d'ailleurs tout à fait exceptionnels, pourraient bien être de la même catégorie que le nôtre, et du moment que leur origine est douteuse, ils ne peuvent infirmer notre conclusion. En admettant un ramollissement idiopathique, il serait en outre difficile d'expliquer le retour partiel, vers l'état normal, des extrémités. L'opinion que nous défendons en rend parfaitement compte par l'établissement d'une circulation collatérale. Du reste, si la paralysie était incomplète chez cette malade, cela tient sans doute à ce que le ramollissement n'avait pas, comme dans notre première observation, envahi le corps strié.

Nous ne pensons pas que la gangrène de l'extrémité inférieure gauche reconnaisse pour cause une oblitération artérielle analogue à celles que nous avons examinées jusqu'ici. L'état des artères du membre gangrené permet de conclure que l'artère poplitée, déjà considérablement rétrécie par la dégénérescence de ses parois, a été obstruée par la coagulation du sang sur place ; la coagulation s'est ensuite continuée jusqu'à la naissance de l'artère crurale profonde, c'est-à-dire de la première collatérale importante. En effet, le caillot est plus décoloré et plus adhérent dans les points les plus malades de l'artère poplitée, et évidemment plus récent en haut. Remarquons seulement, en passant, que le vaisseau n'offre nulle part de traces d'artérite.

L'oblitération de l'artère iliaque externe droite présente au contraire une analogie frappante avec celle des artères cérébrales de nos deux observations : un caillot grisâtre, résistant, exactement circonscrit, adhérent, nettement distinct des caillots rouges, mous, non adhérents, qui le coiffent. Ce bouchon siége au-dessus de la naissance de la crurale profonde, où l'artère est rétrécie par une plaque osseuse. Il n'est pas étonnant que l'extrémité périphérique du bouchon n'ait pas été coiffée par un caillot récent, parce que le sang arrivait par voie anastomotique à travers l'artère crurale profonde. Quant au caillot de l'extrémité centrale, il s'est prolongé jusqu'à la division de l'iliaque primitive, où le sang passait librement dans l'hypogastrique. Les caractères anatomo-pathologiques de cette oblitération nous autorisent à y appliquer nettement les considérations que nous avons fait valoir pour celles des artères cérébrales. Les deux taches noirâtres, ecchymotiques, des parois artérielles, ne sont pas un signe d'artérite ; elles étaient dues probablement à la rupture de quelques petits vaisseaux par suite de la dilatation de l'artère, résultant de l'effort du sang au-dessus du point oblitéré. On pourrait objecter ici qu'au niveau du caillot évidemment le plus ancien il y avait une plaque calcaire; que, par suite, l'oblitération pourrait bien être le résultat d'une coagulation du sang sur place. Mais, dans ce cas, le caillot ne trancherait pas subitement sur ceux qui étaient situés plus haut. Il se colorerait et se ramollirait insensiblement, comme celui du côté opposé. Il est probable que l'oblitération s'est faite le jour où la malade accusa d'abord des douleurs vives dans la plante du pied droit. Les battements faibles que l'on constata, deux jours après, dans l'artère crurale, étaient dus à l'établissement de la circulation collatérale par la crurale profonde, dont les anastomoses avec les artères ischiatique, fessière, obturatrice, etc., sont si larges.

Ernest Fritz, élève interne.

Obs. III. — *Oblitération de l'artère cérébrale moyenne droite. Ramollissement de l'hémisphère droit* (1). — Marguerite Shaw, âgée de trente-quatre ans, pâle, d'apparence débile, fut admise, dans le mois de juillet 1850, à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour des douleurs dans les jambes et une grande faiblesse générale. On constata un bruit systolique très fort dans toute la région cardiaque (a loud systolic murmur was heard all oven the cardiou region). Elle resta dans cet état jusqu'au 7 août, lorsque tout à coup, étant assise sur son lit pour dîner, elle tomba à la renverse comme si elle eût eu une syncope, vomit un peu, et quand on vint près d'elle on s'aperçut qu'elle avait perdu la parole, bien que conservant sa connaissance, et qu'elle était incomplétement paralysée du côté gauche. L'hémiplégie alla en augmentant, gagna le côté gauche de la face aussi bien que les membres, tandis que la sensibilité paraissait rester intacte. La malade resta ainsi sans parole et hémiplégique, mais conservant sa connaissance, pendant cinq jours, puis mourut tranquillement.

Autopsie 6 heures après la mort.

Le *crâne et la dure-mère* sont à l'état normal, mais les petits vaisseaux de la pie-mère sont congestionnés, la congestion allant dans quelques points jusqu'à l'ecchymose. Le corps strié du côté droit était ramolli à un degré extrême, complétement réduit à l'état de pulpe *d'un gris blanc sale* (reduced to a complete pulp of a dirty grayish-white tint), sans plus rien conserver de son aspect strié. La couche optique correspondante était saine, mais un état de ramollissement pâle, analogue à celui du corps strié, existait aussi dans une grande partie du lobe postérieur de l'hémisphère droit. Le reste de la substance cérébrale de cet hémisphère était plus mou qu'à l'état normal et paraissait contenir moins de sang qu'à l'ordinaire. Les autres parties du cerveau étaient saines. L'artère cérébrale moyenne droite, juste à son origine, était bouchée par un petit noyau d'une substance ferme, blanchâtre, d'aspect fibrineux, qui, bien que non adhérent aux parois du vaisseau, devait l'avoir rendu presque, sinon complétement imperméable. A l'exception d'une tache ou deux de dépôt jaunâtre, sur leurs parois, les autres vaisseaux de la base du cerveau étaient sains et remplis de sang noir.

Le *cœur* avait un volume anormal (wasenlarged); sur sa surface externe existaient plusieurs larges plaques blanches de fausses membranes. Les cavités droites et l'oreillette gauche contenaient des caillots de formation récente, de fibrine ferme et blanchâtre ; les valvules du côté droit étaient saines, ainsi que celles de l'aorte, un peu épaissies pourtant. La valvule mitrale était fortement altérée ; la surface auriculaire de sa large valvule était couverte d'ex-

(1) Kirkes, in Edinburgh Medical and Surgical Journal, 1er juillet 1853. (C'est le même travail qui se trouve dans les Transactions, et dont il est question au *Premier-Paris.*)

croissances verruqueuses de fibrine adhérente et teinte de sang.

Il y avait quelques dépôts épars sur les parois de l'aorte. L'artère iliaque commune du côté droit, un pouce à peu près au-dessus de l'origine de sa branche interne, était fermée (blockedup) par un coagulum dur, pâle, lamelleux, qui s'étendait dans l'iliaque interne, et pénétrait dans l'étendue de 1/4 de pouce dans l'iliaque externe, où il se terminait presque brusquement. La partie inférieure du caillot était blanche, plus molle que sa partie supérieure, qui était aussi plus teinte de sang et plus lamelleuse. Il n'y avait aucune adhérence de ce caillot aux parois du vaisseau. Rien de semblable n'existait dans les vaisseaux iliaques du côté opposé.

Adhérences partielles dans les plèvres; les poumons étaient œdémateux, et par place présentaient des masses d'induration grises (ir placer solified by compact grayish-nhile masses), telles qu'il s'en trouve dans les cas de pneumonie mortelle. Les vaisseaux des poumons ne contenaient aucun coagulum ancien. Le foie et les intestins étaient sains, la rate large, pâle et ramollie. Une grande partie de cet organe, le quart à peu près, était converti en une masse dure, d'un blanc jaunâtre et d'apparence de fromage (cheesy substance). Les reins étaient pâles, rugueux (rough) et granuleux. Dans la substance corticale du rein droit étaient plusieurs larges masses d'un dépôt jaune, entourées de taches rouges.

Obs. IV. — *Insuffisance de la valvule aortique. Rétrécissement de l'orifice aortique. Concrétion mobile à l'une des valvules sigmoïdes. Hémiplégie subite à droite. Oblitération de l'artère sylvienne gauche par une concrétion calcaire sans aucune altération des tuniques du vaisseau. Ramollissement de la partie moyenne de l'hémisphère gauche du cerveau* (1). — E. S.., commis négociant, âgé de dix-neuf ans, fut reçu à l'hôpital le 11 août 1851. Il n'avait jamais souffert de palpitations, ni de dyspnée, quand, il y a six semaines, il fut atteint de tuméfaction douloureuse des genoux avec appareil fébrile. Dans le cours de la maladie, apparition de palpitations, douleur fréquente dans la région précordiale, plus tard dyspnée ; le malade fut forcé d'entrer à l'hôpital.

Examen du malade : Voussure précordiale de la troisième à la sixième côte ; ébranlement visible de cette région aux deux temps du cœur, surtout au second ; frémissement cataire surtout sensible à gauche, en bas et à côté du sternum. La matité s'étend de la troisième à la sixième côte et transversalement dans le quatrième et le cinquième espace intercostal, depuis le bord gauche du sternum jusqu'au mamelon. Dans le cinquième espace intercostal, sous le mamelon, souffle fort au premier temps, faible au deuxième; vers la droite le souffle du premier temps diminue. Au bord gauche du sternum, vers l'insertion de la troisième côte, souffle fort aux deux temps; vers en haut, à gauche, deuxième bruit exagéré. Souffle dans les carotides. Pouls radial petit, vibrant. Épanchement dans les deux plèvres, œdème des pieds. Urine rare, claire, contenant un peu d'albumine, donnant par le refroidissement un précipité de sel d'urée ; foie dur, dépassant le rebord des fausses côtes de plus d'un pouce.

On diagnostique : Rétrécissement de l'orifice aortique, insuffisance des valvules aortiques et mitrale, hypertrophie et dilatation des deux ventricules. L'insuffisance de la valvule mitrale fut admise parce que le souffle au premier temps s'entendait plus fort à la pointe qu'entre ce point et celui qui répond à la valvule aortique, et parce que le bruit de l'artère pulmonaire était augmenté. Cependant la matité ne s'étendait pas à droite entre la troisième et la cinquième côte. On se rendait facilement compte des autres symptômes comme suite de la lésion des valvules.

Le 5 septembre au matin, hémiplégie droite, subite, accompagnée d'une perte momentanée de connaissance. Les muscles de la face et de la langue ainsi que de l'extrémité supérieure et inférieure sont paralysés. Cet état persista jusqu'à la mort, sans aucune lésion de l'intelligence. Il n'y eut aucun changement essentiel dans les résultats fournis par l'auscultation ; dans les derniers jours la matité dépassa le sternum, à droite, de 1 pouce dans le troisième espace intercostal, de 1 1/2 dans le quatrième. A chaque systole, surtout pendant l'inspiration, mouvements ondulatoires des espaces intercostaux de la région précordiale, preuve d'existence de liquide dans le péricarde. Les autres épanchements devinrent aussi plus considérables. Le malade mourut le 27 septembre, à cinq heures après midi.

Autopsie le 28 septembre, à neuf heures du matin.

Cavité crânienne. Œdème moyen de la pie-mère. L'artère sylvienne gauche est oblitérée à sa première division. Cette oblitération est formée par un corpuscule calcaire, dur, rugueux, entouré d'un dépôt fibrineux, mou, décoloré. De cet endroit jusqu'à la première collatérale, caillot de sang remplissant le vaisseau qui plus loin est vide. Les parois de l'espace oblitéré, comme de tous les vaisseaux de la base du cerveau, sont parfaitement polies et transparentes. Presque tout le corps strié gauche, ainsi que la substance blanche avoisinante en dehors et en bas, sur une étendue de 1 à 1 1/2 pouce, est réduit en une bouillie d'une coloration jaunâtre contenant une grande quantité de cellules graisseuses. Le reste de la substance cérébrale est médiocrement gorgé de sang, et du reste normal.

Cavité thoracique. Dans les deux plèvres, grande quantité de sérosité jaune, limpide, pas d'adhérences; les lobes inférieurs du poumon sont comprimés, le parenchyme en est plus dur que d'ordinaire, sec, tacheté de brun et de jaune. Le péricarde est dilaté par un épanchement considérable, transparent. A la paroi antérieure du cœur, vers la pointe, fausse membrane de nouvelle formation, longue de 2 à 3 lignes, de structure fibreuse, flottant librement dans la cavité; le cône artériel est couvert d'un dépôt fibreux, étendu, d'un gris bleuâtre. Ventricule gauche fortement dilaté, hypertrophié. Rien de particulier à la valvule mitrale. Oreillette gauche peu dilatée. Tout son endocarde est coloré en jaune, celui du ventricule seulement sur des points isolés. Les muscles papillaires sont remarquablement plats et minces, traversés dans toute leur épaisseur par des stries grisâtres, difficiles à couper. Les valvules aortiques, presque complétement rétractées, épaissies ; à la valvule postérieure est suspendu un corps grand comme une noisette, allongé en forme de framboise, composé d'un noyau calcaire et d'une enveloppe fibrineuse. On peut mouvoir librement ce corps comme une valvule Immédiatement au-dessus, scissure de la tunique interne de l'aorte sur une longueur de 1 1/2 pouce. Les pourtours, les bords et le fond de la scissure sont couverts d'une substance transparente, jaunâtre, très adhérente. Un pareil dépôt se trouve aussi au-dessous, sans changement de l'endocarde qu'il recouvre. L'aorte est parfaitement normale; pas le moindre dépôt dans toute l'étendue de la carotide gauche. Cône artériel droit hypertrophié et dilaté, ventricule et valvule tricuspide normaux, oreillette droite un peu dilatée

Cavité abdominale. Quantité moyenne de sérosité jaunâtre, limpide, dans le péritoine ; foie muscade un peu hypertrophié ; rate augmentée de volume, dure, d'un brun foncé ; corpuscules spléniques plus gros; reins remplis de sang, de consistance, de volume et de structure normaux. Rien de particulier pour la vessie. Veines et artères libres.

Obs. V. — *Insuffisance de la valvule mitrale et hypertrophie du cœur gauche. Hémiplégie droite. Oblitération de la carotide interne, de l'origine de l'artère du corps calleux et de l'artère sylvienne du côté gauches. Ramollissement de la couche optique et du corps strié gauche* (1). — E. S., femme de quarante ans, de taille moyenne, d'une constitution médiocre, était déjà entrée à l'hôpital au mois de mai 1844 avec une endo-péricardite au déclin, et sortie à la fin de juin dans un état considérablement amélioré. Cette amélioration cependant ne fut point de longue durée, un nouvel accès aigu de la même affection paraît s'être produit déjà au bout de deux à trois semaines; la malade se présenta donc de nouveau le 9 août après s'être fait traiter hors de l'hôpital. Outre les symptômes déjà connus on nota cette fois surtout : endocardite du cœur gauche avec insuffisance bien marquée de la valvule mitrale et hypertrophie considérable à gauche,

(1) Rühle *in* Virchow : ARCHIV. FUER PATHOL. ANAT. UND PHYSIOL., etc., vol. V. (Traduit par M. Bierck.)

(1) Hasse *in* Henle et Pfeuffer : ZEITSCHRIFT FUER RATION. MEDIZIN, vol. III. (Traduit par M. Bierck.)

moindre à droite. Stase veineuse dans les poumons et le foie, ainsi que dans les veines du corps, comme le démontrait l'anasarque plus ou moins générale. Un traitement approprié amena une amélioration : l'infiltration et la dyspnée disparurent, et les symptômes fournis par le cœur s'amoindrirent beaucoup. La malade s'exposa, le 28 août, à un nouveau refroidissement, suivi immédiatement de la reproduction de la plupart des phénomènes mentionnés. Depuis ce moment l'état de la malade resta pendant tout le mois de septembre à peu près le même, avec quelques légères variations ; ce ne fut que dans les premiers jours du mois d'octobre qu'une amélioration notable parut vouloir se produire.

Pendant toute la durée de la maladie, on avait eu recours à des émissions sanguines générales et locales répétées et administrées alternativement, le tartre stibié, la digitale, le nitre, le calomel.

Le 5 octobre, la malade allait encore assez bien. La nuit, elle quitta son lit pour aller aux lieux, et bientôt après elle se déshabilla pour changer de chemise. Peu de temps après, vers deux heures du matin, la servante de la salle entendit des gémissements et trouva la femme L. nue, incapable de se mouvoir et de parler, sans connaissance dans son lit. L'interne, appelé sur le champ, fit une saignée qui n'amena aucun changement. Le même état persista pendant le 6 et le 7 octobre sans que, par l'application de glace sur la tête, et l'emploi sur la peau de moyens révulsifs divers, on parvînt à produire la moindre amélioration. La malade était complétement paralysée du côté droit ; la langue cependant n'était point déviée ; la sensibilité était presque entièrement abolie, et la malade avait à peu près complétement perdu connaissance. Cependant, en lui imprimant de forts mouvements, on croyait remarquer quelque sensibilité ; de plus la malade témoignait par des gémissements et des efforts pour se lever quand elle voulait uriner. La déglutition était difficile, les battements du cœur et le pouls comme avant l'attaque. A la fin, urines involontaires, respiration courte, stertoreuse, peau refroidie. Mort le 7 octobre à onze heures du soir, quarante-cinq heures après l'attaque.

Autopsie, trente-quatre heures après la mort.

Amaigrissement du corps, légère coloration jaune de la peau, point d'œdème.

Cavité crânienne. — Méninges peu injectées, cerveau tendu à sa surface, circonvolutions aplaties, larges, sillons effacés. Hémisphère droit, cervelet, moelle allongée et lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau normaux, très consistants, assez secs et peu injectés. Les autres parties de l'hémisphère cérébral gauche remarquablement ramollies ; substance grise d'un rouge pâle, comme tuméfiée, couche optique et spécialement corps strié du côté gauche plus gonflés et ramollis à un haut degré ; la substance cérébrale ainsi modifiée est parsemée d'un nombreux pointillé rouge. La carotide cérébrale gauche, l'origine de l'artère du corps calleux gauche, l'artère sylvienne gauche et la plus grande partie de ses ramifications contiennent un caillot en partie brun, stratifié, en partie rouge foncé, épais, très adhérent aux parois des vaisseaux. Ce caillot s'étend le long du cou dans la carotide interne et primitive jusqu'au voisinage de l'origine de cette dernière, et se prolonge également plus ou moins loin dans les ramifications de la carotide externe. Il présente dans ces artères les divers caractères déjà décrits. Pourtant, à la bifurcation de la carotide primitive, il y a une espèce de coque fibrineuse, irrégulière, mais bien distincte des parties environnantes, d'un rouge brunâtre et de la grosseur d'un noyau de cerise, renfermant une bouillie liquide d'un jaune rouge sale. Au-dessous, vers le cœur, l'artère est remplie d'une masse très adhérente, compacte, mais friable et d'un rouge noir. Les autres artères sont normales, à l'exception de l'artère coronaire du cœur et de ses ramifications, qui contiennent un bouchon mou, de couleur brunâtre.

Cavité thoracique. — La surface du péricarde, surtout à gauche vers la pointe et à droite vers la base du cœur, est rugueuse, couverte d'anciennes fausses membranes, et généralement finement injectée ; il contient environ un demi-litre d'un liquide trouble et rougeâtre. Le cœur est très grand, considérablement dilaté par des caillots d'un sang noir. Le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté, sa substance vers la pointe est plus pâle qu'à l'ordinaire, évidemment ramollie, friable. La surface interne de l'oreillette gauche est tachetée de brun, d'un rouge sale, rugueux ; la valvule mitrale présente à ses bords des concrétions anciennes et des dépôts récents, de consistance et de forme diverses, ses tendons sont raccourcis et un peu épaissis ; les valvules aortiques un peu rétractées et épaissies. Le cœur droit également hypertrophié et dilaté. Le poumon est très dense, infiltré de sérosité jaune, et présente à sa partie inférieure quelques dépôts pseudo-membraneux, minces ; dans son intérieur une induration circonscrite, de la grosseur d'une noix, d'un brun rouge, dans laquelle le doigt s'enfonce facilement. Une artère qui se rend à cet endroit, est oblitérée par un caillot brunâtre très adhérent.

Cavité abdominale. — Foie petit, d'un brun pâle, exsangue, ferme ; même état de la rate ; estomac dilaté par un liquide acide et des restes d'aliments ; ramollissement de la muqueuse, dans l'intestin grêle quelques ecchymoses sous la muqueuse ; reins petits, leur couche corticale ratatinée, généralement jaunâtre, granulée.

OBS. VI. — *Désorganisation de la valvule mitrale. — Hémiplégie droite. — Artère vertébrale gauche et artère sylvienne gauche oblitérées. — Gangrène du membre inférieur gauche. — Oblitération de l'artère iliaque primitive gauche. Ramollissement à gauche* (1). — C. D., femme de vingt-neuf ans, servante, tempérament lymphatique, assez bien constituée, bien réglée, mère d'un enfant, entre à la salle 33, le 27 octobre 1852, avec des symptômes de bronchite aiguë ; au bout de huit jours de traitement par la saignée et le tartre stibié, elle est à peu près remise, mais il lui reste un teint pâle ; sclérotiques bleuâtres, muqueuses décolorées, pouls à 78, petit, dépressible. A l'auscultation du cœur, souffle rude au premier temps vers la pointe, souffle doux au deuxième temps à la base ; entre ces deux points, les bruits qui s'y rapportent deviennent plus distincts ou plus faibles à mesure qu'on se rapproche de l'un ou de l'autre. La matité précordiale est étendue ; point de souffle dans les carotides. — On attribue ces symptômes en partie à un état chlorotique, en partie à une affection organique du cœur.

Le 11 novembre la malade ne tousse plus du tout ; les symptômes sont les mêmes du côté du cœur. Même état du reste.

On commence un traitement par la digitaline et les pilules de Vallet.

A partir de ce jour, l'amélioration marche très lentement ; la malade se lève, mais elle est toujours pâle et faible.

Dans la nuit du 8 au 9 décembre, à trois heures du matin, subitement grande faiblesse, céphalalgie, vertiges, pâleur extrême, refroidissement des extrémités, sueurs très abondantes, vomissements, intelligence nette. On administre une potion cordiale.

A la visite elle est un peu remise, a vomi plusieurs fois ; pouls à 100, petit, dépressible ; extrémités un peu moins froides ; céphalalgie générale, intense, intelligence parfaitement conservée.

On ordonne : liqueur de Hoffmann, teinture éthérée de valériane, frictions révulsives, sinapismes.

Un traitement analogue est continué pendant plusieurs jours.

Le 13 décembre, la plupart des symptômes ont cessé, mais il reste encore une grande faiblesse et la même céphalalgie.

On applique huit sangsues, qui procurent un peu de soulagement.

Peu à peu la malade revient à l'état où elle se trouvait avant le 8 décembre. Le 13 janvier, elle a repris un peu de force, se lève dans la journée et mange avec assez d'appétit ; l'intelligence est très nette ; toujours même pâleur, mêmes symptômes du côté du cœur.

Le 14 janvier, à deux heures du matin, la malade, qui s'était couchée sans se plaindre de rien, tombe tout à coup de son lit ;

(1) Strohl (de Strasbourg) *in* Bierck : thèse soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, le 20 août 1853.

l'intelligence, abolie un instant, revient au bout de quelques minutes, mais tout le côté droit est paralysé.

A la visite du matin on la trouve couchée, les yeux fermés; la face est paralysée, ainsi que la langue et tout le côté droit; l'intelligence semble nette, mais la malade ne peut rien répondre à cause de l'état de sa langue. Pouls 110, résistant, assez large.

On ordonne une saignée de 300 grammes, qui n'amène pas d'amélioration.

Depuis ce moment son état s'aggrave peu à peu : la malade s'agite et gémit surtout pendant la nuit; elle est plongée dans un état de stupeur, d'où on ne la tire qu'en l'interpellant à haute voix. Alors elle pousse des gémissements, ne répond que par oui et non, ne se plaint d'aucune douleur, cependant semble souffrir de céphalalgie. Les selles ne sont pas spontanées, les urines involontaires.

Le 22, on constate que la jambe gauche (non paralysée) est bien plus froide que l'autre : on l'attribue à la tendance qu'a la malade à porter ce membre hors du lit. Le lendemain, même état, même refroidissement du membre inférieur gauche; on ne sent point les battements de l'artère crurale, ni d'aucune de ses divisions.

Le 24, coloration livide de la jambe gauche, depuis les malléoles jusqu'au genou; ce membre est insensible, paralysé.

Mort le 25.

Autopsie le lendemain.

Cavité crânienne. — Tissu cérébral assez ferme; rien dans les enveloppes et à l'extérieur; un peu de piqueté des deux côtés des hémisphères. Rien dans le ventricule gauche, pas de liquide; plexus choroïde pâle, ne présentant rien d'anormal. Le corps strié est à l'extérieur plus jaune que celui du côté opposé, recouvert par une légère couche comme villeuse, très mou; le côté externe de la voûte ventriculaire, là où le tissu cérébral est contigu à ce corps strié, est légèrement ramolli dans toute la longueur du corps strié. Celui-ci est en général plus petit qu'à droite.

Incisée dans la direction de la longueur, la partie blanche a presque complétement disparu dans la moitié antérieure. Cette moitié ne présente qu'une masse jaune brunâtre, très molle, offrant par places une teinte plus blanche. Le ramollissement est un peu plus considérable au centre, vers la base; on y trouve un noyau presque diffluent, légèrement coloré en rouge. Au tiers antérieur et externe, il y a un autre point rouge, qui s'étend à peu près à une profondeur de 4 millimètres. Le tissu cérébral est ramolli, à l'entour surtout de la partie antérieure, dans l'étendue d'environ 8 millimètres.

Cette partie rouge superficielle, dont nous avons parlé plus haut, s'étend jusqu'à la base, sous forme d'une bande large de 2 à 3 millimètres d'égale épaisseur. — Rien dans les couches optiques, rien dans le ventricule droit; le plexus choroïde est également pâle.

L'artère vertébrale gauche est oblitérée, jusqu'à sa jonction avec la droite, par un caillot devenu jaune, remplissant complétement la lumière de l'artère.

L'artère sylvienne gauche est également oblitérée par un caillot qui commence à la partie interne de la scissure et qui est décoloré dans l'espace de 3 millimètres. Le reste est noir et remplit presque complétement l'artère. L'extrémité externe de l'artère contourne la scissure et se prolonge vers le corps strié malade. Toutes ces artères sont saines, sans aucune rougeur, sans épaississement.

Cavité thoracique. — Le cœur présente un volume très considérable, il est situé tout à fait en travers, la pointe dans le côté gauche, le bord droit devenu inférieur, et l'oreillette droite se trouve dans la cage thoracique droite. — Le péricarde est sain; très peu de liquide transparent, citrin. — Le cœur droit est énormément distendu par du liquide. Le cœur a au moins 18 centimètres de haut de la pointe à la base, 14 à peu près en travers. La couche graisseuse extérieure est très abondante. L'oreillette droite est considérablement distendue, renferme beaucoup de sang liquide avec un certain nombre de caillots. La valvule auriculo-ventriculaire est complétement désorganisée; elle ne présente, pour ainsi dire, que deux valvules, une antérieure ayant la forme et le volume normaux, les deux autres fondues en une seule. La première est libre, à bords renflés, sans plaque cartilagineuse; les deux autres sont fortement rétractées. Leur largeur est à peu près de 14 millimètres; les bords libres épais, boursouflés, non cartilaginifiés. Cette valvule est évidemment insuffisante. Les colonnes charnues, avec les tendons qui s'y insèrent, sont très courts. Le ventricule est dilaté, sans amincissement des parois; rien de notable dans l'artère pulmonaire.

L'oreillette gauche, également dilatée et amincie, renferme trois concrétions fibrineuses : l'une, complétement ovoïde, d'un grand diamètre de 2 centimètres, était située sur la valvule mitrale, vers son bord postérieur, molle, fluctuante, présentant l'aspect d'un kyste, à bords lisses, si ce n'est à un endroit où plusieurs prolongements rouges indiquaient l'implantation sur une des concrétions de la valvule; la seconde, plus petite, était libre dans l'intérieur, un peu moins régulière extérieurement, mais ayant le même aspect; la troisième, un peu plus volumineuse que la première, située près de l'appendice auriculaire, dans lequel elle s'étendait, irrégulière, présentant un corps tiré en pointe allongée vers une des extrémités, en pointe plus courte à l'autre bout, également molle et fluctuante. — A l'incision il s'écoule un liquide crémeux, épais, de couleur jaune, un peu rose, présentant tout à fait l'aspect d'un pus de bonne nature. Sous le microscope on n'y découvre néanmoins pas un seul globule de pus; le tout est composé de très petites granulations amorphes, nageant dans un liquide incolore; les parois sont composées de couches fibrineuses. La première de ces concrétions était divisée en deux par une cloison transversale. Ce ventricule, du reste, était rempli de caillots de sang, et il est très probable qu'en enlevant ces derniers, on a encore perdu de ces concrétions.

La membrane interne de l'oreillette gauche est blanche, d'un blanc opalin. La valvule mitrale est complétement désorganisée, ses deux lambeaux sont entièrement soudés. L'ouverture auriculo-ventriculaire en est fortement rétrécie et admet à peine l'extrémité du doigt. Toute la valvule est fortement épaissie, ratatinée et incrustée d'une énorme quantité de masse calcaire visible principalement à la face supérieure.

Le ventricule est d'une capacité à peu près normale, les parois un peu épaissies, la membrane interne blanche, opaline vers la valvule mitrale et beaucoup plus encore vers l'orifice aortique. Les valvules aortiques sont fortement épaissies, encore assez mobiles; l'orifice de l'aorte, ainsi que tout le calibre de l'aorte, un peu rétréci; la cloison interventriculaire est légèrement épaissie.

Coloration livide de tout le membre inférieur gauche; l'artère iliaque primitive, à partir de la bifurcation de l'aorte, est remplie par un caillot rouge brunâtre qui s'étend dans toutes les ramifications du vaisseau qu'on a poursuivies, et ne s'arrête que dans les petites divisions. L'artère est complétement saine.

IV.

CORRESPONDANCE.

Oblitérations vasculaires par des caillots détachés du cœur.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 25 avril, vous rapportez une observation intéressante de concrétions cardiaques et d'oblitérations artérielles multiples, communiquée à la Société médicale de Strasbourg par M. Schützenberger, genre de lésion qui a été désigné par M. Virchow sous le nom d'*embolie*.

Dans les considérations dont vous faites précéder cette observation, vous attribuez à M. Virchow (de Würtzbourg) et à M. Kirkes (de Londres) la démonstration du déplacement des concrétions fibrineuses du cœur et de leur migration dans les vaisseaux, ainsi que la connaissance des accidents qui en résultent.

Sans m'arrêter à la signification grammaticale du mot *embolie*, et à son emploi plus ou moins heureux pour désigner des affections

identiques au fond, mais de sources différentes, je vous demande la permission de revendiquer une petite part dans la démonstration du déplacement des caillots et dans la connaissance des accidents qui en sont la suite.

Dans ma thèse inaugurale (Paris, 1827, n° 215), après avoir fait ressortir (p. 17) la ressemblance qui existe entre un caillot trouvé dans l'oreillette gauche et un autre caillot oblitérant l'artère brachiale gauche, j'ajoute que celui-ci me paraît être une portion détachée du premier.

Et plus loin (p. 34), en parlant *du lieu de développement de ces concrétions*, je dis : « Lorsqu'elles adhèrent au moment de leur formation par des entrelacements, elles demeurent fixées en cet endroit ; mais si elles sont mobiles, et que leur volume ne soit pas trop considérable, elles peuvent passer d'une cavité dans une autre, être projetées dans les vaisseaux ; des fragments, détachés d'une concrétion adhérente, peuvent être projetés dans le torrent de la circulation et portés dans un endroit plus ou moins éloigné du lieu de leur développement. »

Depuis la publication de cette thèse, je me suis constamment occupé du sujet ; je l'ai traité avec beaucoup de développement dans un cours de pathologie que j'ai fait, en 1842-1843, à la Faculté de médecine ; et si, par un sentiment de réserve, je n'ai pas publié le résultat de mes recherches postérieures à ma thèse, j'ai eu la satisfaction de voir reproduire, sans indication de source, des idées et des faits que j'avais exposés dans mon cours. Mais je n'ai de revendication à faire qu'en faveur de ce qui est imprimé. Eh bien ! je suis obligé de convenir que la migration des caillots du cœur dans les vaisseaux n'est point une idée qui m'appartienne. Elle est, en effet, assez clairement exprimée par Van Swieten dans son commentaire du § 107, relatif à l'obstruction : « Dum polyposæ concretionos in sinubus venosis vel et in cordis cavis hærent, non faciunt obstructionem, nisi quando ex majoribus his receptaculis in canales pelluntur. »

Quoi qu'il en soit, le fait rapporté par M. Schützenberger n'en est pas moins intéressant. C'est un de ces cas, en effet, où, suivant toutes probabilités, des concrétions ou des fragments de concrétions détachés du cœur ont été projetés dans les vaisseaux, et ont donné lieu à des accidents variables, suivant le siége de l'obstruction qui en a été la conséquence.

Et maintenant, très honoré rédacteur, que vous avez soulevé cette question, objet des savantes investigations de nos confrères d'outre-Rhin, j'userai, si vous voulez bien le permettre, des colonnes de votre journal pour mettre au jour le résultat de mes propres recherches sur les produits de la coagulation du sang dans les diverses parties du système sanguin. Je commencerai par les polypes du cœur.

Legroux,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BINET.

Physiologie. — *Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration*, par M. *Bonnet*. — Un compteur de ce genre permet de reconnaître en un instant la quantité d'air que l'on y fait pénétrer par une série d'expirations, quelque faibles qu'elles soient.

Pendant qu'on souffle dans le tube, les aiguilles marchent simultanément sur le cadran qui marque les litres, et sur celui qui indique les soixantièmes de litre; elles s'arrêtent dès que cesse l'impulsion, et permettent de juger immédiatement de la quantité d'air qui est sortie de la poitrine. Au moyen de cet instrument, M. Bonnet a mesuré la respiration chez l'homme dans l'état de santé et dans les différentes maladies qui exercent une influence sur l'acte respiratoire. Il a vérifié l'exactitude des observations d'Hutchinson, d'après lesquelles on peut dire que de vingt à trente-cinq ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres; pour une taille moyenne, de 3 lit. 1/2 ; pour une grande taille de 4 litres. L'auteur s'est encore assuré qu'il n'est pas une seule altération du poumon qui ne diminue la capacité respiratoire; cette diminution, qui oscille ordinairement entre le tiers et les deux tiers de l'état normal, descend beaucoup plus bas, quand les lésions qui ont oblitéré les vésicules sont graves et étendues. La spirométrie peut aussi servir à l'appréciation des méthodes thérapeutiques.

Anatomie comparée. — *Note sur l'encéphale de l'aptéryx*, par M. C. *Dareste*. — La galerie d'anatomie comparée du Muséum, dit l'auteur, possède deux cerveaux d'aptéryx provenant de la mémorable expédition de Dumont d'Urville au pôle austral.

Les lobes optiques, organes dont la conformation et la position forment le trait le plus remarquable du type encéphalique des oiseaux, sont rudimentaires chez l'aptéryx, et à peine visibles à l'extérieur, tandis que dans toutes les autres espèces ils ont un très grand volume, et se présentent sous l'aspect de deux grosses éminences occupant les parties latérales et inférieures de l'encéphale.

Cette modification du type primitif, très remarquable dans une classe dont toutes les espèces sont liées entre elles par les affinités les plus intimes, trouve son application dans les conditions toutes spéciales des organes des sens dans l'aptéryx.

Cet oiseau, que nous ne connaissons encore que d'une manière très imparfaite, a, comme un certain nombre d'autres espèces de la même classe, des habitudes nocturnes, mais qui sont le résultat d'une disposition des organes des sens, très différente à beaucoup d'égards.

L'organe de la vue, très développé chez les oiseaux, est surtout considérable chez les oiseaux de nuit, les hiboux, les engoulevents, etc. Dans l'aptéryx, au contraire, l'œil est très petit, beaucoup plus que chez aucun autre oiseau. Il est de plus moins complétement organisé.

Les expériences physiologiques de M. Flourens ont prouvé depuis longtemps qu'il existe chez les oiseaux une liaison physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue, et que la vision est détruite par les lésions du lobe optique. Magendie a confirmé les résultats obtenus par M. Flourens, en montrant que l'atrophie du lobe optique se produit fréquemment après l'ablation de l'œil ; que, par conséquent, ces deux organes ne sont pas uniquement liés par les fonctions qu'ils remplissent, et qu'il y a de plus entre eux une véritable relation anatomique, puisque la destruction de l'organe de la vue amène des altérations consécutives dans les lobes optiques.

La disposition anatomique que je signale dans l'aptéryx nous conduit, par une voie très différente, à un résultat semblable, et nous montre le même fait sous une autre forme.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

L'Académie reçoit : — *a*. Une série de brochures sur les eaux minérales, les boue médicales et les bains de mer de l'empire de Russie, contenant aussi un aperçu détaillé des eaux minérales de l'Europe, ainsi que la pathologie des maladies chroniques, par M. le docteur *Groum*, de Saint-Pétersbourg. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Un mémoire du même auteur intitulé : *Les moments de l'opération de l'herniotomie radicale*. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Rilliet*, de Genève, contenant l'exposé de ses recherches relativement à l'influence de la consanguinité sur les produits du mariage. Cette lettre porte en substance : qu'il se fait à Genève un nombre considérable de mariages entre consanguins ; que l'attention de l'auteur a été appelée, depuis bien des années, sur les conséquences fâcheuses qui résultent de ce fait pour la santé, et même pour la vie des enfants. Ces conséquences sont : 1° l'absence de conception ; 2° le retard de la conception ; 3° la conception imparfaite (fausses couches); 4° des produits incomplets (monstruosités); 5° des produits dont la constitution physique et morale est imparfaite ; 6° des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux, et, par ordre de fréquence, l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses ; 7° des produits lympha-

tiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse ; 8° des produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés dans d'autres conditions ; 9° des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort. A ces règles, il y a des exceptions dues, soit aux conditions de santé des ascendants, soit aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parents au moment du rapprochement des sexes. Ainsi, 1° rarement *tous* les enfants échappent à la mauvaise influence ; 2° dans une même famille les uns sont frappés, les autres sont épargnés ; 3° ceux qui sont atteints ne le sont presque jamais de la même manière dans la même famille, c'est-à-dire que l'un est épileptique, tandis que l'autre est sourd-muet, etc. (*Comm.:* MM. Depaul, Michel Lévy, Bousquet, *rapporteur*. — Le mémoire récemment lu par M. *Ménière* sur la *surdi-mutité congénitale* est renvoyé à la même commission.) — *d.* Un mémoire de M. le docteur *J. de Arrastia*, de la Havane, ayant pour titre : « Pulvérisation de deux calculs vésicaux assez volumineux, en deux séances, par le docteur Guillon, l'un de 6 centimètres et demi de diamètre et libre dans la vessie, l'autre de 5 centimètres de diamètre et enkysté. » (*Comm.:* MM. Bégin, Robert, Laugier.) — Un dépôt cacheté sur le siége organique et le traitement de l'épilepsie, par M. *Lisle*. (*Accepté*.)

M. le *Président* annonce à l'Académie le décès de M. *Amussat*, membre titulaire.

Lectures et Mémoires.

Anatomie pathologique. — M. *Ch. Robin* donne lecture d'un mémoire *sur l'altération des vaisseaux capillaires qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexies*. L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes : — 1° L'anatomie pathologique des vaisseaux capillaires chez les individus ayant des hémorrhagies cérébrales fait découvrir une altération particulière, constante, des parois propres de ces conduits sanguins. — 2° Cette altération, commençant par les plus fins capillaires, s'étend graduellement aux conduits de plus en plus gros, et spécialement aux artères, en progressant de la face interne vers la face externe des parois. — 3° Cette altération chez les apoplectiques est de même ordre que celle que l'on observe dans les capillaires de tous les vieillards, et même déjà de beaucoup d'adultes; mais elle en constitue une phase plus avancée, devenant plus ou moins tôt, suivant les individus, la cause de la rupture des vaisseaux, d'épanchement de sang, et par suite d'accidents morbides. — 4° Lorsque ces accidents morbides se manifestent, l'altération existait déjà depuis plus ou moins longtemps, mais à un degré encore insuffisant pour faire perdre aux vaisseaux leur résistance naturelle. — 5° Cette lésion consiste en une production de granulations ou gouttes graisseuses dans l'épaisseur des parois des conduits, de manière à remplacer graduellement une substance continue, homogène, transparente et tenace par un assemblage de petits corpuscules graisseux simplement contigus, et offrant d'autant moins de résistance qu'ils sont accumulés en plus grand nombre. — 6° L'étude anatomo-pathologique des vaisseaux dans l'apoplexie permet d'établir une liaison très nette et d'une haute portée pratique entre l'état normal des vaisseaux, leurs modifications graduelles à mesure des progrès de l'âge, atteignant plus ou moins tôt, suivant sa rapidité, cet état qui mérite le nom de lésion morbide. Or, la connaissance de cette gradation entre l'état normal et l'état pathologique est un des résultats constants de l'étude anatomo-pathologique de tous les tissus de l'économie qui permet le mieux de rattacher le symptôme à la lésion correspondante. (Renvoyé à la *section d'anatomie pathologique*.)

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports négatifs sur divers remèdes secrets. (*Adopté*.)

A l'occasion de l'un de ces rapports relatif à un prétendu spécifique de l'épilepsie, MM. *Moreau* et *J. Cloquet* invitent M. le rapporteur à signaler à M. le ministre ce que les manœuvres des guérisseurs ont d'illégal et de dangereux pour la santé publique.

Chirurgie. — M. *Bégin* lit un rapport sur *un appareil à lever les malades sans les toucher*, présenté à l'Académie par M. *Gros*, de Dijon, ancien sous-officier d'artillerie. (*Comm.*, MM. Jobert de Lamballe, et Bégin, *rapporteur*). — Conclusions : « L'appareil de M. Gros, dont plusieurs éléments se retrouvent dans quelques autres, antérieurement proposés, ne peut être vraisemblablement considéré comme la dernière expression du progrès de l'art; mais la simplicité de sa construction, son peu de volume, la facilité de sa manœuvre, la possibilité de l'employer partout à la manière du bâtonnet transversal suspendu à une corde qui sert aux malades à se soulever momentanément, et enfin la modicité de son prix, sont autant de conditions qui le recommandent à l'attention des praticiens et des administrateurs et aux encouragements de l'Académie. »

Les conclusions favorables de ce rapport, appuyées par MM. *Larrey*, *J. Cloquet* et *Moreau*, sont adoptées.

M. *Robinet*, dans le désir de voir l'usage des appareils de ce genre s'introduire dans les hôpitaux tant civils que militaires, demande qu'une communication du rapport de M. Bégin soit adressée à MM. les ministres de l'intérieur, de la guerre, de la marine, et de l'agriculture et du commerce. (*Adopté*.)

Hygiène publique. — M. *Gimelle*, au nom d'une commission dont fait partie M. *Hervez de Chégoin*, lit un rapport sur un travail de M. le docteur *Devilliers*, ayant pour titre : *Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, accompagné d'observations relatives à ce tableau*. — L'auteur a particulièrement insisté sur l'influence exercée par les divers travaux de terrassement et les bouleversements du sol, sur le développement du choléra et des fièvres intermittentes dans les différentes contrées que traverse le chemin de fer de Lyon. La commission, approuvant les idées développées dans le mémoire de M. Devilliers, propose : 1° de remercier l'auteur de sa communication; 2° de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. *J. Cloquet* rappelle des faits analogues à ceux que M. Devilliers cite dans sa communication, et qui auraient eu pour théâtre la ligne du chemin de fer de Versailles (rive droite). L'orateur pense que ces accidents sont de deux ordres : les uns temporaires, passagers, qui reconnaissent le plus souvent pour cause les travaux de terrassement ; les autres plus durables et quelquefois même permanents, qui doivent être attribués à la stagnation des eaux dans des profondeurs de terrain plus ou moins étendues. On peut remédier avantageusement à ces derniers inconvénients, en comblant ces marais artificiels par des plantations qui en couvrent toute la surface.

Les conclusions du rapport de M. Gimelle sont adoptées.

Présentations. — M. *Depaul*, secrétaire annuel, met sous les yeux de l'Académie un monstre cyclope, né à terme, et mort cinq ou six minutes après l'accouchement. M. Depaul se propose de communiquer plus tard les résultats de ses recherches nécroscopiques sur cette rare monstruosité. Un examen superficiel permet dès à présent de constater sur ce sujet : 1° l'existence d'une seule cavité orbitaire placée au milieu du front, avec les rudiments de deux paupières ; 2° l'absence du nez et de la suture médiane de l'os frontal.

La grossesse de la mère avait parcouru toutes ses périodes sans accident. La seule particularité à signaler pendant l'accouchement c'est la présence d'une quantité très considérable de liquide dans la poche amniotique.

— M. le docteur *Maisonneuve*, chirurgien de la Pitié, présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a un mois, l'ablation complète du maxillaire inférieur pour une tumeur fibreuse de cet os.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1856. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Suture pour le bec-de-lièvre.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Denonvilliers* expose les avantages d'une nouvelle suture pour le bec-de-lièvre, qu'il a récemment employée avec un succès complet chez un malade. A son avis, la suture entortillée, que les chirurgiens appliquent en pareille circonstance, offre plusieurs inconvénients : elle ne permet pas l'affrontement régulier des lèvres de la plaie, qui laisse toujours en avant un intervalle triangulaire

béant dont la cicatrisation est défectueuse, trop apparente, et qui peut devenir même le siége d'un travail ulcératif. La suture dont il recommande aujourd'hui l'usage, remplit au contraire les conditions les plus favorables pour une cicatrisation régulière et parfaite, puisque les lèvres de la plaie sont maintenues en contact complet.

Pour exécuter cette suture, on place à la face interne des lèvres une petite plaque de caoutchouc, quadrangulaire, percée, à chaque angle, d'une petite ouverture à travers laquelle on passe une aiguille munie d'un fil. Avec cette aiguille on traverse, à une distance régulière et d'arrière en avant, les bords de la solution de continuité; les fils, conduits de la sorte à la face extérieure, sont passés dans les ouvertures d'une seconde plaque d'ivoire, et noués sur un petit rouleau de sparadrap. Les lèvres se trouvent ainsi maintenues dans un rapprochement exact. Chez un malade récemment opéré, M. Denonvilliers a constaté qu'après vingt-quatre heures la réunion était parfaite; il a néanmoins laissé l'appareil pendant trois jours, et aujourd'hui le résultat est si remarquable, que la ligne cicatricielle est à peine visible. Cette épreuve a permis de constater qu'autour des fils il ne s'établit pas de travail ulcératif comme cela a lieu autour de l'épingle à suture ordinaire, de sorte qu'on peut laisser l'appareil plusieurs jours en place sans aucun inconvénient.

En terminant, M. Denonvilliers ajoute qu'il a tout lieu de croire que cette suture pourra être avantageusement appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales.

La Société procède à l'élection d'un membre correspondant.

M. le docteur Desayvre, médecin à Châtellerault, est nommé à l'unanimité.

Maladies du foie et du pancréas.

— M. *Gery* lit le rapport suivant sur le *Précis des maladies du foie et du pancréas*, de M. Fauconneau-Dufresne :

Notre honorable collègue, M. Fauconneau-Dufresne a fait hommage à la Société de médecine du livre qu'il vient de publier sous le titre de *Précis des maladies du foie et du pancréas*. Vous m'avez chargé de vous rendre compte de cet ouvrage, et je viens m'acquitter d'une tâche qu'il me sera doux d'avoir remplie, si, après avoir entendu ce rapport, vous ne vous êtes pas trop aperçus de l'insuffisance du rapporteur.

M. Fauconneau a déjà lu devant la Société quelques fragments de son ouvrage, et vous vous rappelez tous avec quel intérêt ces communications ont été accueillies parmi nous; mais alors que, d'après le règlement de la Société, nous ne pouvions donner à notre savant et laborieux collègue que nos témoignages d'estime et de sympathie, d'autres Sociétés plus heureuses et les plus haut placées, décernaient des récompenses aux mémoires de M. Fauconneau, et nous laissaient le regret de ne pouvoir en accorder une troisième au lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

Réunissant aujourd'hui ces divers mémoires, résultat de sa longue expérience sur les maladies du foie et du pancréas, M. Fauconneau vient de publier un précis sur les maladies de ces deux organes; mais ce que M. Fauconneau appelle modestement un précis est un traité bien complet des maladies de la glande hépatique et de ses annexes, qui vient remplir une des lacunes si nombreuses encore dans la pathologie interne.

Ce n'est, en effet, que par des monographies consciencieuses, établies sur des faits rigoureusement observés et bien appréciés, qu'on peut arriver à traiter convenablement un point médical, quel qu'il soit; nous en avons pour preuve la vive lueur qu'a jetée sur les maladies de poitrine la monographie remarquable qu'a publiée sur la pneumonie un des membres les plus distingués de notre Compagnie, M. le professeur Grisolle.

M. Fauconneau, qui, depuis vingt-cinq ans, s'occupe des maladies de l'organe hépatique, vient de même éclairer d'un nouveau jour l'étude de ces maladies encore un peu obscures jusqu'ici.

Le livre de M. Fauconneau est conçu d'après un plan excellent. Pour parler d'une chose, quelle qu'elle soit, ne faut-il pas, en effet, en connaître d'abord les éléments et tout ce qui peut s'y rapporter? avant de décrire l'ensemble d'un appareil, la manière dont il fonctionne, les résultats qu'il fournit, ne faut-il pas, auparavant, le démonter pièce à pièce, pour bien en connaître le mécanisme général et l'importance de chacun des rouages qui le composent? Avant de décrire les effets, ne faut-il pas étudier les causes qui peuvent les produire? C'est sans doute ce que s'est dit M. Fauconneau-Dufresne, et c'est ainsi qu'il a très logiquement procédé.

Dans un premier chapitre de considérations préliminaires, il esquisse à grands traits l'étude générale des maladies du foie, pour entrer ensuite dans le cœur du sujet par l'examen approfondi de l'anatomie et de la physiologie du foie. Cette description, faite avec beaucoup de soin, a le double mérite d'une grande lucidité et d'une sobriété parfaite; mérite qu'on ne saurait trop faire ressortir, car, après les longs et lourds travaux qui ont paru sur la structure du foie, il était difficile de résumer le tout d'une manière à en rendre la lecture facile, sans nuire à la clarté de la description.

Parmi les sécrétions attribuées au foie, celle du sucre est sans contredit la plus importante. M. Fauconneau rend compte de cette question d'une façon remarquable : mieux que tout autre, du reste, il était à même de le faire; car vous avez tous, messieurs, présents à la mémoire les savants comptes rendus du cours de M. Bernard, publiés par notre collègue dans l'*Union médicale*.

Après avoir étudié les fonctions du foie, M. Fauconneau aborde dans un autre chapitre l'étude de la bile, de ses modifications et de son influence sur le tempérament.

Le chapitre où l'auteur s'occupe des modifications que peut éprouver la bile, nous a surtout paru digne de remarque. M. Fauconneau a très justement fait ressortir les corrélations qu'on observe souvent entre certaines maladies mentales (mélancolie, lypémanie, hypochondrie, *tœdium vitæ*, et les affections hépatiques).

Les diverses fonctions du foie à leur état normal ou physiologique décrites, M. Fauconneau s'occupe, dans le chapitre suivant, des troubles que ces sécrétions peuvent éprouver, et d'où résultent des maladies particulières. Dans un premier article, il s'occupe des perturbations de sécrétion de la bile, et, dans un deuxième, de celles du sucre. Dans le premier, la polycholie, ou augmentation de la sécrétion biliaire, l'oligocholie, ou diminution de la même sécrétion, sont successivement étudiées dans leurs causes et leur traitement. Dans le second, le diabète est l'objet de quelques passages où son étude est nettement résumée.

M. Fauconneau a voulu que son précis fût aussi complet que possible; aussi étudie-t-il les affections du foie qui rentrent plus spécialement dans le domaine de la pathologie externe; je veux parler des hernies, des déplacements, des déformations du foie, de ses vices de conformation et de ses lésions traumatiques.

Dans les chapitres suivants, M. Fauconneau aborde avec talent l'étude de l'hépatite aiguë et chronique, des abcès et de la gangrène du foie; la grande expérience de l'auteur, et les nombreux cas de maladies qu'il a été à même de voir, donnent un grand intérêt à ces divers articles.

M. Fauconneau n'a pas oublié de signaler les tubercules du foie, et, à ce propos, nous nous permettrons de faire remarquer que les tubercules primitifs du foie sont excessivement rares; et il est peut-être sans exemple qu'au delà de l'âge de quinze ans on en ait observé qui ne fussent accompagnés et précédés de tubercules pulmonaires; chez les enfants seulement on peut les trouver localisés dans cet organe; mais c'est seulement à ce dernier âge que n'est point applicable la loi posée par M. Louis, « qu'il n'y a pas, dans les autres organes, de tubercules qui n'aient été précédés de la tuberculisation pulmonaire. »

Nous aurions aussi désiré voir M. Fauconneau nous donner son opinion d'une manière plus précise sur l'existence du frémissement hydatique dans les kystes du foie, qui sont le sujet d'un des intéressants chapitres de l'ouvrage; mais, en revanche, les terminaisons diverses des kystes, leur mode de traitement, sont très bien étudiés, et ces passages peuvent servir de guide et de règle au praticien.

Un des points de la pathologie hépatique que les savantes recherches de M. Fauconneau ont le plus élucidés, est, sans contredit, celui des calculs du foie. La présence des calculs, et les violents accès de colique hépatique qui en sont trop souvent la suite, ont surtout attiré l'attention de l'auteur, qui, pour se rendre un compte

plus exact des moyens proposés pour leur traitement, a visité lui-même les principales sources d'eaux minérales auxquelles on a coutume d'envoyer les malades, ce qui lui a permis d'étudier sur place, pour ainsi dire, le mal et le remède. Il est un moyen vulgairement employé contre les calculs du foie : c'est la potion de Durande. M. Fauconneau, qui n'en semble pas très partisan, fait observer avec raison que si les médicaments agissaient dans l'estomac comme dans une cornue, on en comprendrait parfaitement l'effet, mais qu'il est souvent loin d'en être ainsi ; et il préconise à juste titre, ce nous semble, le traitement alcalin, avec lequel on peut saturer les différentes humeurs et augmenter considérablement l'alcalinité de la bile.

La pathologie des maladies du foie est complétée par deux chapitres, l'un sur l'ictère, l'autre sur la dyscholie, ou rétention de la bile. Le diagnostic de la dyscholie est particulièrement bien fait.

Dans la seconde partie de son livre, consacrée au pancréas et à ses maladies, M. Fauconneau commence, ainsi qu'il l'a fait pour les maladies du foie, par l'étude de l'anatomie et de la physiologie du pancréas, et passant ensuite à l'étude de ses fonctions, il suit l'ordre établi par M. Bernard, qui les a découvertes. Ce chapitre est, sans aucun doute, un des plus intéressants du livre de M. Fauconneau ; car vous savez, messieurs, que ce n'est que depuis les découvertes de M. Bernard qu'on a pu se rendre compte des fonctions du pancréas.

L'étude, obscure encore, des maladies du pancréas et de ses annexes, vient ensuite. M. Fauconneau étudie successivement les perturbations qu'éprouve la digestion de la graisse, par la destruction ou les maladies du pancréas, soit par augmentation, soit par diminution du suc pancréatique ; la pancréatite et ses suites, les dégénérescences du pancréas, les affections du suc et du conduit pancréatiques, sont également l'objet d'intéressants chapitres, sur des sujets encore obscurs, et l'on ne peut que remercier M. Fauconneau du soin qu'il a mis à les élucider.

Avant de terminer ce rapport, nous croirions méconnaître le caractère élevé de M. Fauconneau, si nous passions sous silence quelques désidérata que nous a laissés la lecture de son livre. Nous avons tout d'abord été frappé de l'absence de citation des sources où il a puisé ; mais nous n'insisterons pas sur ce point, car ce n'est ni par mégarde, ni par mauvais vouloir que ces omissions ont été commises. Ces citations sont seulement ajournées à la publication plus *in extenso* de l'ouvrage, et nous avons tout lieu d'espérer que cette publication sera prochaine ; mais nous regrettons de ne pas voir figurer dans ce précis la diathèse syphilitique du foie : c'est une lacune qui sera certainement comblée dans la grande édition que l'auteur nous promet, et pour laquelle nous lui signalerons encore le *Traité des maladies de l'Algérie*, de M. Haspel, chirurgien militaire, ouvrage très bien fait, à part quelques points de vue contestables.

Pour résumer, messieurs, l'impression qui me reste après la lecture attentive que j'ai dû faire de l'ouvrage de M. Fauconneau, je dirai que c'est le traité le plus complet que nous ayons aujourd'hui sur les maladies du foie et du pancréas. Ce livre est écrit de ce style correct et élégant que vous connaissez à l'auteur ; il n'est chargé ni de citations, ni de discussions, ni de digressions ; il ne contient, ainsi que la préface en avertit le lecteur, que des résultats ; mais ces résultats, bien déduits des faits observés, par un homme d'une instruction solide, d'un esprit judicieux et d'une loyauté bien connue, ont toute la valeur et l'authenticité désirables. D'ailleurs, le livre de M. Fauconneau n'est pas un ouvrage didactique, mais bien un traité pratique, et il est assez substantiel pour qu'en le lisant on ne se mette pas en souci de savoir s'il y manque des accessoires qui trop souvent ne font que surcharger le sujet et en rendre la lecture fatigante.

Le livre de M. Fauconneau est écrit de plein jet. On voit que les matériaux ont été recueillis par l'auteur lui-même, et qu'avant de les publier, il les avait coordonnés, classés dans son esprit, et que dès lors il n'a eu qu'à écrire ses pensées au courant de la plume, justifiant ainsi le précepte : « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement. »

Puisqu'il m'est interdit de poser des conclusions, l'auteur étant notre collègue, et qu'à ce titre je ne puis demander pour lui que des remercîments, qu'il me soit permis, messieurs, en finissant, d'émettre un vœu et de faire un appel à tant de collègues capables d'y répondre, pour que, à l'exemple de M. Fauconneau et de quelques autres que je n'ai pas à nommer ici, ils nous fassent jouir des résultats de leur expérience et de leurs recherches sur des points déterminés de la science médicale ; et surtout qu'ils n'ajournent pas trop l'échéance, car les vides nombreux qui se font dans nos rangs nous avertissent sans cesse qu'il ne faut pas compter sur le lendemain. Mais si l'homme n'a pas de lendemain, les bons ouvrages en ont un, et j'ose le prédire au livre de M. Fauconneau-Dufresne.

L'impression du précédent rapport est votée.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 16 MAI 1856.

1° Statistique des affections cancéreuses, par M. Leroy d'Étiolles.

2° Rapport sur les Eaux d'Ems, par M. Fauconneau-Dufresne.

Société médicale allemande de Paris.

Seconde partie du rapport de M. Meding sur les travaux de la première commission de la première section du Congrès international de statistique (1).

Statistique des décès.

M. Meding commence par élever quelques objections contre les divisions et les termes adoptés dans le rapport, notamment contre la dénomination de *diathèse*, et contre la distinction établie entre les phlegmasies *aiguës franches* et les maladies *aiguës spéciales*. Il fait ressortir l'incertitude qui existe ordinairement sur les causes directes de la mort, et s'applique à montrer, à l'aide d'un relevé de 779 décès à lui communiqué par M. Virchow, que, chez le même sujet, un grand nombre d'organes essentiels peuvent être malades à la fois ; que dès lors il y a lieu d'établir des catégories plus larges, plus à la portée de tout le monde. Il reproduit enfin le *Schema* élaboré dans la Société physico-médicale de Würzburg, dont l'auteur est M. Escherich, professeur de médecine légale, et qui a reçu une approbation très générale.

Ce projet de liste qu'on va lire fut adopté au commencement de l'année passée, et publié dans le *Aerztliches Intelligenzblatt*, *Organ für Bayerns staatliche und oeffentliche Heilkunde*, *herausgegeben vom ständigen Auschusse bayerischer Aerzte*, München, 10 février (Journal de communications médicales, organe de la médecine légale et publique pour la Bavière ; rédigé par le comité permanent des médecins bavarois).

La commission qui adopta ce projet était composée de MM. D. Bamberger, professeur de clinique médicale ; D. Rinecker, professeur de la policlinique, et D. Rosenthal, secrétaire de la Société.

Les classes sont au nombre de dix, et précédées de cette remarque importante, que toute mort pouvant appartenir à deux classes à la fois doit être rangée dans la première de ces deux classes. Le commencement des maladies date de la cessation du travail ou des habitudes ordinaires de la vie.

PREMIÈRE CLASSE.

MORT-NÉS. Fœtus, à partir du sixième mois jusqu'à la première inspiration.

DEUXIÈME CLASSE.

Mort-nés à la suite d'accouchements et de couches, à partir de l'acte même de la naissance (premières douleurs jusqu'à six semaines après la délivrance) :

1. Morts dans la période de la naissance jusqu'au dégagement du placenta.
   - *a*. Avant la naissance.
   - *b*. Par hémorrhagie.
   - *c*. Par d'autres accidents.
2. Après la période de la naissance.
   - *a*. Par métrite.
   - *b*. Par péritonite.
   - *c*. Par d'autres accidents.

TROISIÈME CLASSE.

Morts par violence et accidents :

1 par un fait spontané et sciemment accompli (suicide dans ses différents genres).

(1) Voir la première partie (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 755).

3 par accident fortuit et sans intention (fulmination, hydrophobie, combustion, chute, etc.).
2 par action d'autrui sciemment accomplie.
4 par action judiciaire (exécution).

QUATRIÈME CLASSE.

Morts par maladies épidémiques, endémiques et contagieuses :
Typhus, choléra asiatique, dysentérie, coqueluche, variole, scarlatine, rougeole, syphilis, maladies intermittentes, etc.

CINQUIÈME CLASSE.

Mort par maladies tuant subitement, où le bien-être et la mort se remplacent en douze heures :
Apoplexies, œdèmes des organes respiratoires ; hémorrhagies ; autres accidents, thrombose, etc.

SIXIÈME CLASSE.

Mort par maladies internes aiguës (deux mois), où la santé relative et la mort sont renfermées dans un espace de deux mois.

SEPTIÈME CLASSE.

Mort par maladies internes chroniques dont le parcours dépasse deux mois, avec les subdivisions d'après les organes affectés, les maladies mentales, les dyscrasies alcooliques et métalliques, les atrophies, phthisies et cancers.

HUITIÈME CLASSE.

Morts par maladies chirurgicales :
Vices extérieurs et blessures, maladies des os, tumeurs, hernies, prolapsus, suppurations et gangrènes.

NEUVIÈME CLASSE.

Morts par débilité d'âge, à partir de l'âge de soixante ans.

DIXIÈME CLASSE.

Morts par cause inconnue, où aucun symptôme bien précis, ni circonstances, ni l'entourage ne viennent révéler aux inspecteurs des décès une cause mentionnée plus haut.

Appréciant ensuite la valeur de cette classification, M. Meding s'efforce d'établir qu'elle prévient toute discussion entre l'autorité et la conscience du médecin, parce que ces dix groupes ne sont en contradiction avec aucun système. En plaçant à côté une liste synonymique, celle par exemple qu'ont élaborée les membres de la première commission en prenant pour base les travaux de MM. Farr et Marc d'Espine, et qui permettrait au praticien de choisir parmi les noms mis en parallèle, on rendrait les relevés statistiques faciles et sûrs à la fois.

En somme, dit M. Meding, la seule chose qui puisse être utile, c'est un : *Schema de causes de mort, donnant à l'hygiène publique, en peu de groupes, circonscrits dans un cadre précis et reposant sur des signes immuables et intelligibles à tous, des arguments et des motifs pour l'éclaircissement et l'amélioration des questions et conditions sociales; cadre qui, tout en restant stable, ne préjudicie en rien aux vues et aux progrès de la science.*

Le prochain Congrès prononcera si ces conditions sont remplies dans le travail qui précède, ou bien si l'on jugerait impraticable toute classification systématisée.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Observations, en forme de tables, de soixante-neuf cas de travail dans lesquels l'ergot de seigle a été administré, par le docteur R.-U. WEST, d'Alford (Lincolnshire).

A l'occasion d'un relevé statistique de 2083 accouchements de sa pratique, pendant les dix-neuf années antérieures, publié dans l'*Association Medical Journal*, du 29 juillet 1853, M. West faisait remarquer que sur 74 enfants mort-nés, la mort d'un seul pouvait peut-être être attribuée à l'ergot de seigle donné à la mère pendant le travail.

Le nombre assez considérable de mort-nés, et le fréquent usage de l'ergot de seigle fait par l'auteur, furent pour plusieurs médecins une occasion de répéter que cet agent a des effets nuisibles, toxiques même, pour le fœtus, et qu'effrayés du nombre d'enfants venus morts à la suite de son emploi, ils n'étaient pas éloignés d'y renoncer complétement. On le voit, la réaction contre l'ergot de seigle pendant le travail tend à se généraliser, et on lui fait partout les mêmes reproches. M. West, se fondant sur plus de trois cents accouchements observés avec soin, dans lesquels il a employé ce médicament pendant le cours d'une longue pratique, ne peut partager les préventions qui s'élèvent de toutes parts en ce moment contre cet agent. Sans doute il a vu, comme tout le monde, des cas où des douleurs continues pendant quelque temps avant la naissance ont amené l'expulsion d'enfants chez lesquels la respiration a eu de la peine à s'établir. Mais la même chose ne s'observe-t-elle pas quelquefois en dehors de toute excitation artificielle de l'utérus ? Qui n'a vu des accouchements simples, faciles, rapides même, à douleurs séparées par des intervalles de repos complet, se terminer par la naissance d'enfants chez lesquels la respiration a de la peine à s'établir ou ne peut pas s'établir ? Le cordon, si merveilleusement organisé pour résister à la compression et glisser dans les interstices, peut pourtant être retenu dans certaines positions qui l'exposent inévitablement à une compression prolongée. N'y a-t-il pas certains rapports du cordon avec le fœtus, qui nous échappent, qu'on pourrait justement appeler une procidence latente ou interne ? Lorsque la tête séjourne longtemps dans le fond du bassin, qui peut se flatter de faire exactement la part de la compression du cordon ou du cerveau que le seigle ergoté est venu ajouter aux forces naturelles ? Le problème est encore plus difficile, si l'on est forcé d'employer consécutivement le forceps. Ici, comme du reste dans toutes les applications thérapeutiques, les observateurs les plus circonspects ne concluent que trop souvent selon le décevant *post hoc, propter hoc.*

M. West en fournit un exemple remarquable, publié par lui dans l'*Association Medical Journal* du 3 mars 1854, qui forme, comme il le dit, une préface appropriée au présent travail. A l'arrivée de l'accoucheur, col utérin épais, rigide et non dilatable : attente de plusieurs heures sans rien faire. Au bout de ce temps, le col était dans des conditions plus favorables, mais les douleurs toujours inefficaces, M. West administre une ample dose de seigle ergoté, et au bout d'une heure la femme accouche d'un enfant mort. Les douleurs n'avaient été rien moins que continues ; au contraire, les intervalles de repos avaient été complets et extraordinairement longs, si ce n'est entre les deux dernières douleurs, pendant lesquelles la tête avait été expulsée, qui durèrent au moins cinq minutes. L'enfant semblait avoir vécu jusqu'à une époque très rapprochée de sa naissance ; car, bien que le cordon ne donnât plus de pulsations, ses vaisseaux étaient pleins et tendus. Il était tout disposé à reconnaître là l'influence funeste de l'ergot de seigle, lorsqu'il s'aperçut que l'utérus contenait un second enfant, qui s'avançait par l'extrémité pelvienne, et qui était expulsé, un quart d'heure après, plein de vie et de santé. Il en conclut que si une influence fâcheuse, toxique ou autre, avait été produite par le médicament, elle se serait exercée sur les deux fœtus, plus encore sur le second que sur le premier, qui y avait été exposé plus longtemps.

Croyant peu aux dangers de l'ergot de seigle pour le fœtus, et, voulant élucider la question, M. West a continué à l'administrer avec plus de libéralité que jamais, et il vient, dans le présent travail, offrir au jugement du public médical les résultats de sa pratique ou mieux de ses expériences.

Les 69 cas du tableau de M. West sont accompagnés de détails suffisants pour faire de chacun d'eux une observation précise, bien que très sommaire. Il note, en effet, dans autant de colonnes :

1° La présentation et la position du fœtus ; 2° les caractères des douleurs avant l'administration de l'ergot, et les circonstances particulières du travail lorsqu'il en existe ; 3° l'étendue de la dilatation de l'orifice utérin, son degré de souplesse ou de rigidité avant de le donner ; 4° le caractère des douleurs après son administration ; 5° le temps écoulé entre cette administration et l'expulsion du fœtus ; 6° l'état de l'enfant immédiatement après la naissance ; 7° si le cordon faisait ou non des circulaires autour du cou ; 8° la délivrance ; 9° les suites de couches.

Après cette mention, il nous suffira de signaler les résultats, sans transcrire le tableau, qui occupe naturellement beaucoup d'espace.

Une première remarque qui se présente à l'esprit en voyant que l'ergot a été employé 69 fois sur 278 accouchements, c'est-à-dire une fois sur quatre, c'est qu'il a été souvent administré d'une manière purement expérimentale, ce que l'auteur confesse du reste.

Dans de semblables conditions, la mortalité pendant le travail ne devrait pas être sensiblement différente de ce qu'elle est dans l'accouchement naturel, et nous regrettons que M. West n'ait pas mis ses lecteurs à même d'établir un terme de comparaison entre ses accouchements sans et ses accouchements avec ergot.

Au premier aperçu le résultat ne semble pas favorable au médicament. En effet, 9 enfants mort-nés sur 69 accouchements, semble d'abord, dans les conditions précitées, une proportion bien considérable; d'autant plus que quelques personnes seraient peut-être disposées à y ajouter un dixième cas, dans lequel l'enfant n'a survécu qu'une demi-heure, que l'auteur en sépare, parce que, dans deux ou trois grossesses antérieures, où le seigle ergoté n'avait pas été donné, la mère avait également accouché d'enfants mort-nés ou d'une faiblesse semblable à celle de ce dernier. Mais l'examen des cas fait un peu revenir de la première impression: il faut d'abord en éliminer deux où le degré de macération du fœtus montrait que la mort avait précédé de plusieurs jours le travail. Dans deux autres, une hémorrhagie utérine, grave au début et durant le travail, explique suffisamment la mort des fœtus. Cette mort est encore mieux expliquée par la compression prolongée du cordon chez un des enfants, venu par les pieds, et dont la tête hydrocéphale avait eu de la peine à être dégagée du bassin. Dans les quatre derniers, où la cause de la mort est restée obscure ou inexpliquée, faut-il en rendre le seigle ergoté responsable? Le doute est au moins permis. Dans un cas où l'accouchement s'est opéré cinquante minutes après l'administration du remède, bien que les douleurs aient été réveillées, elles n'ont pas été *ergotiques*: les intervalles du repos étaient longs et complets. Dans un autre, où la rigidité extrême du col avait rendu le travail très pénible, la femme, avec un état général de santé mauvais, avait une infiltration extrême des extrémités inférieures et de la vulve. Dans un troisième, les douleurs ne devinrent pas ergotiques et restèrent séparées par de longs intervalles de repos; le cordon descendait sur les épaules, et la tête, restée plus d'une heure sur le périnée, avait exigé en outre le secours du levier pour être dégagée. Enfin, dans le quatrième, le fœtus était mort d'une congestion cérébrale, qui peut être attribuée aux difficultés de l'accouchement avec les instruments chez une primipare.

Toutes les femmes auxquelles l'ergot de seigle avait été donné se sont rétablies, et la grande majorité sans présenter aucun mauvais symptôme.

Il paraît également avoir été sans influence sur la rétention du placenta. Des six cas de placentas adhérents, ou retenus, ayant exigé l'introduction de la main dans la matrice, pendant toute la durée des expériences, un seul appartient à la série des femmes qui ont pris l'ergot de seigle.

L'auteur conclut naturellement de ses observations, que l'ergot de seigle, donné avec les précautions ordinaires, n'a aucune influence nuisible sur la mère, et qu'il est au moins très douteux qu'il soit nuisible au fœtus.

Pour juger de la valeur des observations de M. West, il importe de savoir que, dans la très grande majorité des cas, le médicament a été administré pendant la période de dilatation de l'orifice utérin, souvent même lorsqu'il était encore complétement fermé, rigide et non dilatable. Les contractions ergotiques s'exerçant sur le fœtus encore protégé par la totalité de l'eau de l'amnios, pourraient être sans danger pendant la période de dilatation, et devenir réellement, pendant la période d'expulsion, aussi dangereuses qu'on le suppose. (*Medical Times and Gazette*, 22 déc. 1855.)

Etudes sur l'oxygène ozôné. — Corps du monde organique pouvant transmettre et exciter l'oxygène ordinaire, par M. Schönbein, professeur à Bâle.

L'oxygène, tel qu'on le trouve dans l'air atmosphérique ou qu'on l'obtient dans les laboratoires, ne peut pas, à la température ordinaire, oxyder le potassium, et se comporte en général avec les corps simples comme un corps chimiquement indifférent. Les travaux de M. Schönbein ont démontré que sous l'influence d'agents pondérables ou impondérables, cet oxygène se modifie de telle sorte qu'il peut, à de très basses températures, oxyder diverses substances, l'argent par exemple. L'électricité, le phosphore, etc., peuvent, dans certaines circonstances, lui donner cette propriété, et pour ne pas trop nous étendre sur ces détails, nous renverrons le lecteur qu'ils intéresseraient spécialement au mémoire que le professeur de Bâle a publié dans les *Archives* de Liebig, et qui a pour titre: *Des divers états de l'oxygène.*

L'oxygène partage donc cette propriété de plusieurs corps simples, qu'on nomme l'allotropisme. Il y aurait l'oxygène ordinaire O, gaz chimiquement indifférent, inodore, et l'oxygène ozôné $\mathring{O}$, actif, et ayant une odeur particulière. Un des réactifs les plus délicats pour reconnaître $\mathring{O}$, est la teinture de gayac, que l'oxygène ordinaire ne modifie pas, et que l'oxygène ozôné colore en bleu.

Certaines combinaisons de l'oxygène (les peroxydes de plomb, de manganèse, etc.) ont aussi la propriété de bleuir la teinture de gayac, et M. Schönbein attribue le pouvoir oxydant de ces corps à la transformation en ozône d'une portion de leur oxygène, et au lieu de désigner le peroxyde de plomb, par exemple, par PbO^2, il l'exprime par $PbO+\mathring{O}$. Certaines substances oxygénées bleuissent donc la teinture de gayac, parce qu'elles contiennent de l'ozône, sans néanmoins que la non-action d'un corps oxydé sur cette teinture soit suffisante pour démontrer l'inactivité de l'oxygène qu'elle contient.

L'addition de certains corps à de la teinture de gayac peut exciter l'oxygène de l'air et changer O en $\mathring{O}$. Ainsi, en remuant à l'air libre la teinture de gayac, on n'observera aucune modification. Mais si l'on ajoute à la teinture une certaine quantité de mercure chimiquement pur, et si l'on agite le mélange dans les mêmes conditions, on verra sa coloration jaune se changer en bleu, et cette coloration est aussi énergique que si elle avait été produite par le peroxyde de plomb ou de manganèse.

L'expérience a démontré qu'une série de corps oxydants pouvait enlever à la résine de gayac l'oxygène ozôné qui la colorait, et la ramener ainsi à sa teinte primitive. On voit donc que cet $\mathring{O}$ ne produit pas (dans le principe au moins) une oxydation spéciale du gayac; l'oxygène est renfermé dans la teinture à l'état actif; elle lui sert de véhicule, et peut le transmettre à certains autres corps. La teinture bleuie de gayac peut donc être considérée comme une résine, contenant de l'$\mathring{O}$; et comme le mercure pur, mêlé avec la teinture jaune de gayac, la colore en bleu, il est naturel de dire que le mercure est un excitateur de l'oxygène ordinaire; qu'il le transforme de façon à le faire réagir sur la teinture de gayac, de la même manière que l'oxygène modifié par le phosphore, l'électricité, comme celui qui est contenu en partie dans les peroxydes de plomb, de manganèse, etc., etc. La teinture de gayac, ainsi bleuie, se décolore peu à peu d'elle-même (plus rapidement à la lumière qu'à l'obscurité), et M. Schönbein conclut de ce fait, qu'avec le temps et la lumière, l'oxygène ozôné contenu dans la teinture oxyde réellement les éléments constitutifs de la résine de gayac.

Ces quelques détails suffiront, nous l'espérons, pour faire comprendre les nouvelles recherches de M. Schönbein. Les botanistes savent que certains champignons (le *boletus luridus* surtout) se colorent rapidement en bleu lorsqu'on les rompt et qu'on les expose à l'air libre. L'analogie conduisit le professeur de Bâle à supposer dans ces cryptogames l'existence d'une substance organique, qui excitait l'oxygène ordinaire de l'air, s'oxydait et pouvait, comme le gayac, transmettre à d'autres substances cet oxygène ozônisé. L'analyse du *boletus luridus* démontra que ce

cryptogame contenait en effet une résine en tous points semblable à celle de gayac, et pouvait servir comme elle de véhicule à l'oxygène excité. (Voir les *Comptes rendus* de l'Académie de Munich).

Mais il restait une question à résoudre. Pourquoi la résine du bolet se bleuit-elle d'elle-même au contact de l'air? D'où provient ce phénomène que l'on observe aussi dans les écorces de pommes de terre crues? N'y a-t-il pas dans ces végétaux une substance qui joue, par rapport à la résine du bolet, le rôle que joue le mercure par rapport à la résine de gayac? qui ait le pouvoir d'exciter l'oxygène de l'air, de l'ozôniser et de l'absorber, pour le transmettre enfin à diverses autres substances? On comprend l'importance de ces questions pour la chimie et la physiologie. Aussi, M. Schönbein fit-il de nouvelles recherches, dont les résultats sont contenus dans l'article qui nous occupe aujourd'hui. Le cryptogame qu'il put employer fut l'*agaricus sanguineus*. La teinture de gayac, l'extrait résineux de bolet, prenaient, lorsqu'on les aspergeait sur l'agaric, une teinte bleu foncé. Bien plus, en prenant un champignon ayant la propriété de bleuir le gayac, en l'écrasant et en filtrant le suc obtenu à travers du papier, on obtient un liquide jaune, neutre, pouvant bleuir le gayac et l'extrait de bolet avec autant d'énergie que l'eau chlorée ou bromée, le peroxyde de manganèse, de plomb, les dissolutions d'hyperchlorites, etc., etc.; en un mot, de la même manière que les agents d'oxydation les plus puissants.

Le degré de développement des cryptogames influe beaucoup sur l'énergie d'action de leur suc. Souvent son mélange avec la teinture de gayac ne produit point immédiatement la couleur bleue caractéristique; on ne la voit paraître qu'après avoir agité à l'air plus ou moins longtemps le mélange, ou l'avoir fait traverser par un courant d'oxygène.

L'intensité de la couleur nouvelle n'arrive que par degrés; le mélange est d'abord violet, puis bleu de ciel, enfin bleu foncé. Le froid ralentit ces transformations, la chaleur les accélère. Il n'y a que deux manières d'expliquer ces faits : ou bien le suc produit par l'*agaricus sanguineus* (ou par les cryptogames qui réagissent de la même manière que lui sur la teinture de gayac) contient une quantité plus ou moins grande d'oxygène ozôné, ou bien il possède la propriété d'exciter l'oxygène atmosphérique, de se combiner avec lui et de pouvoir le transmettre au gayac ou à la résine du bolet. De nombreux faits prouvent que le suc cryptogamique susceptible de bleuir le gayac sans le contact de l'air, contient de l'oxygène capable de se combiner avec d'autres substances oxydables. En effet, si l'on ajoute au suc cryptogamique (pouvant bleuir le gayac sans le contact de l'air), de la limaille de zinc, si l'on agite de temps en temps le mélange et si l'on y ajoute de l'acide sulfhydrique liquide, on voit le suc perdre la propriété de bleuir le gayac; mais on la lui restitue en le laissant plus ou moins longtemps exposé à l'air ou à un courant d'oxygène ordinaire. Si l'on chauffe le suc cryptogamique jusqu'à l'ébullition, on lui enlève la propriété de bleuir le gayac, et le courant d'oxygène ordinaire ou le contact de l'air ne peuvent plus la lui rendre. De même, si l'on chauffe le mélange de zinc, d'acide sulfhydrique et de suc cryptogamique, le courant d'air ou d'oxygène ne pourra plus lui restituer ses propriétés, comme c'était le cas sans l'emploi de la chaleur. L'oxygène ozônisé agit sur les éléments de la substance contenue dans le suc de cryptogame, de telle sorte qu'il l'oxyde peu à peu, l'empêche de produire ses phénomènes oxydants et d'exciter l'oxygène ordinaire. Peu à peu (et même à la température ordinaire) le suc cryptogamique chargé d'ozône perd la propriété de bleuir le gayac, et le contact de l'air ou d'un courant d'oxygène est impuissant à la lui rendre. La chaleur aurait pour effet d'activer la combinaison de l'ozône avec la substance qui lui sert de véhicule. La justesse de cette idée est démontrée par des expériences faites sur les huiles ou sur la résine du bolet. Le suc du cryptogame a donc peu d'affinité pour l'ozône, puisqu'il cède aisément à la résine du bolet, à laquelle la teinture de gayac l'enlève. Mais l'ozône n'a pas changé d'état en changeant de véhicule. Si l'on mélange au suc cryptogamique chargé d'ozône, une faible solution d'albumine, on n'aperçoit aucune modification dans le liquide, tant que la température est basse; après une station prolongée, le mélange pourra toujours bleuir la teinture de gayac. Si l'on chauffe le mélange jusqu'à ce que l'albumine se coagule, on voit disparaître cette dernière propriété, que conserve le suc chauffé *seul* à la même température. Si on laisse refroidir le mélange, et si un courant d'air ou d'oxygène le traverse pendant longtemps, il recouvre la propriété de bleuir le gayac. On voit ainsi que mis en contact avec l'albumine, et sous l'influence d'une chaleur peu supérieure à celle du sang, le suc cryptogamique perd son ozône, mais peut reprendre la propriété d'exciter et d'absorber l'oxygène atmosphérique ainsi modifié. C'est l'albumine qui, à une certaine température, absorbe l'Ȯ du suc cryptogamique. Mélangée avec l'albumine, la teinture bleuie de gayac a besoin de plusieurs heures pour se décolorer (à la température ordinaire). Elle le fait en 20 minutes, à 30 degrés Réaumur; en 7 minutes, à 40 degrés Réaumur. Ici encore, l'albumine absorbe l'ozône de la teinture de gayac. Il reste à trouver quelles modifications cette absorption fait subir au corps protéique. Peut-être contient-il une substance pouvant servir de véhicule à l'ozone? Tels sont les principaux résultats obtenus par M. Schönbein, et si arides que puissent sembler à un médecin ces termes de chimie et ces expériences de laboratoire, il n'en est pas moins vrai qu'on peut en tirer des corollaires importants pour la médecine et la physiologie. Depuis quelques années, la chimie s'est efforcée bien plus d'augmenter le nombre des combinaisons organiques, que de rechercher les causes des plus simples phénomènes. Ce dédoublement des produits de la vie a fait négliger l'étude des conditions nécessaires à leur production. Les découvertes de M. Schönbein ont, à ce point de vue, une grande valeur. Une profonde obscurité règne encore, en physiologie, sur les procédés qu'emploie la nature pour assimiler au corps vivant les éléments de sa nutrition. La richesse en oxygène des produits rejetés par les excrétions, et la faible quantité de ce gaz qui se trouve dans nos aliments, avaient fait admettre une combustion, une oxydation, se passant dans l'intérieur de l'organisme. Mais dans les laboratoires, l'oxygène a besoin, pour oxyder, d'un certain degré de chaleur, et c'est M. Schönbein qui a le premier expliqué pourquoi les corps les moins combustibles se changent en acide carbonique, eau, ammoniaque, etc., à une très basse température, sous l'influence des énergiques affinités de l'oxygène ozôné.

Les recherches que nous venons de signaler porteraient à croire qu'un des éléments du sang, l'albumine peut-être, a la propriété d'exciter l'oxygène de l'atmosphère, et de le transmettre dans cet état à divers corps oxydables. L'ozône se formant sous l'influence des rayons solaires, ou à la proximité de violents actes chimiques d'oxydation (combustion du phosphore, etc.), étant répandu dans une grande quantité de corps organiques (huile de térébenthine, acide oléique, etc.), doit jouer un rôle important dans la fermentation et dans ce grand travail de combustion dont les poumons sont comme le soufflet de forge. L'oxygène ozôné perfectionne et rend propres à l'absorption les corps impropres à l'assimilation, et décompose en produits excrétionnels les substances inutiles à la vie. Qui sait si la pathologie ne découvrira pas, au moyen de cet allotropisme du gaz le plus répandu dans la nature, une des x du grand problème des altérations du sang, si la thérapeutique n'y trouvera pas le moyen de rendre plus actives certaines substances, et si l'étiologie des épidémies n'a point de rapport avec les modifications de l'oxygène? C'est au temps à résoudre ces questions; mais, en terminant, nous ne pouvons nous empêcher de rendre justice au savant éminent dont les belles recherches ont pu ouvrir ces voies nouvelles aux expérimentateurs modernes. (*Vierordt's Archiv. für physiologische Heilkunde*, 1er cahier, 15 février 1856.)

Note sur la glycérine, par M. CAP.

Nous avons déjà parlé de la glycérine sous le rapport de l'emploi chirurgical (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 789, 872. 878, 891); voici maintenant un travail où cette substance est considérée spécialement au point de vue pharmaceutique.

C'est en 1779 que Scheele découvrit dans le résidu de la préparation de l'emplâtre simple (saponification de l'huile d'olive et de

l'axonge par la litharge) cette substance sucrée particulière que M. Chevreul a appelée *glycérine*, et que l'illustre apothicaire suédois avait d'abord désignée sous le nom de *principe doux des huiles*. Quoique la publication du beau travail de M. Chevreul sur les corps gras ait donné à la glycérine un haut intérêt scientifique, ce produit, en raison surtout des difficultés de son obtention à l'état de pureté, était, jusqu'à ces derniers temps, resté sans usage.

M. Cap est le premier qui ait entrevu les avantages que la glycérine pourrait offrir à la thérapeutique et à l'industrie. Dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, il y a près de cinq ans (le 28 juillet 1851), il annonçait en effet : 1° que la glycérine assouplissait notablement la peau et en cicatrisait les fissures ; qu'elle était d'une efficacité remarquable dans le traitement des affections de cet organe ; 2° qu'elle pouvait s'employer dans les bains, les lotions, les injections, etc. ; qu'elle mettait les brûlures et les plaies à l'abri du contact de l'air, et maintenait à l'état de souplesse les bords de l'eschare ; 3° qu'elle empêchait les cataplasmes de se dessécher ; qu'on pouvait la faire entrer dans les pommades, les cérats, les savons et les savonules ; 4° que les préparations de parfumerie auxquelles on l'ajoutait acquéraient de puissantes propriétés cosmétiques ; 5° que la glycérine conservait à l'état frais les substances organiques alimentaires ou autres ; 6° enfin, que, dans le tissage et pour le parement des tissus, elle remplaçait avantageusement les mucilages et les colles hygrométriques. Les articles précités montrent dans quelle mesure la glycérine jouit des propriétés médicales qui lui sont attribuées ; mais il fallait, et c'était là la partie de la tâche la moins facile à remplir, découvrir un procédé de préparation qui permît d'en rendre l'emploi usuel en l'obtenant pure et à un prix modéré. Un plein succès suivit, comme on sait, les persévérantes recherches de l'habile pharmacologiste ; et lorsque, le 17 janvier 1854, il vint annoncer à l'Académie de médecine les résultats les plus saillants de ses tentatives, il était déjà en mesure de fournir à la droguerie de la glycérine parfaitement propre à l'emploi médical, et à un prix réduit au dixième de ce qu'elle valait précédemment.

Un peu plus tard, M. Cap, utilisant l'action dissolvante de la glycérine sur un grand nombre de substances médicamenteuses, obtint, sous le nom de *glycérolés*, un genre nouveau de médicaments destinés à remplacer avec avantage les huiles médicinales, les cérats, les pommades, et à devenir d'un emploi général. « Depuis lors, ajoute M. Cap, et grâce aux habiles recherches de MM. Demarquay, Trousseau, Denonvilliers, Debout, Luthon, Berthet et d'une foule d'autres, la glycérine est en quelque sorte entrée dans les usages habituels de la médecine, de la chirurgie ainsi que de l'art vétérinaire, et les prévisions que j'avais conçues relativement à l'avenir de cette substance au point de vue médical se sont largement réalisées. Toutefois ces épreuves n'ont pas été constamment satisfaisantes, et il était naturel d'en rapporter la cause à l'impureté, à la mauvaise préparation de la glycérine employée. Il était donc important de déterminer les caractères qui doivent faire admettre ou rejeter celle qui est destinée à l'usage médical ; et comme cette substance, ainsi que tant d'autres, est sujette aux falsifications, nous devions aussi rechercher les moyens de reconnaître les altérations que la fraude pourrait lui faire subir. Voici les caractères auxquels, M. Garot et moi, nous nous sommes provisoirement arrêtés sous ce rapport :

« La glycérine parfaitement propre aux usages de la médecine doit être de la consistance d'un sirop épais (elle doit donner, au minimum, 28 degrés au pèse-sirop à 10 degrés c.); d'une couleur légèrement ambrée, d'une saveur franchement sucrée et analogue à celle du sirop de miel ; à peu près sans action sur la teinture de tournesol et le sirop de violette. Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans un volume d'alcool acidulé d'un centième d'acide sulfurique, sans donner lieu à aucun dépôt, même après douze heures. Le dépôt qui se formerait serait proportionnel à la quantité de chaux que contiendrait la glycérine. Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans deux volumes d'alcool éthéré à 43 degrés (alcool, 100 parties ; éther, 50 parties), sans rien laisser déposer après deux heures de contact. S'il s'y formait un dépôt grenu ou floconneux, il indiquerait la présence des sels de chaux. Un résidu sirupeux montrerait l'addition à la glycérine d'un sirop de sucre ou de fécule, jusqu'à concurrence de 10 pour 100. Au-dessous de cette proportion, la glycérine retient les sirops qui y sont ajoutés ; mais si l'on verse dans le mélange une goutte ou deux d'acide sulfurique, il se forme un dépôt grenu blanc, ce qui n'a pas lieu quand on agit de la même manière sur de la glycérine pure. L'oxalate d'ammoniaque ne doit pas déceler plus de chaux dans la glycérine qu'il n'en signale dans l'eau de Seine qui sert à tous les usages domestiques. L'essai par l'alcool sulfurique suffit parfaitement pour cette constatation. La glycérine étendue d'eau et portée à l'ébullition avec un morceau de potasse caustique ne doit pas éprouver d'altération dans sa couleur ; mais elle ne tarde pas à se colorer, si elle contient même un centième de glycose. »

Sans vouloir attacher à ce travail plus d'importance que l'auteur ne lui en attribue, il nous semble qu'il présente un certain intérêt, en raison de l'extension qu'a récemment prise dans les hôpitaux et en ville l'usage de la glycérine, particulièrement dans le pansement des plaies. Les caractères chimiques indiqués par M. Cap seraient incomplets, s'il s'agissait de constater la pureté absolue du médicament ; mais ils sont très suffisants pour reconnaître si celui-ci est propre ou non à l'usage médical. Sans même recourir à l'emploi de réactifs qu'on n'a pas toujours sous la main (et qui d'ailleurs ne signaleraient que la présence des sels de chaux et de la glycose), nous recommanderons de rejeter toutes ces glycérines qu'on rencontre aujourd'hui dans le commerce, qui sont foncées en couleur ou d'une saveur âcre, d'une odeur repoussante, et qui renferment conséquemment des principes irritants auxquels probablement sont dus, bien plutôt qu'à la chaux et à la glycose, les mécomptes essuyés en certains cas par quelques praticiens. (*Journal de pharmacie*, mars 1856.)

La mère peut-elle transmettre au fœtus la diathèse syphilitique acquise pendant la grossesse? par M. Mandron.

A cette question, M. Diday (dans son *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854) répondait ainsi : « Nous avions rassemblé un certain nombre d'exemples de syphilis fœtale résultant de l'infection communiquée à la mère ultérieurement à la conception. Mais personne ne doutant du fait, il nous a semblé complétement superflu de grossir notre travail de ces preuves. »

M. Mandron, auteur, lui aussi, d'un mémoire sur le même sujet, couronné au concours de Bruxelles, déclare au contraire que « la syphilis gagnée par la mère *pendant sa grossesse* ne saurait être transmise au fœtus. »

Pour ruiner un dogme aussi anciennement, aussi universellement adopté, il faut des preuves, et il nous semble que la première, la plus indispensable de toutes, consisterait à apporter un certain nombre d'exemples où la mère, ayant pris la syphilis durant sa grossesse, aurait procréé un enfant sain. Il aurait même fallu, pour rendre la démonstration complète, un nombre considérable de faits négatifs de cet ordre, et des faits de syphilis contractée à toutes les phases de la gestation; car, sans ces conditions se dressent contre eux une première objection, celle de la non-nécessité de la transmission dans tous les cas; et une seconde, fondée sur l'immunité possible du fœtus, lorsque le sang infecté ne lui arrive qu'aux dernières semaines de la vie intra-utérine.

Mais ce programme, nous le traçons en ce moment pour les théoriciens à venir ; car M. Mandron ne s'est nullement mis en mesure de le suivre. Les seules observations de ce genre qu'il cite sont comprises toutes et tout entières dans la phrase suivante : « MM. Natalis Guillot et Bois de Loury ont vu des femmes portant à l'époque de l'accouchement des accidents primitifs *gagnés dans les derniers temps de la grossesse* (1), et qui ont mis au monde des enfants chez lesquels aucune trace de syphilis ne s'est manifestée. »

M. Mandron préfère un autre mode de démonstration. Son argu-

(1) La circonstance spécifiée dans les mots que nous avons soulignés explique comment le fœtus a pu échapper aux suites de cette infection développée trop tard pour l'atteindre. (*Note du Rédacteur.*)

ment est le suivant : « Les accidents primitifs de la mère sont toujours antérieurs à la conception. » Cette remarque équivaut à ceci : Les femmes que j'ai vues avoir un enfant syphilitique avaient pris la vérole avant la conception ; donc celles qui la prennent après ce moment ne peuvent rien transmettre à leur enfant.

Pour qu'on ne nous accuse pas de travestir le langage ou de défigurer le raisonnement de notre honorable collègue, nous allons citer les quatre observations qu'il invoque lui-même a l'appui de cette prétendue preuve. Ce sont quatre enfants syphilitiques dont les antécédents, du côté des parents, étaient les suivants : Obs. 1. Le père a eu la syphilis il y a 5 ans ; la mère a eu des accidents primitifs il y a 5 ans ; accidents secondaires chez elle, dans le premier mois de la grossesse. — Obs. 2. Le père a eu la syphilis constitutionnelle, il y a 18 mois ; la mère a eu une ulcération communiquée par son mari. — Obs. 3. Le père a eu la syphilis il y a 15 mois ; la mère a eu aussi la syphilis constitutionnelle, il y a 15 mois. — Obs. 4. Le père a eu la syphilis constitutionnelle ; la mère a eu la syphilis constitutionnelle, gagnée 3 mois avant la grossesse.

Donc, résumons-nous. Il s'agissait de prouver que les enfants naissent sains (et l'on ne nous cite que des enfants vérolés), quand la syphilis a été gagnée par la mère (et dans ces quatre cas le père l'avait toujours eue aussi) pendant la grossesse (et toujours, ici, la syphilis a été prise par la mère *avant* la grossesse).

Nous demandons de bonne foi et de bonne grâce une explication à notre honorable collègue sur ce sujet ; car nous aimons mieux croire l'avoir mal compris que d'admettre une pareille confusion des plus simples éléments du problème étiologique qu'il s'était donné mission de résoudre.

Rappelons, en terminant, que les cas d'enfants infectés par la syphilis n'existant que chez la mère, et, chez elle, qu'à partir de la grossesse, abondent dans la science, et que M. Diday a pu en recueillir sept cas authentiques (V. *loc. cit.*, p. 45). (*Journal de méd. chir. et pharmacol. de Bruxelles*, janvier et février 1856.)

Note à propos du traitement de la colique de plomb par l'iodure de potassium et les sulfureux, par M. Beaupoil.

Pour éliminer le plomb qui reste dans l'économie, après les intoxications saturnines chroniques, on a préconisé l'emploi de l'iodure de potassium et celui des sulfureux. Le premier moyen a pour but de rendre plus soluble le composé métallique absorbé, afin de faciliter son élimination par les sécrétions normales.

Quant aux sulfureux, en les donnant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, on se propose de produire du sulfure de plomb noir, insoluble, et par conséquent inoffensif. Mais malgré son insolubilité, ce sulfure, pas plus que la céruse, ne résiste aux réactifs organiques ; et les animaux auxquels on en fait prendre ne tardent pas à succomber.

En administrant simultanément et l'iodure et les sulfureux, on tombe dans une contradiction évidente, puisqu'on veut, ce semble, à la fois rendre le composé et soluble et insoluble. Bien plus : cette contradiction ne peut que prolonger la durée des accidents. Car le bain sulfureux rend, à la vérité, noire la peau du malade ; mais il n'augmente pas la quantité de métal qui y adhérait avant son emploi ; il ne fait que la rendre perceptible par le changement de couleur. Excellent moyen de diagnostic, il ne sert donc absolument à rien pour activer l'élimination par le tégument du composé toxique.

En résumé, un bain alcalin, sans le secours des bains sulfureux, débarrasse tout aussi bien l'organisme de la quantité de plomb qui adhère à la peau ; mieux même, car le plomb, sous forme de sulfure, adhérant plus fortement à la surface tégumentaire qu'avant sa transformation en ce composé insoluble, la difficulté de l'enlever à ce nouvel état est plus considérable. (*Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, février 1856.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale. — Thèse inaugurale (8 mars 1856), par M. Godet.

Au milieu de ces sortes de dissertations médicales, trop souvent sans portée, qui n'ont d'autre but que de satisfaire au programme imposé par la Faculté, la thèse de M. Godet avait eu un certain retentissement ; et c'est ce qui nous a engagé à en faire l'objet d'un examen particulier. En réalité, ce travail fixe utilement l'attention sur une branche de l'art de guérir en général négligée par les médecins, et livrée trop souvent à des hommes étrangers aux sciences médicales. Mais, disons-le d'abord, l'ouvrage de M. Godet ne renferme précisément rien de nouveau ; il reproduit même des opinions surannées, abandonnées avec justice depuis longtemps, et que l'expérience et le progrès ont rejetées, sans doute pour toujours. Telle est notamment la transplantation des dents d'un individu à un autre ; opération barbare, anti physiologique, née dans un temps d'ignorance où l'art du dentiste ne pouvait suppléer à toutes les exigences de la coquetterie.

M. Godet, après avoir décrit la forme des dents, écrit cette phrase : « Je crois avoir le premier réuni ici tous les caractères nécessaires pour établir le diagnostic (distinguer les dents entre elles). » Il ajoute, tout en reconnaissant que Fauchard et Bourdet, dentistes du siècle dernier, diagnostiquaient non-seulement les dents adultes du maxillaire supérieur d'avec celles du maxillaire inférieur, mais encore celles du côté gauche d'avec celles du côté droit : « aussi réussissaient-ils presque toutes les fois, lorsqu'ils replaçaient une dent dans la bouche d'une dame, après l'avoir arrachée de la bouche d'un Savoyard. »

M. Godet alors de s'écrier : « Je suis convaincu que si la plupart des dentistes de notre époque blâment la transplantation des dents d'une bouche dans une autre, et si, comme quelques-uns le disent, ils n'ont jamais pu réussir dans cette opération que leurs prédécesseurs pratiquaient avec tant de facilité, c'est que ces derniers connaissaient à peu près la position des dents par rapport aux maxillaires. »

Nous en demandons pardon à M. Godet, mais il semble qu'il n'ait jamais pris la peine de passer chez un dentiste ayant le droit d'exercer avec le titre de docteur ou même d'officier de santé ; car je suppose que M. Godet ne donne pas la qualité de dentiste à ceux dont il parle « et qui s'habillent ordinairement en turc (*sic*), » pas plus qu'il ne confond, je pense, un médecin avec une garde-malade ou avec ces charlatans qui débitent quelque arcane en place publique. M. Godet, disons-nous, aurait pu s'assurer que les simples ouvriers mécaniciens de nos jours, qui travaillent dans les ateliers des dentistes proprement dits, connaissent parfaitement la forme, l'ordre des dents, la place que chacune d'elle occupe sur les arcades dentaires. Il apprendrait lui-même, chose qu'il a oubliée, et une des plus essentielles à signaler dans la description minutieuse qu'il a faite des dents, que, pour reconnaître à première vue à quel côté appartiennent les grandes et petites incisives, les canines et les petites molaires, alors qu'on ne possède de ces dents que la couronne, c'est l'inclinaison que leurs surfaces labiales et externes présentent, même après avoir enlevé au moyen de la lime la trace des V latéraux qu'il indique comme signe important pour le diagnostic ; cette inclinaison, parfaitement raisonnable, qui tend à tourner dans le sens de l'arc maxillaire, soit à gauche, soit à droite en partant de la ligne médiane, pour dessiner la courbe que décrivent les dents en se touchant par leurs faces latérales.

Il n'était pas inutile, pour entrer dans l'esprit de l'auteur, de lui signaler cette disposition si visible qui lui avait échappé, lorsqu'il s'est posé *sérieusement* ce problème anatomique : « Une dent étant donnée, comment la reconnaître ? »

Lorsqu'arrive l'époque de la sortie des dents, que des phénomènes morbides se montrent, que la dent soulève fortement la gencive et la fait blanchir, c'est alors, dit M. Godet, qu'il ne faut pas hésiter à faire l'excision de la couche mince des parties molles

ainsi distendues; on doit se servir de préférence d'un petit ténotome recourbé, mousse à la pointe et tranchant seulement dans une étendue de 2 à 3 centimètres. L'incision elliptique lui paraît la meilleure, et préférable à l'incision cruciale.

Cette opération, utile dans certains cas, peut rendre de grands services; elle se pratique plus souvent en Angleterre qu'en France. D'après M. le docteur Bouchut, dont il a suivi les leçons pendant plusieurs années, M. Godet indique l'ordre dans lequel les dents de la seconde dentition font leur évolution : les incisives d'en bas commencent à paraître vers six ou dix mois; à trente ou trente-six mois, le plus ordinairement, la première dentition est terminée. D'après une remarque de M. le professeur Trousseau, lorsque celles d'en haut commencent, on doit appréhender une dentition orageuse.

Arrivant ensuite aux accidents qui peuvent survenir pendant ce travail de la nature, l'auteur les passe ainsi en revue : Les convulsions, la stomatite ulcéreuse; la diarrhée, qu'il faut chercher à arrêter lorsqu'elle est très abondante; l'engorgement des glandes sous-maxillaires, qu'il ne faut pas confondre avec la scrofule, et qui disparaît aussitôt après l'éruption de la dent.

Lorsque arrive le moment du sevrage il faut, rapporte l'auteur, choisir une époque de repos de la dentition et profiter de celle qui vient après la sortie des douze premières dents, ou après la sortie de la seizième. On doit profiter de l'intervalle qui sépare la sortie des différents groupes; car il importe beaucoup de ne jamais faire coïncider le sevrage avec l'éruption de quelque dent.

Sauf de rares exceptions, quelques enfants naissent avec une ou plusieurs dents. Louis XIV, comme on sait, fut de ce nombre. C'est toujours après quelques mois de la naissance que commence l'éruption des dents, selon l'ordre suivant (M. Cruveilhier) :

De 6 à 10	mois	les	4	incisives moyennes;
7 à 10	—	les	4	incisives latérales;
12 à 15	—	les	4	molaires antérieures;
15 à 20	—	les	4	canines;
20 à 30	—	les	4	molaires postérieures.

Total. . . 20 caduques.

Ces époques de l'éruption, on le pense bien, varient un peu suivant les individus, et peuvent être avancées ou retardées par des maladies, comme Alphonse Leroy, dans son *Traité de médecine maternelle*, le fait si judicieusement remarquer.

Ces dents, au nombre de vingt, seront plus tard remplacées, et voici, à peu de chose près, dit M. Godet, le tableau des phases ordinaires de la seconde dentition, tel que le donne M. le professeur Cruveilhier :

De 5 à 6	ans les	4	premières grosses molaires qui se placent à la suite des caduques;
6 à 8	ans les	2	incisives centrales inférieures;
7 à 8	ans les	2	incisives centrales supérieures;
8 à 10	ans les	4	incisives latérales;
9 à 11	ans les	4	premières petites molaires;
10 à 12	ans les	4	canines;
11 à 13	ans les	4	secondes petites molaires;
12 à 14	ans les	4	deuxièmes grosses molaires;
18 à 30	ans les	4	troisièmes grosses molaires ou dents de sagesse.

Total. . . 32 dents.

Il est à regretter que M. le docteur Godet, pour répondre à l'intitulé de sa thèse, l'*Art du dentiste au point de vue de la pratique médicale*, n'ait pu rien donner de nouveau, et surtout ait négligé de noter au moins certaines indications principales si utiles à ceux qui exercent l'art du dentiste, et, par contre-coup, aux médecins qui ne s'en sont point occupés du tout.

Ainsi, rien sur les maladies des dents; rien de ces névralgies dentaires qui font le désespoir du malade; des moyens convenables pour les combattre, qui diffèrent suivant que le mal siége dans la substance même de la dent, à la pulpe dentaire, ou occupant la membrane alvéolo-dentaire, et constituant cette périodontite aiguë que l'on confond si souvent, quand on ne la connaît pas bien, avec l'odontalgie simple; rien sur les éléments du diagnostic différentiel et sur les moyens d'enrayer la maladie avant que des abcès ne viennent la compliquer.

Rien non plus sur les avantages ou les dangers du plombage; sur les signes auxquels on peut en reconnaître l'utilité, ou sur les désordres que cette opération, toute vulgaire qu'elle est, peut provoquer quand elle est inopportune.

De même, pour diriger les dents de la deuxième dentition, le dentiste doit savoir longtemps à l'avance ce qui arrivera, et cela, d'après une simple inspection de toute la bouche. Par exemple : si les enfants qui lui sont soumis ont des arcades dentaires bien développées; si la voûte que présente le palais est large et arrondie; si vers quatre ou cinq ans les dents de lait se sont éloignées et laissent entre elles un certain espace, il est à présumer que celles qui doivent leur succéder se placeront régulièrement sur le bord alvéolaire. Mais si, au contraire, la courbe que décrivent les mâchoires est étroite, si les dents sont petites et serrées, si la voûte palatine est rétrécie et s'élève en pain de sucre, ces signes de mauvais augure présagent d'avance une denture irrégulière (*Gazette des hôpitaux*, 11e année, tome XII, mai 1838). On conçoit de quelle importance ces indications sont dans la pratique du dentiste; M. Godet a eu le tort de les passer sous silence.

Puisque M. Godet tenait tant à donner une description exacte des dents, il n'aurait pas dû négliger de dire, en parlant de la dent de sagesse de la mâchoire inférieure, que la racine de ces dents est assez souvent unique et recourbée, parfois en forme de crochet, sous la base de l'apophyse coronoïde; que pour les enlever, il faut tenir compte de cette disposition, sous peine de les briser, et que, ceci étant connu, il faut toujours, dans l'extraction, renverser la dent d'avant en arrière, pour faire parcourir à ses racines l'arc de cercle qu'elles décrivent naturellement.

Il n'était pas non plus indifférent de dire que ces dents qui apparaissent quelquefois à un âge avancé de la vie, 60, 70 ans, et même beaucoup plus tard, présentent dans leur sortie des anomalies utiles à signaler : 1° quand elles poussent sous un simple bourrelet de la gencive, qu'on peut inciser; 2° quand elles poussent d'arrière en avant et qu'elles vont arc-bouter sur la molaire voisine qui s'oppose à sa sortie, disposition des plus fâcheuses et suivie si souvent de douleurs vives, d'abcès répétés, de trismus, enfin de nécrose; 3° quand elles poussent du côté de la langue et excorient cet organe au point d'y déterminer des ulcérations qu'on a plus d'une fois confondues avec des affections de mauvaise nature; 4° enfin, quand elles poussent du côté de la joue et qu'elles vont se perdre dans l'épaisseur des parties molles, non sans occasionner des désordres sur lesquels on doit être prévenu. On peut consulter à cet égard notre *Mémoire sur les dents de sagesse* (1836).

Il nous semble que tout ceci devrait nécessairement entrer dans un ouvrage ayant pour titre : « *De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale.* »

Et ces pyorrhées inter-alvéolo-dentaires, dont le résultat est la perte assurée des dents, si par des incisions ou des cautérisations faites à temps et à propos, on ne vient en retarder la chute?

Et ces fétidités de l'haleine qui font le désespoir de ceux qui en sont atteints, et réputées à tort et par ignorance comme provenant de l'estomac, et qu'on peut assez bien modifier? (Voy. une *Thèse sur les dents*, juillet 1823, Paris, n° 114, collection de l'École.)

Un mot encore : M. Godet condamne à tout jamais la clef de Garangeot. Je suis loin de trouver cet instrument parfait; mais depuis qu'il a été modifié et que le panneton se trouve composé de deux pièces qu'on a soin d'entourer d'une petite bande de toile, malgré ce qu'en dit M. Godet, qui a eu sans doute peu d'occasions de s'en servir, on ne fracture pas tant de mâchoires. Ce serait une injustice d'imputer tout le mal à cet instrument qui rend encore de si bons services aux médecins des villes et des campagnes. Il vaut mieux, je crois, l'attribuer à la maladresse de ceux qui ne savent pas s'en servir. Il en est d'ailleurs ainsi de tous les instruments chirurgicaux, depuis le bistouri jusqu'au forceps.

En résumé, cette thèse est l'enfant d'un père jeune et sans expérience. Plus tard, quand la pratique viendra lui enseigner ce que bien d'autres savent déjà depuis longtemps, M. Godet, revenu d'une erreur du jeune âge, restera tout étonné de ne pas reconnaître sa propre progéniture.

Docteur TOIRAC.

VIII.

VARIÉTÉS.

Encore une perte bien sensible pour le corps médical. M. Amussat père vient de succomber. La position que notre confrère occupait dans la chirurgie européenne mérite mieux que les quelques paroles de regret que nous pouvons placer ici. Nous espérons que l'occasion nous sera offerte de payer un plus large tribut à sa mémoire.

— M. le docteur Baret vient de mourir, à l'âge de soixante-treize ans, à Salons (Bouches-du-Rhône).

— M. le docteur Galli vient de mourir à Ameno (États sardes), à l'âge de soixante-sept ans.

— M. le docteur Mojoli, inspecteur du grand hôpital de Milan, a été assassiné, le 2 avril dernier, par un aliéné resté inconnu.

— La Société médicale allemande de Paris célébrera son anniversaire de fondation, cette année, le 19 mai, à 3 heures de l'après-midi, 24, rue de l'École-de-Médecine.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi prochain, 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

— M. Poupeau, chirurgien principal de marine, vient d'être nommé chef du service de santé, à la Pointe-à-Pître (Guadeloupe).

— Par arrêté ministériel du 7 mars 1856, un concours est annoncé pour trois places d'agrégés dans la section de médecine et une dans celle de chirurgie, et s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier 1857.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient d'être invitée, par le ministre de l'instruction publique, à lui présenter des listes de candidats pour les chaires de chimie médicale et d'opérations et appareils, vacantes dans ladite Faculté. MM. les docteurs en médecine qui désirent être portés candidats sont invités à adresser leur demande, avec les pièces à l'appui, au secrétariat de ladite Faculté, au plus tard le 24 mai courant, avant midi.

— Le docteur Calvo vient d'être nommé médecin de l'Opéra, en remplacement du docteur Vidal (de Cassis), par arrêté du ministre d'État.

— L'Empereur a décidé, le 19 mars 1856, que les élèves stagiaires de l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires auraient droit à une gratification de première mise d'équipement, fixée à 500 francs.

L'allocation en sera fractionnée en deux portions de 250 francs chacune, payables, la première lors de l'admission de l'ayant droit à ladite École, et la seconde à l'époque de sa nomination effective au grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe. (*Monit. de l'armée.*)

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris a nommé, dans sa séance du 10 de ce mois, M. Jobert (de Lamballe) membre adjoint, en remplacement de M. Combes, nommé membre titulaire.

— M. le docteur Robert, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie de l'École des Beaux-Arts, en remplacement de M. Émery, décédé. M. Robert était depuis plusieurs années le suppléant de M. Émery.

— Deux concours seront ouverts successivement à l'Hôtel-Dieu de Marseille : le premier, pour une place de médecin agrégé, le 3 novembre ; le deuxième, pour une place de chirurgien agrégé, le 17 novembre prochain.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la commission administrative, à Marseille.

— La mort récente du docteur Valleti, qui s'était rendu à Sassari (Piémont) pour traiter les cholériques, et à la famille duquel il n'a été accordé que 200 francs d'indemnité, a été l'objet d'une pétition présentée à la chambre des députés de Turin par un de ses membres, M. le docteur Bottero. Plusieurs orateurs distingués ont pris la parole pour appuyer cette pétition. Ils ont établi que la loi qui accorde des pensions aux veuves et aux ayants droit des militaires morts en activité de service devrait être avec toute justice appliquée aux familles des médecins qui succombent dans l'exercice de leur profession pendant une épidémie. La pétition a été prise en grande considération, et il y sera fait droit lorsqu'on discutera le budget des pensions.

— Par décret du 7 mai, M. le docteur Marroin, chirurgien principal de la marine, a été nommé médecin professeur.

— Par un décret impérial du 7 mai 1856, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de médecin professeur : le chirurgien principal, Marroin (Auguste-Charles-Thomas).

Au grade de chirurgien de 1re classe : les chirurgiens de 2e classe, Fallier, Rault, Pellarin, Muller, Le Guillou, Romain, Duplouy, Pellegrin, Barthélemy, Maire.

Au grade de chirurgien de 2e classe : les chirurgiens de 3e classe, Senelle, Meunier, Dérnas, Luzet, Normand, Bourel-Roncière, Fournier, Péron, Beauchef, Thomas, Jacolot, De Rochas, Berg, Mattei, Delmas, Toye, Laure, Cauvin, Bonnet, Guérault, Champagne, Girault, Ricque.

Au grade de chirurgien de 3e classe : les chirurgiens auxiliaires et élèves, Veillon, Turc, Maupiou, Roche, Bonifanti, Franc, Le Gris, Beauchef, Tousseux, De Saint-Julien, Sablé, Méry, Mathis, Thaly, Chabbert, Douillé, Carpentin, De Corsi, Cassien, Poitou-Duplessy, Beflissen, Denoix, Le Bourch-Lopès, Marion, Mac-Auliffe.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA-MORBUS, par le docteur *Aug. Bonnet.* 32 pages in-8. Bordeaux, Dupuy et Ce.

DU RELACHEMENT PATHOLOGIQUE des symphyses du bassin à la suite de l'accouchement, par *Ferdinand Martin* (Extrait des Mémoires de la Société de chirurgie). 2e tirage. 16 pages in-8. Paris, Victor Masson. 60 c.

ÉTUDE DE LA CIRCULATION chez l'homme et les animaux, par le docteur *Joire.* In-8 de 68 pages. Paris, Labé. 1 fr. 50

MÉMOIRES de la Société de médecine de Strasbourg, t. II. 1 vol. in-8 de 556 pages, avec un tableau et une planche. Strasbourg, Dérivaux. 5 fr. 50

MÉMOIRE SUR L'INSUFFISANCE DES VALVULES AORTIQUES, et Considérations générales sur les maladies du cœur, par le docteur *Alvarenga*, de Lisbonne, médecin de l'hôpital S. José, des Enfants trouvés et des Cercles sanitaires. Traduit du portugais par le docteur *P. Garnier.* 1 vol. in-8 de 260 pages. Paris, 1856, J.-B. Baillière.

NOTICE HISTORIQUE ET CHRONOLOGIQUE sur l'innocuité du phosphore rouge introduit dans l'économie animale, par *A. Chevallier.* 40 pages in-8. Paris, J.-B. Baillière.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES sur l'oblitération de la veine porte et sur les rapports de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile, par *E. Gintrac.* 54 pages in-8. Bordeaux, Gou-Nouilhou.

THÉORIE DE L'ANTAGONISME et de la pondération appliquée au choléra asiatique, etc., par le docteur *Al. Gérard.* In-8 de 80 pages. Paris, Labé. 1 fr. 75.

TRAITÉ PRATIQUE ET RAISONNÉ DE L'HYDROTHÉRAPIE ; recherches cliniques sur l'application de cette médication, par le docteur *Louis Fleury.* 2e édition. In-8 de XVI—600 pages, avec 4 planches. Paris, Labé. 8 fr.

ARMAMENTARIUM LUCINÆ NOVUM, ou Collection de dessins des instruments anciens et nouveaux employés dans les accouchements, par le docteur *Hermann Fred. Kilian.* 47 tableaux oblongs contenant 355 dessins, cartonné. Bonn, Édouard Weber. 12 fr.

ATLAS DER MIKROSCOPISCHEN PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, gezeichnet und bearbeitet von Dr *Aug. Foerster.* 26 planches gravées sur acier avec 16 feuilles de texte. In-4° dans un étui. Leipzig, Leopold Voss. 19 fr.

FARBENTABELLE FUER DEN URIN. Aus Neubauer und Vogel's Harn-Analyse (Tableau des couleurs de l'urine). Extrait de l'*Analyse des urines*, par *Neubauer* et *Vogel.* In-folio en étui. Wiesbade, Kreidel. 2 fr.

UEBER DIE DURCH MOLEKULARBEWEGUNGEN in starren leblosen Koerpern bewirkten formveraenderungen (Sur les changements de forme résultant de mouvements moléculaires dans des corps roides et sans vie), par *J.-F.-L. Hausmann.* In-4°. Goettingue, Dieterich. 6 fr.

UNTERSUCHUNGEN UEBER ACUTE PHOSPHORVERGIFTUNG, von Dr *Bernh. Schuchardt.* Extrait du *Journal de médecine rationnelle* de Henle et Pfeuffer. In-8 de 56 pages.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 23 MAI 1856. — N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 22 mai 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : HÉMATOLOGIE.

M. Parchappe vient de communiquer à l'Académie de médecine, dans les séances des 29 avril et 20 mai, les résultats d'une série de recherches dans lesquelles il s'est surtout proposé de montrer les imperfections de la méthode généralement employée dans l'analyse du sang. M. Parchappe appelle l'introduction d'une méthode plus exacte dans les nouvelles recherches qui seront faites désormais sur les proportions relatives des principes composants du sang. Il insiste surtout sur la nécessité de prendre pour base de l'analyse quantitative la détermination de la quantité *réelle* des deux parties constituantes du sang, les globules et le plasma, et de rapporter les matériaux du sang, non pas à la masse totale de ce liquide, mais bien à celle des deux parties constituantes du sang à laquelle ces matériaux appartiennent réellement. Suivant lui, les méthodes et les procédés aujourd'hui en usage ne tiennent pas compte de cette base essentielle, et c'est à cette imperfection qu'il faut rattacher les inexactitudes et les erreurs qui vicient les analyses, et diminuent d'une manière sensible leur valeur comparative. A la suite de la partie critique de son travail, M. Parchappe donne les résultats d'analyses entreprises sur le sang de l'homme et de la femme, analyses dans lesquelles il a cherché à supprimer autant que possible ces causes d'erreurs, et il termine par quelques observations intéressantes sur les phénomènes de la coagulation du sang.

Nous sommes tout à fait de l'avis de M. Parchappe en ce qui concerne les objections qu'il adresse aux méthodes d'analyse du sang.

Ces objections, tous ceux qui ont pratiqué des analyses du sang en connaissent depuis longtemps la valeur, et l'auteur de la méthode à laquelle il fait surtout allusion ne les a jamais dissimulées. Dans le procédé d'analyse de M. Dumas, en effet, l'eau perdue par le caillot dans la dessication à l'étuve est supposée appartenir au sérum qui infiltre le caillot, et on calcule d'après cette perte d'eau la proportion des parties solides du sérum qui y serait afférente (à l'aide de la dessiccation d'une certaine quantité de sérum pratiquée à part). Or comme il est certain qu'une certaine proportion de l'eau appartient aux globules, il s'ensuit que dans les résultats le chiffre des matériaux organiques du sérum et le chiffre des globules ne sont pas rigoureusement exacts.

Il y a longtemps déjà que les chimistes ont cherché à se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, dont il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la portée; car elle est circonscrite, ainsi que nous l'allons voir, dans des limites plus restreintes que ne semble le penser M. Parchappe.

La méthode de M. Dumas, qui a servi de base aux recherches de MM. Andral et Gavarret, à celles de MM. Becquerel et Rodier et à celles de beaucoup d'autres physiologistes et chimistes, a été modifiée d'abord par M. Scherer. Dans ce procédé, comme d'ailleurs dans celui de M. Dumas, l'analyse du sang se compose de deux opérations : d'une part, l'analyse du sérum, d'autre part, l'analyse du sang dans la totalité de ses éléments.

Dans la méthode de M. Scherer (1), l'albumine est dosée directement (par précipitation à l'aide de la chaleur et de l'acide acétique), et séparée par conséquent des autres matériaux organiques en dissolution dans le sérum, qu'on peut dès lors doser directement aussi par évaporation. La fibrine est obtenue par le lavage d'une partie du sang abandonné à la coagulation (ce qui est loin de constituer un progrès sur l'ancien procédé, dans lequel on l'obtient par le battage). Quant aux globules, ceux-ci sont dosés à l'aide du sang privé de sa fibrine. On introduit ce sang défibriné dans de l'eau distillée en ébullition, à laquelle on ajoute une petite proportion d'acide

(1) Nous ne pouvons entrer ici dans les développements de ce procédé ; nous ne voulons signaler que les points les plus importants. Le lecteur pourra consulter à cet égard le *Traité de chimie physiologique* de M. Lehmann, Leipzig, 3 vol. 1852, ou le *Manuel d'analyse chimique* de M. Gorup-Besanez, 1 vol., Nuremberg, 1850.

acétique. Par cette opération, les globules et l'albumine sont eoagulés (par conséquent séparés des autres matériaux organiques et des sels), et le eoagulum filtré donne après dessiccation les globules et l'albumine. La quantité d'albumine est connue par l'analyse du sérum et l'on obtient les globules par différence.

Dans les procédés dont nous venons de parler, les globules sont obtenus *par différence*, tandis que tous les autres matériaux du sang peuvent être dosés directement. Si les globules pouvaient être isolés et pesés séparément, il est évident que l'analyse du sang serait plus rigoureuse. C'est là, en effet, que gît la principale difficulté, et, malgré les efforts des chimistes qui ont précédé M. Parchappe, malgré les efforts de M. Parchappe lui-même, cette difficulté n'a pas encore été levée.

Si le sang défibriné, placé sur un filtre, laissait passer le sérum sans laisser passer les globules, la chose serait assez simple; mais les globules du sang de l'homme et des mammifères traversent les filtres tout comme le sérum. Il est vrai qu'en ajoutant au sang défibriné une dissolution de sulfate de soude on peut retenir sur le filtre une grande partie des globules, ainsi que l'avait remarqué Berzelius; mais cette séparation n'est pas assez complète pour constituer un procédé d'analyse tout à fait exact. Aussi cette méthode de séparation proposée pour l'analyse du sang par M. Figuier et perfectionnée par M. Höfle est loin, jusqu'à présent, d'avoir donné des résultats supérieurs aux autres méthodes.

M. Schmidt, préoccupé de la même pensée que M. Parchappe, a cherché, il y a quelques années, s'il ne serait pas possible d'arriver, par une autre voie, à établir le rapport qui existe dans le sang entre les globules *humides* (c'est-à-dire tels qu'ils existent réellement dans le sang) et le plasma. A l'aide de l'observation micrométrique, M. Schmidt a comparé le volume des globules humides à celui des globules secs, et il a conclu que le rapport entre ces deux quantités est : : 4 : 1; que par conséquent il suffit de multiplier par 4 le poids des globules secs obtenus par les procédés ordinaires pour obtenir le poids des globules humides. Or, en faisant cette opération et en admettant comme moyenne des analyses du sang que le poids des globules secs est de 130 sur 1000 parties de sang, on arrive à ce résultat que le rapport des globules humides au plasma est dans le rapport de 520 à 480 sur 1000 parties de sang; c'est-à-dire que ces deux quantités sont à peu près égales entre elles.

Il est assez curieux de remarquer que les chiffres proposés par M. Parchappe sont identiquement les mêmes que ceux de M. Sehmidt (520 : 480). Et eela est d'autant plus curieux que M. Parchappe est arrivé à ce résultat par une méthode qu'il est permis de regarder comme peu exacte; car elle a consisté à comparer au poids total du sang celui du caillot eoupé en tranehes minces et égoutté.

Somme toute, on peut dire qu'aujourd'hui encore les procédés d'analyses du sang (nous n'avons parlé que des principaux) pèchent tous par quelques côtés. C'est quelque chose déjà que d'avoir établi le rapport approximatif qui existe entre les deux éléments essentiels du sang, c'est-à-dire les *globules humides* et le *plasma*. Mais ce n'est là qu'un des côtés du problème, et la chimie organique attend encore une méthode d'analyse rigoureuse (1).

M. Parchappe insiste, avec raison, sur la nécessité de tenir compte, dans les expériences physiologiques et dans les analyses, de l'*espèce* de sang sur lequel porte l'examen chimique. Nous avons nous-même signalé, à une autre époque, les différenees grandes que peut présenter le sang pris dans divers ordres de vaisseaux; nous poursuivons ce sujet depuis près d'une année dans le laboratoire de chimie de la Faculté, et nous publierons prochainement dans ces colonnes les résultats de 120 analyses qui mettront en lumière des faits d'un grand intérêt.

M. Parehappe, enfin, et e'est là la partie réellement originale de son travail, a étudié avec soin les phénomènes de la coagulation du sang, c'est-à-dire le refroidissement du sang, la formation et le retrait du caillot, la séparation du sérum, ete. Il a constaté que le caillot exposé au contact de l'air exhale de l'acide carbonique et absorbe de l'oxygène; qu'à cette absorption d'oxygène et à cette exhalation d'aeide carbonique correspond un *avivement de couleur* des couches supérieures du caillot; que cet avivement augmente avec le temps, tout en gagnant successivement des couches de plus en plus profondes, et qu'il ne se produit plus dans une atmosphère d'acide carbonique ou d'azote. Ce sont là des faits d'autant plus intéressants que nous savons déjà, par les travaux de MM. Valentin et Matteucci, que les muscles séparés de l'animal vivant, et placés dans des enceintes fermées remplies d'air atmosphérique ou d'oxygène, se comportent de même.

JULES BÉCLARD.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'APPLICATION DE L'AUTOPLASTIE AU TRAITEMENT DES CICATRICES VICIEUSES, par M. le prof. C. SÉDILLOT.

Le mémoire dont M. le professeur Jobert (de Lamballe) a donné leeture à l'Académie des scienees, dans la séance du

(1) Le tableau suivant, que nous empruntons à un mémoire de M. Fred. Hinterberger (de Giessen) (*Archive für physiologische Heilkunde* de Vierordt, t. VIII, p. 603, 1849), montre la différence que peut introduire dans les résultats l'emploi de telle ou telle méthode d'analyse. M. Hinterberger a pris le sang d'une saignée faite à la veine du bras d'un enfant atteint d'angine tonsillaire, il a partagé ce sang en trois parties et il en a fait simultanément l'analyse, suivant trois procédés différents. Il ne faut pas cependant tirer de ce tableau la conclusion que les analyses du sang, telles qu'on les pratique aujourd'hui, ne peuvent conduire à rien de bon, ni d'utile. Si, au lieu de rapporter ces analyses à 1000 parties (ce qui est nécessaire pour mettre en ligne la fibrine); si, dis-je, on les rapportait à 100 parties, comme on le fait généralement dans toutes les analyses de la chimie minérale, les différences seraient singulièrement amoindries. Si le chiffre de l'albumine obtenu par la méthode Figuier et Höfle est, dans ces analyses comparatives, beaucoup plus faible que dans d'autres, cela tient très vraisemblablement à ce que l'albumine recueillie dans le sérum du sang saturé de sulfate de soude, n'a pas été complétement précipitée par la chaleur (les sels alcalins font en effet obstacle dans une certaine mesure à la précipitation de l'albumine), et aussi à ce qu'une partie de l'albumine est restée sur le filtre au milieu de la masse des globules.

POUR 1000 PARTIES DE SANG.

	PROCÉDÉ DUMAS.	PROCÉDÉ SCHERER	PROCÉDÉ FIGUIER ET HÖFLE.
Eau	789,71	791,29	796,86
Parties solubles.	210,29	208,71	203,14
Fibrine.	2,35	2,82	2,35
Albumine.	75,31	73,63	43,85
Globules.	123,92	110,25	130,32
Matières extract., graisse et sels	8,71	22,01	26,62

10 mars 1856, sur l'application de l'autoplastie aux brides cicatricielles, nous a rappelé quelques faits de notre pratique pleinement confirmatifs des avantages de cette méthode.

Les procédés que nous avons adoptés depuis plusieurs années ne sont pas entièrement semblables à celui de notre célèbre confrère, et nous signalerons particulièrement trois points sur lesquels nous ne saurions partager son opinion.

Ainsi nous hésitons à admettre l'espèce de greffe du lambeau anaplastique dans l'épaisseur du tissu cicatriciel, telle que semble l'indiquer M. Jobert.

Nous croyons inutile et fâcheuse la section du pédicule du lambeau.

Nous doutons, enfin, de la facilité de la réunion immédiate du lambeau au tissu de la cicatrice.

Examinons successivement ces trois points.

M. Jobert avance que : « au premier abord, on serait tenté de croire qu'un lambeau transplanté au milieu du tissu cicatriciel ne devrait pas y prendre racine. » Tel est, en effet, notre avis.

La première condition de succès pour le redressement des parties dont la forme et la mobilité sont compromises par la rétraction du tissu inodulaire est, à nos yeux, la division complète de ce tissu jusqu'aux couches normales subjacentes, qui deviennent la base ou le point d'appui du lambeau.

Si toute l'épaisseur du tissu inodulaire n'est pas intéressée, les difformités persistent invinciblement, et l'on reconnaît la nécessité, non-seulement de diviser la bride, mais encore de la séparer, dans beaucoup de cas, par la dissection des tissus plus profondément situés.

C'est une corde inextensible que l'on sectionne, et il faut la couper en totalité si l'on veut en faire disparaître les effets. Nous remarquerons, en outre, que la réunion du lambeau au seul tissu inodulaire, si elle était obtenue, présenterait de bien faibles éléments de vascularité, et que l'on aurait certainement à redouter la gangrène du lambeau après la section du pédicule.

Nous concluons de ces considérations que le lambeau autoplastique doit être mis largement en rapport avec des tissus sains, et que c'est le seul moyen de remédier aux difformités, de donner une base suffisante au lambeau, dont l'allongement et l'expansion deviennent possibles, et d'en assurer la vitalité.

M. Jobert est partisan de la section du pédicule du lambeau, et il en a exposé les avantages dans ce passage :

« Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule; mais, lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillements cessent, et la partie inclinée se redresse et reprend son attitude. »

Il y a dans cette citation textuelle quelque obscurité qui mérite d'être éclaircie; car il paraît impossible que la section du pédicule ait l'influence que signale M. Jobert.

En intercalant un lambeau de téguments sains entre les deux bords d'une cicatrice du cou transversalement divisée, l'allongement du lambeau s'opère dans le sens vertical, et ne saurait être empêché par le pédicule, qui se trouve placé latéralement et en dehors de la sphère d'action de la cicatrice. Nous ne voyons donc pas d'avantage à inciser le pédicule du lambeau, et nous le conservons intact dans toutes nos opérations anaplastiques relevant des méthodes française et indienne.

Avec la précaution de faire partir le bord correspondant du lambeau de la perte de substance à combler, et en imprimant à ce lambeau une légère torsion de 25 degrés environ pour l'amener à sa nouvelle situation, le pédicule est uni régulièrement à la plaie, et s'y confond tellement qu'il n'est bientôt plus reconnaissable et qu'il n'y a pas de motif de le diviser.

Cette manière d'agir abrége et simplifie l'opération, et en rend le succès plus assuré, puisqu'on n'a plus à redouter la gangrène du lambeau par suite de la section du pédicule, quelle que soit d'ailleurs la rareté de cet accident.

Enfin, et c'est là notre troisième dissidence, M. Jobert annonce :

« Que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus, et que c'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun excès d'inflammation et qu'il se maintient dans de justes limites. »

Notre expérience est en désaccord absolu avec cette opinion, et nous avons toujours observé la fonte ulcérative de la plus grande portion du tissu inodulaire au contact du lambeau, dans toutes nos autoplasties de ce genre. De là, pour nous, le précepte d'éviter de multiplier les points de suture, et de n'en appliquer que le nombre indispensable pour maintenir pendant quelque temps le lambeau étalé dans la plaie et pour en éviter le retrait et l'enroulement spontanés. Une très légère compression centrale, faite au moyen de linges ployés en plusieurs doubles et trempés dans l'eau froide, est aussi d'un utile secours.

L'ulcération des bords de la cicatrice nous paraît tellement constante, que nous n'avions pas craint de l'annoncer sur un des malades opérés à la clinique, dont nous donnons plus loin l'histoire ; et nous avions appelé l'attention des élèves sur ce phénomène, en signalant le peu de crainte qu'il en fallait concevoir, attendu que le tissu inodulaire se reforme alors avec la même rapidité qu'il s'est détruit.

Si M. Jobert n'a pas fait les mêmes remarques, nous devons l'attribuer à des conditions toutes spéciales qui n'ont pas été suffisamment révélées et qui réclament de nouvelles recherches.

Faits confirmatifs.

Obs. I. — *Cicatrice du cou produite par brûlure, avec flexion permanente de la tête sur la poitrine; heureuse application de l'autoplastie.* (Observation recueillie par M. Picard, interne.)

Charles ***, mégissier, âgé de quarante-deux ans, fut admis à la clinique le 12 décembre 1855. Cet homme a eu dans sa jeunesse toutes les portions droites et médianes de la poitrine, du cou et de la tête, profondément brûlées ; une bride cicatricielle, large et saillante, maintient la tête fléchie ; le maximum de l'écartement entre le bord supérieur du sternum et le menton est de 10 centimètres.

La face est complétement asymétrique, par défaut de développement du côté droit; l'oreille est en partie détruite et réduite à une sorte de moignon. Les mouvements du bras droit ne sont pas gênés, malgré la présence d'une large cicatrice étendue sur toute l'épaule de ce côté.

Le malade se plaint d'une aggravation notable dans la flexion de la tête, qui l'empêche depuis quelques mois de se livrer à ses occupations habituelles, et il en attribue justement la cause à une ulcération du tissu inodulaire survenue au bord supérieur du sternum, dont une petite portion osseuse est détachée et mobile au milieu d'une ulcération cicatricielle.

M. Sédillot essaie, le 18 décembre, la section sous-cutanée de la partie profonde de la bride, et obtient ainsi un allongement de 2 centimètres; mais cette amélioration avait déjà disparu au bout de vingt-quatre heures, et la difformité était revenue au même degré.

Le 20 décembre, M. Sédillot, voulant un résultat décisif et per-

manent, tailla sur la partie gauche du cou, dans un point où la peau était restée intacte, un lambeau vertical de 25 millimètres de hauteur sur 10 millimètres de largeur, dont la base était inférieure et le sommet tourné vers le menton ; de l'extrémité droite de cette base, M. Sédillot fit partir une incision transversale qui intéressa toute l'épaisseur d'avant en arrière de la cicatrice, dont les lèvres furent disséquées en haut et en bas, de manière à présenter un écartement assez grand pour y loger le lambeau, renversé de haut en bas et de gauche à droite; quelques points de suture en réunirent le sommet et les bords au tissu cicatriciel correspondant.

Des fomentations froides furent appliquées, et un appareil amidonné, tel que M. Sédillot en fait usage pour les plaies du cou, immobilisa la tête.

Le 24, le lambeau, dont la face saignante et profonde est déjà adhérente, offre l'état le plus satisfaisant, mais il semble isolé au milieu d'une vaste ulcération circulaire de plus de 1 centimètre de diamètre. On continue le pansement à plat.

Le 7 janvier 1856, des bourgeons charnus de bonne nature réunissent les bords du lambeau au tissu cicatriciel environnant.

Le 15 du même mois, la cicatrisation est achevée, le lambeau est souple, uni, sans tension, le pédicule à peine apparent, les mouvements d'élévation de la tête beaucoup plus libres, et le malade quitte l'hôpital.

Nous avons revu l'opéré deux mois plus tard, et il continuait à se féliciter des heureux résultats de son traitement.

Obs. II. — *Destruction de la paupière inférieure droite par une cicatrice étendue du nez à la joue et à une partie de la tempe du même côté. Ectropion porté au plus haut degré, avec larmoiement et sensibilité morbide de l'œil. Blépharoplastie par intercalation de deux lambeaux dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé. Guérison définitive.* (Observation recueillie par M. Heer, interne, actuellement médecin de la maison de S. A. I le prince Jérôme Bonaparte.)

C***, âgé de vingt-quatre ans, vint réclamer, au commencement de 1854, les soins de M. Sédillot pour un ectropion de la paupière inférieure droite, qui l'incommodait depuis son enfance, et était la conséquence d'une brûlure très étendue de la face. La chaleur, le froid, la lumière, le vent et la poussière provoquaient de la douleur, du larmoiement et des inflammations douloureuses de l'œil, dont le segment inférieur, restant découvert, était à peine protégé par l'abaissement momentané de la paupière supérieure.

Le tissu cicatriciel couvrait toute la joue, depuis le nez et la lèvre supérieure jusqu'aux rares cils de la paupière, dont le revêtement tégumentaire n'existait plus. Après diverses tentatives infructueuses, dont M. Sédillot a consigné les détails dans son *Traité de médecine opératoire*, ce professeur entreprit la restauration de la paupière inférieure par un large lambeau emprunté au front et à la tempe, et interposé dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé et renversé en haut et en bas par la dissection. La mortification partielle de l'extrémité du lambeau, qui était fort long, exigea la formation d'un second lambeau pris sur le front, du côté interne du sourcil, et l'on réunit par la suture les bouts libres de deux lambeaux l'un à l'autre. « Le tissu inodulaire environnant s'ulcéra, puis se reproduisit, et la paupière inférieure restaurée et soutenue de chaque côté par la disposition des lambeaux permit la libre et parfaite occlusion de l'œil. »

Depuis deux ans je n'avais plus entendu parler de ce malade, lorsqu'il vint me voir, il y a quelques semaines, et je profitai de l'occasion pour le faire photographier. Les lambeaux sont un peu arrondis et saillants et pourraient être rendus plus réguliers par l'ablation de quelques légers plis ; mais comme le malade est très satisfait du rétablissement de sa paupière et de la disparition de toute gêne et de toute faiblesse dans l'exercice de la vision, il ne s'est pas montré disposé à subir aucun essai de perfectionnement, et nous ne l'en avons pas blâmé.

Quelques personnes, trompées par le titre de blépharoplastie donné à cette observation, hésiteront peut-être à y voir un exemple d'allongement d'une cicatrice par l'intercalation d'un lambeau tégumentaire. Mais si le but poursuivi est réellement une restauration palpébrale, on reconnaîtra cependant que le procédé est exactement le même que dans notre première observation, et que les seules modifications qu'on y rencontre se rapportent à la hauteur plus grande du siége du pédicule. Nous nous étions conformé, en cette circonstance, à un principe général dont nous avons depuis longtemps démontré l'importance, et qui consiste à toujours placer l'origine ou le point de départ des lambeaux anaplastiques du côté opposé au bord libre des organes que l'on se propose de reconstituer. C'est une règle invariable pour les paupières et les lèvres, et nous y avons conformé nos procédés.

Nous pourrions citer d'autres cas plus ou moins analogues aux précédents, et celui, entre autres, d'un soldat de la garnison de Strasbourg, dont le bras, fléchi par une bride cicatricielle du pli du coude, ne pouvait être étendu. Ce malade, dont la blessure eut un certain retentissement à cette époque, qui remonte au moins à quatre ou cinq ans, fut l'objet d'une consultation de tous les médecins militaires, et je proposai l'intercalation d'un lambeau anaplastique entre les bords du tissu inodulaire transversalement divisé. Cette opération ne fut pas pratiquée, et M. le docteur Sergent, alors chirurgien-major d'un régiment d'artillerie, se chargea de donner ses soins au malade, qu'un simple incision de la bride cicatricielle ne parvint pas à guérir.

Dans une autre circonstance, nous eûmes recours au même procédé pour faciliter le redressement du pouce fléchi d'une manière gênante par une bride inodulaire, résultant, je crois, d'une plaie avec perte de substance et suppuration prolongée.

Je partage, comme on le voit, l'avis de M. Jobert sur la haute valeur de l'application de l'autoplastie au traitement des brides cicatricielles ; et l'on peut espérer que des faits plus nombreux viendront éclairer les propositions sur lesquelles nous ne nous sommes pas rallié aux idées de notre célèbre confrère.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine, au port de Brest.

Seconde partie : Influence des pays chauds.

(Suite. — Voyez le numéro 10, tome III.)

Il faut, en ce qui concerne le climat, distinguer les régions situées au voisinage de l'équateur, de celles qui en sont plus éloignées ; il faut faire plus, il faut descendre jusqu'à l'examen des localités en particulier. C'est le seul moyen de donner à de semblables recherches une utilité pratique ; car, en présence d'un cas particulier, ce que demande le médecin, c'est l'indication exacte des lieux qu'il doit interdire à son malade et de ceux dont il doit permettre ou conseiller le séjour. En ce qui a trait à la maladie, il importe, comme le font remarquer tous les auteurs, de prendre en grande considération la phase à laquelle elle est parvenue.

Je commencerai donc par diviser les pays chauds en deux

zones. La première, comprise entre les deux tropiques; la seconde, nécessairement double, limitée, dans l'hémisphère nord, par la ligne isotherme qui porte le n° 15 sur la carte dressée par M. Boudin (*Carte physique du globe terrestre*, Paris, 1854), et qui correspond à peu près au 45e degré de latitude pour l'ancien continent et au 41e degré de latitude pour le nouveau; limitée, dans l'hémisphère sud, par la ligne n° 15 de cette même carte, qui répond au 38e degré de latitude environ. Cette détermination ne cadre pas avec la division des climats adoptée dans les traités d'hygiène; mais je la trouve trop importante, au point de vue de la phthisie, pour y renoncer. J'espère prouver, en effet, que, sous la zone torride, la tuberculisation pulmonaire marche avec plus de rapidité qu'en Europe, et que l'émigration est fatale pour les tuberculeux qui vont y habiter.

Cette opinion est celle de l'immense majorité des médecins en chef de nos colonies. C'est celle de M. Cornuel, premier médecin en chef à la Guadeloupe (aujourd'hui en retraite); de M. Dutroulau, premier médecin en chef à la Martinique; de M. Laure, second médecin en chef à Cayenne, qui partage à cet égard l'opinion de Segond, l'un de ses prédécesseurs. Elle a été émise, pour le Sénégal, par MM. Raoul et Fonssagrives, médecins professeurs; pour l'île de la Réunion, par M. Lepetit, second médecin en chef; pour l'Inde, par M. Collas, chirurgien principal. Elle est partagée par les nombreux chirurgiens qui ont été à même de constater les ravages effrayants que fait la phthisie dans nos possessions de l'Océanie. Je l'ai trouvée exprimée, à propos du décès de chaque phthisique, dans la plupart des rapports que j'ai consultés. Depuis de longues années, les médecins de nos colonies protestent contre l'envoi des phthisiques venus de France; ils y renvoient au contraire les marins et les soldats atteints sous ces latitudes. Enfin, dans une circonstance récente, M. l'inspecteur général vient de donner la sanction de sa haute expérience à cette manière d'agir......

On a cherché jusqu'ici à résoudre la question qui nous occupe, en établissant, pour chaque localité, le degré de fréquence de la phthisie dans la population. Ce n'est pas, à mon avis, suivre une marche bien rationnelle. La race, le genre de vie, une foule de causes indépendantes du climat, peuvent faire varier, en effet, le chiffre des phthisiques, sans qu'on puisse en tirer de conclusion, relativement aux Européens qui sauraient s'entourer de toutes les précautions exigées par leur état. La question consiste à savoir ce que deviennent les phthisiques transportés d'un climat dans un autre. Il faudrait, pour la résoudre, envoyer dans chaque localité des malades dont l'état aurait été préalablement constaté, et les suivre dans leur nouvelle résidence. Mais pour que l'expérience fût concluante, elle devrait être faite sur une grande échelle, et c'est ce qu'il est impossible de réaliser. On peut, ce me semble, arriver à peu près au même but d'une autre manière. Il suffit, pour cela, de prendre, dans un même pays, un certain nombre d'hommes du même âge, soumis au même régime, aux mêmes occupations, menant un genre de vie identique en un mot, d'en envoyer la moitié dans les pays chauds, de garder le reste en France, et de voir, au bout de quelques années, dans quelle catégorie la phthisie a fait le plus de victimes, parmi ceux qui en portaient le germe. Or, cette expérience se fait depuis bien longtemps; elle se continue chaque jour, et sur des bases assez larges pour offrir toutes les garanties désirables. Nos colonies sont desservies par des régiments spéciaux qui composent le corps de l'infanterie de marine, et dont le nombre, de trois qu'il avait été jusqu'ici, vient d'être porté à quatre. Cette arme se recrute aux mêmes sources que l'infanterie de ligne; elle est soumise aux mêmes lois; le soldat s'y trouve placé dans des conditions de nourriture, de logement, de solde et de service identiques. La seule différence qui existe entre elles est celle du climat. On peut donc en apprécier l'influence dans toute sa pureté, en prenant l'armée de terre pour terme de comparaison. Or, ainsi qu'on va le voir, la phthisie fait bien plus de ravages dans l'infanterie de marine. Elle entre, il est vrai, pour une moindre proportion dans le chiffre des décès aux colonies; mais, comme la mortalité y est beaucoup plus forte, malgré les ravages causés par les affections endémiques qui enlèvent à la phthisie quelques-unes de ses victimes et tendent à abaisser son chiffre, sur un nombre donné de soldats de l'infanterie de marine et de l'armée de terre, il en meurt plus de phthisie dans le premier corps que dans le second.

Une excellente thèse de M. Godineau, chirurgien de deuxième classe de la marine (Thèses de Montpellier, année 1844, n° 3), contient un tableau indiquant, pour la Martinique, la Guadeloupe et ses dépendances, *l'effectif, la mortalité des troupes, et le rapport de la mortalité à l'effectif, pendant la période de vingt-quatre ans comprise entre* 1819 *et* 1842. Ce tableau montre que la mortalité annuelle est de 11 pour 100 à la Martinique et de 10,5 pour 100 à la Guadeloupe.

Si nous voulons savoir maintenant ce que devient un nombre déterminé de soldats de ces mêmes régiments, pendant les quatre années qu'ils passent aux Antilles avant de revenir en France, le même tableau nous l'apprendra. Il résulte des chiffres fournis par M. Souty et des calculs auxquels se livre M. Godineau, et qu'il serait trop long de reproduire, que des quatre premiers mille hommes qui ont figuré au second régiment de marine, il en est mort 1652, ou 41 pour 100.

Quelle part revient à la phthisie dans cette mortalité? Elle y entre pour 1 sur 30,42; et comme la mortalité annuelle est de 11 pour 100, celle que cause la phthisie est de 0,36 pour 100, ou de 1 sur 277 hommes. Si nous comparons ces résultats obtenus en 26 années, sur près de 100,000 soldats, à ceux que donne Benoiston de Châteauneuf pour l'armée de terre, nous avons les proportions suivantes :

	Armée de terre.	Infanterie de marine.
Mortalité annuelle.	2,25 p. 100.	11 p. 100.
Proportion de la phthisie comparée à la totalité des décès.	1 à 13,6 p. 100.	1 à 30,42 p. 100.
Proportion des décès dus à la phthisie par rapport à l'effectif	1 sur 578 soldats.	1 sur 277 soldats.
Proportion des décès dus à la phthisie sur 100 hommes	0,16 p. 100.	0,36 p. 100.
Proportion des décès dus à la phthisie sur 10000 hommes.	16 décès de phthisiques par an.	36 décès de phthisiques par an.

La mortalité dans l'infanterie de marine, pour cause de phthisie, est donc un peu plus du double de celle qu'on observe dans l'armée de terre.

Les recherches s'arrêtent à 1842; j'ai voulu me procurer des renseignements plus récents, et ceux que j'ai obtenus m'ont permis d'établir, pour nos colonies des Antilles et de la Guyane, un tableau duquel il résulte que, pendant l'année 1853 (en prenant, pour représenter le chiffre si mobile de la garnison de nos colonies, la moyenne des 24 années sur lesquelles ont porté les recherches de M. Godineau), la proportion des décès par phthisie a été la suivante :

1853.	Guadeloupe. . .	1927 soldats. . .	11 phthisiques morts.	1 sur 175
—	Martinique. . .	2027 id. . . .	17 id.	1 sur 110
—	Cayenne. . . .	828 id. envir.	5 id.	1 sur 165

En admettant que le chiffre de la garnison ait été un peu

plus élevé que nous ne l'avons supposé, la mortalité par la phthisie n'en est pas moins sensiblement plus considérable que de 1819 à 1842, et surtout beaucoup plus forte que dans l'armée de terre.

Tous les soldats phthisiques, ai-je dit, ne succombent pas dans les hôpitaux de nos colonies : on a depuis longtemps l'habitude de les renvoyer en France. Eh bien ! sur 2633 malades rapportés en France, à diverses époques, de nos colonies, 221 étaient atteints de phthisie pulmonaire. La proportion des phthisiques à la totalité des hommes renvoyés en congé de convalescence est donc de 1 sur 11,91, proportion beaucoup plus forte que celle que nous avons trouvée pour les décès, et qui confirme pleinement ce que nous avons avancé, c'est-à dire que, depuis de longues années on a, dans nos colonies, l'habitude de renvoyer les phthisiques en France; ce qui tend à abaisser d'autant la proportion de leurs décès dans les hôpitaux desquels ils proviennent.

Il n'a été jusqu'ici question que des garnisons des Antilles et de Cayenne, et je les ai fait passer en première ligne, parce qu'elles sont de beaucoup les plus nombreuses; mais si nous traversons l'océan Pacifique pour nous transporter à Taïti, nous y trouvons un chiffre de phthisiques bien autrement considérable. Ces îles si vantées sont peut-être le point du globe qui en renferme le plus. Dans le cours d'une longue station aux îles de la Société, le docteur Erhel, chirurgien-major de *la Loire*, a fait, sur les registres de l'hôpital de Papeete, le relevé des entrants et des morts, dans la garnison, pendant une période de quatre années, du 1er janvier 1845 au 1er janvier 1849. Ce relevé lui a donné 2207 malades, dont 30 phthisiques, et 123 décès, dont 27 phthisiques. Il y a donc eu dans la garnison, pendant ce laps de temps, 1 phthisique sur 73,33 malades; il en est mort 1 sur 4,55 décès, proportion énorme à laquelle nous n'étions pas encore arrivés.

Ces résultats confirment ceux qui ont été obtenus pour les colonies anglaises par M. A. Mac-Tulloch, et publiés par M. Genest (*Gazette médicale de Paris*, 1843, p. 578)......

L'auteur passe ensuite en revue les contrées intertropicales et les contrées extratropicales. Nous relevons dans cette partie de son travail les documents les plus importants ou qui intéressent le plus les médecins français.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

Nous avons communiqué la lettre qu'on va lire à M. le docteur Boinet, et celui-ci nous a déclaré qu'il n'entendait revendiquer, ni contre M. Mercier, ni contre aucun autre chirurgien, la priorité de l'invention d'un uréthrotome coupant sur conducteur; *que toute sa prétention consistait à proposer à ses confrères un uréthrotome de ce genre, dont les dispositions lui ont paru offrir des avantages particuliers de commodité et de sûreté.* A. D.

Uréthrotome avec conducteur.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Deux chirurgiens se disputent, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 19), l'invention d'un uréthrotome *coupant sur conducteur, d'avant en arrière, et sans dilatation préalable*. Permettez-moi de faire connaître à vos lecteurs celui que j'ai imaginé en 1846, et dont on trouve la figure dans la *Thérapeutique des rétrécissements* publiés par M. Leroy en 1849. La première des figures que je vous adresse me dispense d'une description. Je fixe la gaîne EE' de manière que la grosse olive E soit distante de la petite olive A, d'une longueur un peu supérieure à la longueur du retrécissement; cela fait, à l'aide de la rondelle D, je pousse les lames (qui sont au nombre de 2 ou de 4 à volonté) de l'olive E où elles sont cachées, vers l'olive A, et je les y ramène après leur avoir fait exécuter plusieurs fois ce mouvement de va-et-vient. Le rétrécissement se trouve donc, comme on voit, *divisé sur conducteur d'avant en arrière*.

Maintenant, je n'ajoute pas : *sans dilatation préalable*, et voici pourquoi : Si le rétrécissement peut admettre d'emblée une olive comme la mienne qui a 3 millimètres, ou même comme celle de M. Boinet qui en a plus de 2, il vaut mieux dilater un peu et recourir à un autre uréthrotome, celui, par exemple, que j'ai décrit en 1845, p. 104 de mes *Recherches sur les rétrécissements*, et que ma seconde figure fait suffisamment comprendre. En effet, le précédent, même avec ses quatre lames, donne des résultats tout à fait insuffisants; à plus forte raison celui de MM. Stilling et Boinet, qui n'en a que deux. Si, au contraire, il s'agit d'un rétrécissement assez fin et assez dur pour arrêter l'urine et les plus fines bougies, je regarderais comme une grande imprudence de chercher à le franchir de vive force, avec une tige métallique de 2 ou 3 millimètres de diamètre à son extrémité : on s'exposerait grandement à faire fausse route, surtout si le rétrécissement existait à la courbure du canal, comme c'est le cas le plus ordinaire.

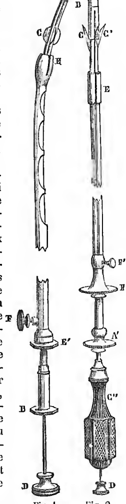


Fig. 1. Fig. 2.

J'ai exposé dans mes *Recherches sur les rétrécissements*, et particulièrement dans le nouvel ouvrage que je viens de publier, la marche à suivre dans ces cas difficiles.

Agréez, etc. AUG. MERCIER.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet deux mémoires de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), mémoires ayant pour titres : l'un, « *Théorie de la phthisie*, » l'autre, « *Découverte des sources de l'ozone organique*, suite du mémoire sur la cause secondaire du choléra. »

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, déjà saisie du mémoire sur le choléra.

CHIRURGIE. — *Ablation totale de la mâchoire inférieure, pratiquée par suite du développement, dans l'intérieur de cet os, d'une énorme tumeur fibreuse*, par M. le docteur *Maisonneuve*. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, affecté d'une tumeur volumineuse du maxillaire inférieur, tumeur dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit ans, et qui, par suite d'un développement

lent et successif, était arrivée à produire une gêne notable de la mastication, de la déglutition et de l'articulation des sons, ainsi qu'une hideuse difformité du visage.

Le 15 avril 1856, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante : « Le malade étant soumis au chloroforme, dit ce chirurgien, j'incisai verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, je divisai profondément les parties molles jusqu'au devant du masseter. Dans un deuxième temps, je divisai l'os maxillaire sur la ligne médiane au moyen de la scie à chaîne ; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse de ciseaux courbes, je détachai les parties molles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'enlever en même temps le périoste. Dans un quatrième temps, je fis basculer l'os pour amener en avant l'apophyse coronoïde ; mais celui-ci, devenu trop fragile par suite de la distension de ses fibres, se brisa au-dessous de l'apophyse. Saisissant alors celle-ci avec un davier, je l'attirai en avant, divisai le tendon du crotaphyte et du ptérygoïdien externe avec des ciseaux courbes, et terminai cette première partie de l'opération en extrayant le condyle. Pour l'autre portion du maxillaire qui était loin d'offrir la même tuméfaction, après avoir délivré la muqueuse gingivale en dedans et en dehors de l'arcade dentaire, sans incision des parties molles extérieures, j'énucléai l'os de son périoste, divisai d'un coup de bistouri le nerf mentonnier, puis déchirai le masséter et le ptérygoïdien interne, près de leur insertion, avec le bout du doigt indicateur. Faisant ensuite basculer l'os pour attirer en avant l'apophyse coronoïde, je divisai, avec des ciseaux courbes, le tendon du temporal et celui du ptérygoïdien externe, et par un brusque mouvement d'arrachement, je terminai l'opération.

» L'extirpation de la moitié latérale droite avait exigé trois ligatures ; celle de la moitié gauche n'en réclama aucune.

» Par excès de prudence, et bien que la langue n'eût aucune tendance à se porter en arrière, je crus devoir passer un fil à la base du frein ; puis je rapprochai les deux moitiés de la lèvre, ainsi que les bords de la plaie horizontale du côté droit, avec des points de suture entortillée, sur lesquels je fixai le fil qui retenait la langue.

» Immédiatement après le pansement, le malade put avaler sans trop de peine quelques gorgées d'eau et de vin sucrés ; cependant je crus devoir opérer l'alimentation pendant les deux premiers jours avec la sonde œsophagienne. »

Les suites de cette opération furent d'une simplicité inespérée. Aujourd'hui, c'est-à-dire quatre semaines après l'opération, le visage de l'opéré est devenu régulier ; la langue a recouvré tous ses mouvements, la parole est nette, la déglutition facile, et déjà même, à la place de l'os maxillaire, on voit qu'il se développe un tissu dense et résistant qui, grâce à l'entière conservation du périoste, pourrait bien plus tard subir la transformation osseuse. (*Comm. :* MM. Velpeau, Cloquet.)

PHYSIOLOGIE.—*De la faculté assimilatrice des différents corps gras*, par M. *Berthé*. — Tous les corps gras, dit l'auteur, ne possèdent pas au même degré la faculté d'être assimilés. Y a-t-il des règles qui régissent cette propriété assimilatrice? C'est ce que M. Berthé s'est proposé d'éclairer en entreprenant les recherches exposées dans ce mémoire.

Les corps gras soumis à l'expérience, sont, outre le beurre, les huiles d'amande, d'œillette, d'olive, de baleine, l'huile de foie de morue dite anglaise, l'huile de foie de morue lavée ou décolorée par les alcalis et le charbon, l'huile de foie de morue brune pure; toutes ces huiles furent successivement administrées à un même homme bien portant et soumis à un régime régulier, depuis la dose de 30 grammes jusqu'à 60 chaque jour. Par une détermination exacte de la quantité d'huile contenue chaque jour dans les fèces, M. Berthé est arrivé à reconnaître que la moyenne de jours nécessaires pour arriver à une saturation complète, c'est-à-dire au moment où la presque totalité du corps gras se retrouve dans les excréments, est de douze jours pour les huiles d'œillette, d'olive, d'amande ; d'un mois environ pour le beurre, les huiles de baleine, de foie de morue anglaise, décolorées ou lavées ; et qu'enfin un mois d'administration d'huile de foie de morue brune et pure est insuffisant pour qu'il soit possible de constater une augmentation appréciable de matière grasse dans les excréments. D'où l'auteur conclut que les corps gras peuvent être divisés en trois classes basées sur leurs propriétés assimilatrices : —1re *classe*, corps difficilement assimilables : huile d'œillette, d'olive, d'amande et probablement toutes les huiles végétales. — 2e *classe*, corps assimilables : beurre, huile de baleine, de morue blanche, de morue décolorée ou lavée, et probablement toutes les graisses animales. — 3e *classe*, corps très assimilables : Huile de foie de morue brune et pure. (*Comm. :* MM. Chevreul, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — *De l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques;* par M. *Lamarre-Picquot*. — L'auteur en terminant son mémoire, résume dans les propositions suivantes les résultats auxquels il a été conduit. La disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globules du sang. L'acide arsénieux paraît avoir pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, et il offre en effet, dans toutes les congestions de forme apoplectique, un agent thérapeutique des plus précieux.

Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenicale, chez des sujets prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse du sang ou de son altération ; car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, essentiellement hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale.

Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée.

M. Lamarre-Picquot conseille d'administrer l'acide arsénieux, au moment des repas, afin d'en faciliter la tolérance et l'assimilation, à la dose de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour. (*Comm.:* MM. Andral, Balard.)

M. Isambert prie l'Académie de vouloir bien admettre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie, un opuscule qu'il vient de publier « sur l'emploi thérapeutique du *chlorate de potasse*, spécialement dans les affections diphthéritiques. » (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Balegner et *M. Comping* adressent pour le concours du prix *Briant*, des travaux sur le choléra épidémique. (*Commission du concours pour le prix du legs Briant.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Un exemplaire de la Carte géologique de la France, accompagnée des deux premiers volumes du texte explicatif. — *b*. Le rapport de M. le docteur *Ripoll* (de Toulouse), sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Montastruc. — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques, qui ont régné en 1855 dans les départements de la Seine-Inférieure, de la Charente, de l'Ile-et-Vilaine, de l'Aube (*Commission des épidémies*). — *d*. Les rapports de M. le docteur *Bernard*, sur le service médical des eaux d Uriage (Isère) ; de M. le docteur *Isarié*, sur celui des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) ; de M. le docteur *Sebille*, sur les eaux de Plombières (Vosges), pendant l'année 1854. — *e*. Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale, située dans une propriété de M. Roux, située à Ardes (Puy-de-Dôme). (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Une lettre de M. *Renault*, chirurgien de l'asile des aliénés du département l'Orne, annonçant qu'il vient de découvrir le *Cow-pox* dans le département où il réside. (Il envoie en même temps deux plaques de virus.) — *g*. Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements du Jura et des Vosges, pendant l'année 1855. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Foucaud de l'Espagnery*, qui prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de MM. *Chevallier* et *O. Henry*, qui réclament la priorité de l'idée émise dans le travail de MM. *Labourdette* et *Dumesnil* sur le passage de l'iode dans le lait de quelques mammifères par assimilation digestive. Ils joignent à cette lettre une brochure publiée en 1839 et qui renferme des considérations sur le passage dans le lait de diverses substances et notamment de l'iodure de potassium, sur les conditions dans lesquelles

l'expérimentateur doit se placer pour faire arriver cette substance dans le lait, et, enfin, des déductions qu'on en peut tirer au point de vue de la thérapeutique. (Renvoi à la commission chargée de l'examen du mémoire de MM. Labourdette et Dumesnil.) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Delenda*, intitulé : Parallèle entre les observations consignées dans les écrits d'Hippocrate et celles qu'on recueille de nos jours en Grèce. (*Comm.* : MM. Louis, Bousquet, Gibert.) — *d*. Un deuxième mémoire du même auteur ayant pour titre : « Monographie clinique des chagrins. » (M. Baillargor, *rapporteur*). — *e*. Un tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon pendant l'année 1855, et un mémoire intitulé : « Observations médicales au sujet du tableau statistique », par M. le docteur *Devilliers*. (*Comm.* : MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.) — *f*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Duchesne*, contenant des considérations relatives à l'influence des chemins de fer sur la santé des populations — *g*. Un autre paquet cacheté, envoyé par M. *Pérez* (de Nice), et contenant la description d'une main mécanique. (*Accepté*.)

— M. *Boullay*, membre de l'Académie, fait hommage à la Compagnie de 70 volumes et de 34 brochures pour la bibliothèque.

M. le *Président* remercie M. Boullay au nom de l'Académie.

— M. le docteur *Edmond Langlebert*, dans une lettre adressée à l'Académie, annonce qu'il est complétement étranger à l'invention d'un traitement clandestin du choléra, que M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets a qualifié, dans la séance du 13 mai, en des termes justement sévères. L'auteur de ce prétendu traitement est un nommé *Adolphe Langlebert*, officier de santé, se disant docteur, et désigné comme tel dans le rapport de la commission. M. le docteur *Edmond Langlebert*, dans l'intérêt de sa dignité, et pour l'honneur même du corps médical, demande qu'une rectification soit faite au rapport, et, s'il y a lieu, au procès-verbal de la séance où cette pièce a été lue.

M. *Robinet*. Si j'ai qualifié, dans mon rapport, M. *Adolphe* Langlebert du nom de docteur, c'est que la signature embrouillée de l'auteur du *spécifique du choléra* était bien de nature à donner le change, puisque les employés du ministère s'y sont trompés comme moi et lui ont aussi donné ce titre sur leur lettre d'envoi. Je regrette la confusion fâcheuse que mon rapport a pu causer au détriment de M. le docteur *Edmond* Langlebert, et je demande que la lettre de cet honorable confrère soit imprimée dans le *Bulletin* et envoyée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

La proposition de M. Robinet, appuyée par MM. *Cloquet* et *Velpeau*, est adoptée.

— M. *Ségalas* demande que le rapport lu par M. Gimelle sur le travail de M. le docteur Devilliers, relatif au service médical du chemin de fer de Lyon, soit envoyé à M. le ministre des travaux publics.

M. *Chevallier* désire qu'on joigne à ce rapport les réflexions de M. J. Cloquet, qui en forment en quelque sorte le complément.

L'Académie adopte les propositions de MM. Ségalas et Chevallier.

— M. le *Président* fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Poncet* (de Feurs), membre correspondant.

Lectures et Mémoires.

M. *H. Larrey*, sur l'invitation de M. le *président*, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Amussat.

Cette lecture est accueillie avec les marques de la plus vive sympathie.

HÉMATOLOGIE. — M. le docteur *Parchappe*, membre correspondant, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, lit la deuxième partie de son mémoire *sur le sang à l'état physiologique et à l'état pathologique*. Après avoir rappelé l'objet de la première partie de son travail, qui était de démontrer la nécessité de prendre pour base de l'analyse quantitative des principes constituants du sang la détermination préalable de la véritable proportion des globules au plasma, M. Parchappe formule une vue générale qui lui paraît devoir dominer toutes les études physiologiques et pathologiques du sang.

« Tous nos moyens, dit-il, de connaître le sang par l'observation et l'expérimentation anatomique, physiologique et pathologique, en recourant ou non aux instruments et aux méthodes de la physique et de la chimie, doivent avoir pour but et pour résultat de saisir autant que possible la nature du sang dans ses véritables conditions, c'est-à-dire dans les conditions de la vie.

» Le sang qu'il s'agit de connaître, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, ce n'est pas le sang mort, ce n'est pas le sang coagulé, décomposé physiquement ou chimiquement, c'est le sang vivant, le sang qui a la vie et qui la donne.

» Or, le sang vivant c'est du plasma dans lequel et avec lequel se meuvent des globules. »

L'auteur établit que ce n'est pas toute espèce de sang qui offre l'intérêt le plus général dans les phénomènes physiologiques et pathologiques. Le rôle essentiel du sang, dans l'accomplissement de ces phénomènes, c'est le rôle du sang artériel, seul apte à entretenir dans les organes et à fournir les éléments de la consommation de matière que suppose tout déploiement de force.

Or, c'est précisément le sang artériel qui est l'espèce la moins connue soit dans l'état de santé, soit surtout dans l'état de maladie. Tout l'effort des études s'est porté sur le sang veineux et principalement sur le sang veineux des vaisseaux du bras, qui diffère non-seulement du sang artériel, mais encore du sang veineux fourni par les veines hépatiques et par la veine porte.

M. Parchappe pense donc que dans les recherches sur le sang il est indispensable de tenir grand compte de l'espèce de sang sur laquelle les expériences ont porté, de n'admettre qu'avec toutes les réserves nécessaires l'assimilation de composition qui se trouve faite du sang veineux des membres au sang artériel, toutes les fois qu'on considère le sang tiré d'une veine du bras comme représentant l'état général du sang.

Afin de justifier l'importance qu'il attribue à la distinction fondamentale des globules et du plasma dans les analyses quantitatives du sang, M. Parchappe entre ici dans des considérations sommaires sur la différence des rôles physiologiques et pathologiques qui doivent appartenir à ces deux éléments composants du sang vivant. C'est le plasma qui fournit la matière des sécrétions, qui reçoit et s'incorpore la matière des absorptions. Ce sont les globules qui prennent la plus grande part dans les faits d'échange d'oxygène et d'acide carbonique.

Puis l'auteur essaie de prouver que l'application de cette vue aux résultats obtenus au moyen des diverses méthodes d'analyse quantitative est dès à présent susceptible de concourir utilement à l'élucidation des questions physiologiques et pathologiques qui se rattachent à l'histoire du sang.

Après une appréciation critique de l'état de l'hématologie pathologique, au point de vue de l'idée principale qui lui paraît devoir dominer l'étude analytique du sang, et qu'il a définie, en ce qui touche l'analyse quantitative, par le principe de la subordination de toute appréciation de quantité des éléments du sang à la détermination préalable de la proportion des globules et du plasma, l'auteur continue l'exposé de ses recherches. Avant de faire connaître les résultats qu'il a obtenus par l'analyse quantitative du sang relativement à la fibrine, il pense qu'il est nécessaire de donner, comme résultat préliminaire, une description aussi exacte que possible des phénomènes de la coagulation normale du sang au contact de l'air, afin d'obtenir un type d'observation physiologique auquel puissent être utilement rapportées les observations d'inspection du sang coagulé dans l'état de maladie.

Les détails des faits successifs offerts au contact de l'air par le sang, depuis sa sortie de la veine du bras jusqu'au commencement de la putréfaction, peuvent se résumer de la manière suivante : 1° Formation d'écume ; 2° formation de vapeur ; 3° refroidissement ; 4° solidification du sang ; 5° décomposition du sang solidifié en caillot et sérum ; 6° retrait du caillot ; 7° formation du sérum ; 8° avivement de couleur à la surface du sang et du caillot ; 9° formation d'acide carbonique.

Avivement de la couleur à la surface du sang et du caillot. — Considéré par rapport à sa couleur, le caillot peut être divisé en deux parties : une superficielle, d'un rouge plus clair ; une profonde, d'un rouge plus sombre. La disposition relative de ces deux portions du caillot offre les particularités suivantes, dont la description se rapporte principalement au caillot observé après vingt-quatre heures.

Constamment, la surface du sang veineux coagulé au contact de l'air est constituée par une couche d'un rouge vermeil, que M. Parchappe appelle *couche avivée*, et qui, par sa couleur plus vive et plus claire, tranche nettement sur la couleur plus sombre et plus foncée de la partie sous-jacente. La couche superficielle est plus ferme, plus cohérente et moins humide que le reste du caillot. Son épaisseur, uniforme dans toute l'étendue de la surface du caillot, varie en raison du temps qui s'est écoulé entre le moment de la saignée et celui de l'observation. Un quart d'heure après la coagulation, la couche avivée a près de 1 millimètre d'épaisseur ; vingt-quatre heures après la coagulation, l'épaisseur de la couche a atteint 3 millimètres. La couche profonde, ou couche noire, tend à s'effacer et à se convertir en couche avivée à mesure qu'on s'éloigne du moment de la saignée.

Formation d'acide carbonique. — Suivant M. Parchappe : — 1° C'est à tort que quelques observateurs ont attribué à l'exhalation de l'acide carbonique la formation des bulles gazeuses qui viennent crever à la surface du sang : ce sont tout simplement des bulles d'air, résultat de la collision du sang avec l'air au moment où il coule. — 2° L'air au contact du sang veineux se charge réellement d'acide carbonique. L'air, renfermé dans une cloche qui recouvre une cuvette contenant du sang, au bout de vingt-quatre heures, trouble l'eau de chaux, et rougit faiblement la teinture de tournesol. — 3° La quantité de l'acide carbonique, dont se charge l'air atmosphérique au contact du sang veineux est considérable et varie en raison de la durée du contact.

M. Parchappe s'est assuré par de nombreuses expériences que l'étendue de la surface de contact a exercé aussi une influence notable pour augmenter la quantité de l'acide carbonique formé; mais que la quantité de la masse du sang paraît être sans influence sensible sur les proportions de l'acice carbonique.

Voici maintenant le résultat des recherches que l'auteur a entreprises dans le but de déterminer la part que prend l'air atmosphérique dans la production des phénomènes essentiels dont le caillot est le siége : — 1° La coagulation proprement dite du sang veineux est absolument indépendante de l'action de l'air. — 2° La formation de la couche avivée à la surface du sang et du caillot est le résultat de l'action de l'air sur le sang. Ce phénomène ne se produit point dans une atmosphère d'acide carbonique ou d'azote. L'interposition du sérum n'est pas un obstacle absolu à l'action de l'air, ainsi que le prouve la formation de la couche avivée réfléchie dans les parties du caillot qui baignent librement dans le sérum. — 3° La formation de l'acide carbonique est liée à la formation de la couche avivée et à la condition du contact avec l'air atmosphérique. La réalité de cette relation est prouvée par l'absence simultanée de la formation de couche avivée et de formation d'acide carbonique dans le sang se coagulant hors du contact de l'air, et par la proportionalité correspondante de l'épaisseur de la couche avivée et de la quantité d'acide carbonique formé, en raison de la durée du contact, dans le sang se coagulant au contact de l'air.

De la coagulation du sang artériel. — L'étude répétée de la coagulation du sang artériel et la comparaison de ses phénomènes avec ceux de la coagulation du sang veineux conduisent à reconnaître comme différence constante du côté du sang artériel : une coagulation plus rapide, un retrait plus prompt et plus prononcé du caillot, l'absence d'avivement à la surface du caillot et l'homogénéité dans la consistance et dans la couleur de toutes ses parties.

La coagulation du sang artériel dans l'acide carbonique comparée à la coagulation du même sang au contact de l'air, a fait ressortir les différences principales suivantes : 1° *au contact de l'air*, coagulation après une minute; coloration homogène d'un rouge vif; commencement de la séparation du sérum après six minutes; après vingt-quatre heures, il est possible de constater dans le caillot une légère différence de la couleur plus foncée au centre du caillot, plus claire à la périphérie ; 2° *au contact de l'acide carbonique*, coloration foncée immédiate ; coagulation après une minute; après six minutes, point de séparation de sérum, la surface du caillot est d'un rouge noir; après vingt-quatre heures, il n'y a pas eu de séparation de sérum. Le caillot est d'une seule pièce, ferme, d'un rouge sombre à la surface, sur ses bords et dans son intérieur. La face, qui pose sur le fond du vase, a une couleur noirâtre encore plus foncée. Le caillot est parfaitement homogène. A la section, il laisse écouler un sérum épais d'un rouge sombre.

M. Parchappe s'est assuré expérimentalement que le sang artériel en se coagulant au contact de l'air lui cède de l'acide carbonique. L'essai qu'il a fait, dans ces expériences, de gaz resté au contact du sang coagulé dans l'acide carbonique, l'a conduit à penser que de l'oxygène avait été cédé par le sang artériel. Mais il n'a pas été fait d'analyse exacte qui ait rendu le fait incontestable et qui ait permis d'en apprécier l'importance.

M. Parchappe se propose d'entretenir plus tard l'Académie de ses études comparatives sur les espèces particulières de sang veineux, (sang de la veine porte, des veines sus-hépatiques, de la veine rénale, etc.). Il terminera ses communications à ce sujet, par l'exposé de ses vues relativement au rôle de la fibrine dans les maladies. (*Renvoi à la section d'anatomie pathologique.*)

ANATOMIE GÉNÉRALE. — *M. M.-H. Deschamps* donne lecture d'un mémoire intitulé : « *Recherches sur le tissu pigmental et sur ses métamorphoses.*

L'auteur distingue à la peau trois couches superposées : une couche superficielle ou épiderme, une couche moyenne ou tissu pigmental, et une couche profonde ou derme.

1° *Dans la race blanche*, le pigment est disposé en membrane partout continue à elle-même, étalée à la surface du derme dont il recouvre exactement les papilles et les sillons : libre de toute adhérence, variable pour sa blancheur et plus encore pour son épaisseur, cette membrane opaque, molle et cellulo-villeuse peut se présenter, d'après l'auteur, sous trois formes, suivant que son tissu est *naturel*, *accidentel* et *pathologique*.

Le pigment naturel ou physiologique se développe avec l'organisme et indépendamment de toute cause extérieure. A mesure que l'être grandit, sur certaines régions du corps (organes génitaux), les cellules incolores du tissu pigmental se métamorphosent en cellules colorées.

Le pigment accidentel se développe sous l'influence de la gestation, de l'insolation, etc. Les taches de rousseur, les taches noires de la peau ne sont que des amas de cellules pigmentales colorées plus ou moins confluentes.

Enfin la négritie partielle de la peau blanche, qu'on observe dans quelques maladies, forme le pigment pathologique.

2° *Race noire.* La peau du nègre ne diffère de la peau du blanc que par un développement bien plus considérable de cellules noires dans le tissu pigmental. Ici encore le tissu pigmental se présente sous deux aspects différents : l'un coloré, est le pigment libre, le corps muqueux des anatomistes : l'autre incolore, blanchâtre, est le tissu nouveau, membraneux, pigmental. Celui-ci métamorphose des cellules blanches en cellules colorées ; celui-là est le pigment lui-même, libre, coloré, qui ne forme jamais ni un réseau ni une membrane.

3° *Race cuivrée, américaine.* Ici le tissu pigmental forme une couche fine de granulations rouges, orangées, cuivreuses, et le plus souvent inégalement réparties dans les différentes régions du corps.

4° *Race olivâtre, brunâtre.* La peau de l'Arabe, du Kabyle, présente à la fois du pigment libre et du pigment combiné. Les cellules colorées libres ont des teintes variées, de brun, de vert-olive, de bistre.

Examiné au microscope, le tissu pigmental a l'aspect d'un canevas celluleux, serré, dont les cellules sont opaques, subintrantes et surmontées de filaments villeux et bridés qui forment à la surface externe des inégalités multiples. La trame celluleuse est moins marquée à la surface interne, plus homogène, plus opaque. On n'y découvre aucune trace de fibres régulières, de vaisseaux ou de nerfs. L'auteur termine par une étude succincte du pigment dans la série animale. (*Comm.* : MM. Cruveilhier, Barth, Robert.)

La séance est levée à cinq heures.

Société anatomique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1855, par le docteur AXENFELD, secrétaire.

Suite. — Voir les numéros 12 et 15, t. III.

Appareil circulatoire.

M. Henry vous a communiqué un des faits les plus curieux de chirurgie et d'anatomie pathologique. Le seul énoncé de cette observation suffit pour donner une idée de son importance : Un jeune homme reçoit un coup de parapluie sur la paupière inférieure gauche ; immédiatement après, il y a blépharoptose du côté droit, l'œil est saillant, le malade voit les objets doubles. On diagnostique une paralysie du nerf de la troisième paire. Mais M. Nélaton, aux battements qui soulèvent l'œil, reconnaît un anévrysme de l'artère ophthalmique ou de la carotide interne. L'auscultation fait entendre un souffle isochrone aux battements dont l'œil est agité ; souffle et battement cessent quand on comprime la carotide droite. Près de deux mois après, une épistaxis légère, qui revenait de temps en temps, et qui datait de l'accident, prend tout à coup le caractère d'une véritable hémorrhagie, et se répète avec violence, malgré la compression de la carotide. M. Henry combine un appareil compressif plus efficace que tous ceux précédemment employés ; mais un matin, après une de ces épistaxis, arrêtée cependant en peu d'instants, le malade vomit des caillots, et, dans l'effort qu'il fait pour les rendre, il meurt subitement. A l'autopsie, on acquiert la certitude que le bout du parapluie avait brisé la paroi latérale du sinus sphénoïdal, traversé ce sinus, atteint le sinus caverneux, blessé l'*artère carotide interne*, dont la continuité a été trouvée complétement interrompue, et qu'il a *mis ainsi en communication le sang de cette artère avec le sang veineux*. M. Nélaton avait reproduit expérimentalement des lésions analogues, il était parvenu ainsi à donner à son diagnostic une très grande précision. On peut supposer que même la communication de la carotide interne avec le sinus caverneux n'eût pas échappé à la sagacité de ce chirurgien, si le bruit de souffle perçu à l'auscultation, au lieu d'une continuité parfaite (comme cela a lieu pour les anévrysmes artérioso-veineux des membres), n'avait offert un caractère intermittent. Cette circonstance tenait sans doute à la situation profonde des parties : le renforcement diastolique seul était transmis à l'oreille, tandis que le murmure intermédiaire (comme le dit M. Henry) n'arrivait à l'observateur qu'à l'état de léger prolongement.

Avant de clore ce chapitre relatif aux artères, je vous rappellerai une pièce fort instructive qui a été mise sous vos yeux par M. Verneuil. On y voyait l'artère poplitée dans toute la longueur de l'anneau, ou plutôt du canal du muscle soléaire, rigide, complétement ossifiée, comme prismatique et triangulaire, tandis qu'au-dessus et au-dessous de ce canal ses parois étaient parfaitement saines. M. Verneuil a rapproché la fréquence d'altérations semblables à ce même niveau, de la fréquence, généralement connue, des anévrysmes poplités. Le sac se formerait, non dans l'intérieur du canal, car la tension du muscle soléaire s'opposerait à son développement, mais au-dessus de l'anneau, là où l'artère offre les mêmes lésions, seulement à un degré moins avancé.

Veines.

Nous devons à M. Verneuil une pièce intéressante, sur laquelle on remarquait une *oblitération incomplète de la veine cave* produite sous l'influence d'une compression qu'exerçait sur le vaisseau une tumeur cancéreuse de l'abdomen. L'adhésion établie par une espèce de couture celluleuse réduisait à 4 millimètres l'embouchure de la veine rénale. C'est en quelque sorte le pendant d'une autre pièce de M. Verneuil (1852), où l'on voyait la veine cave supérieure oblitérée par adhésion de ses parois dans la moitié de sa largeur.

Sur la cuisse d'un malade que M. Velpeau avait amputé pour un enchondrome du tibia et qui a succombé à une infection purulente du tibia, M. Marcé vous a fait voir l'un des modes suivant lesquels la *phlébite* se propage de proche en proche, depuis les rameaux intéressés par le couteau jusqu'au tronc veineux principal. A la faveur des barrières que les valvules opposent à la pénétration du pus, grâce à l'espèce d'isolement qu'elles établissent entre des veines très voisines cependant, les caillots et le pus s'étendent de bas en haut, et rampent, en quelque sorte, jusqu'à la veine crurale, qu'ils n'envahissent qu'au voisinage du ligament de Poupart. Toute la portion de cette veine située au-dessous de l'embouchure de la veine fémorale profonde est exempte d'altération. Voilà un fait qu'il faut enregistrer avec soin, car il est fort possible qu'une semblable disposition donne le change à des observateurs peu attentifs. Après avoir incisé une longue portion de la veine crurale et n'y avoir constaté aucune altération, plus d'une fois, sans doute, on s'est hâté de nier l'existence de la phlébite et d'admettre une *fièvre purulente essentielle*. Déjà les faits de phlébite des os signalés dans ces derniers temps ont réduit de beaucoup le nombre des cas où cette fièvre peut être admise sans un point d'interrogation. L'observation de M. Marcé nous fait connaître une nouvelle manière d'être, une nouvelle forme latente de la phlébite dans le moignon des amputés. Quant au rôle attribué par M. Marcé à l'influence des valvules, M. Verneuil a eu l'occasion de le constater également dans ses recherches sur les varices. Une saphène dilatée, flexueuse, serpentine, se rend dans une veine fémorale qui est saine au-dessous de la valvule située au niveau de l'embouchure ; mais au-dessus de ce point la veine fémorale est elle-même variqueuse.

Je ne ferai que mentionner une présentation de M. E. Nélaton, qui nous a signalé, au centre d'un caillot de la veine cave, une matière puriforme. J'emploie à dessein cette expression, car il eût fallu vérifier par l'examen microscopique si ce n'était pas encore un de ces cas assez communs où un amas de globules blancs du sang simule un dépôt purulent.

Les hémorrhoïdes sont-elles des varices ? Il y a peu de temps encore, en présence des opinions divergentes, ou négatives ou éclectiques des auteurs de pathologie, cette question pouvait être posée. Non-seulement elle se trouve résolue par l'affirmative, grâce aux recherches de M. Verneuil, mais encore le travail de notre collègue nous a fait connaître plusieurs points intéressants de l'anatomie normale et morbide des veines du rectum. Les pièces qu'il a mises sous vos yeux vous ont montré d'une manière plus précise la disposition de ces veines, les conditions mécaniques qui président à la formation des hémorrhoïdes, et les degrés successifs de leur évolution. En ce qui touche à l'anatomie normale, M. Verneuil vous a signalé l'isolement presque absolu des rameaux de la veine hémorrhoïdale supérieure et de ceux de l'hémorrhoïdale moyenne; le même isolement existe pour les artères, comme nous l'a dit M. Trélat; disposition remarquable qui établit une indépendance à peu près complète, quant à la circulation, entre la membrane muqueuse du rectum et sa tunique musculaire. En effet, la veine hémorrhoïdale moyenne se distribue à peu près exclusivement à cette tunique et au tissu cellulaire voisin ; les branches de l'hémorrhoïdale supérieure, au contraire, sont les veines propres de la muqueuse rectale ; en supposant leur origine à la mésentérique inférieure, on les voit descendre sur les côtés du rectum, sans fournir aucune branche notable, et atteindre sa membrane interne au-dessus des sphincters (dont la contraction eût sans doute gêné la circulation du sang), puis elles traversent perpendiculairement les fibres musculaires. La contraction que ces fibres exercent sur ces rameaux veineux explique la facilité avec laquelle le sang s'accumule à leurs extrémités. Une fois la stase établie dans la portion inférieure du rectum, on voit se produire d'abord des espèces de bouquets ou d'étoiles vasculaires; puis la dilatation fait des progrès, il se forme des poches sanguines plus ou moins indépendantes des vaisseaux voisins, quelques-unes pédiculées. La distribution régulière des veines à la marge de l'anus se traduit dans l'état hémorrhoïdaire par un soulèvement de la muqueuse sous forme de colonnes parallèles ou de pinceaux isolés rappelant ceux que l'on trouve au cardia.

Ces premiers résultats ont dû encourager M. Verneuil à poursuivre ses recherches, et sans doute il ajoutera bientôt une histoire

anatomique complète des hémorrhoïdes à celle des varices, dont il s'est occupé avec tant de succès.

M. Godard vous a montré des tumeurs érectiles traitées par des applications externes de perchlorure de fer, et vous avez pu juger des heureuses transformations que ces productions vasculaires subissent par l'action répétée de ce coagulant.

Glandes sanguines.

Nous devons à M. Robin la description d'une lésion commune à la rate, à la thyroïde, qu'il a rencontrée aussi dans les ganglions lymphatiques, et qu'il s'attend à trouver dans le thymus et les plaques de Peyer. C'est une hypertrophie des follicules clos, dont les parois sont devenues manifestement fibroïdes et vasculaires. La friabilité toute particulière des organes ainsi altérés et leur décoloration ont fait comparer leur tissu à de la cire. M. Robin désigne sous le nom de *sympexions* les granulations que l'on observe dans ces cas. Notre collègue attache moins d'importance à être le premier qui ait signalé cette lésion, qu'à constater la généralité de ce mode d'altération et les caractères identiques qu'il présente dans tous les organes précités. L'anatomie pathologique viendrait ainsi établir un lien de plus entre les glandes sans conduit excréteur, déjà si semblables par leur structure, et j'ajouterai, par le mystère qui couvre leurs fonctions.

M. Verneuil vous a montré sur le lobe gauche de la thyroïde une masse de consistance fibreuse où l'on voyait des foyers apoplectiformes placés au sein d'un tissu dense et décoloré. Les cavités, que l'on eût été tenté de considérer comme des follicules élargis, paraissaient résulter d'une dilatation en ampoule des vaisseaux : c'étaient des *kystes vasculaires* plus ou moins complétement isolés des canaux qui leur avaient donné naissance. Quant à la masse de la tumeur, c'est à un épanchement de matière amorphe qu'elle doit sa formation; son tissu dense et transparent simulait dans certains points des dépôts cartilagineux. Cette étude soigneuse des *concrétions de la thyroïde* à un degré peu avancé de leur développement, est d'un grand intérêt pour l'intelligence des lésions décrites sous le nom d'ossification de cet organe.

Sur une pièce de M. Basset où la thyroïde était très volumineuse — au point de forcer le chirurgien à laisser inachevée la trachéotomie, pour laquelle les premières incisions avaient déjà été faites, — M. Broca a signalé le *thymus*, non-seulement persistant, mais encore considérablement *hypertrophié*. Ce fait est d'autant plus digne d'attention que le malade était âgé de trente-neuf ans.

Appareil respiratoire.

Parmi les pièces relatives à la pathologie de l'appareil respiratoire, nous rappellerons d'abord celle qui vous a été présentée par M. Moysand. Un *fragment de liége*, en s'engageant dans la trachée d'un enfant, a été le point de départ d'accidents dont la cause est restée longtemps douteuse, et que la trachéotomie a été impuissante à conjurer. Une remarque fort juste a été faite à ce propos par M. Dufour : il eût fallu s'abstenir d'introduire une canule dans la trachée; la présence du seul dilatateur ne se fût certainement pas opposée à l'expulsion du corps étranger.

Une *phthisie laryngée* avec œdème de la glotte vous a été montrée par M. Poisson. Les désordres les plus affreux dans le larynx contrastaient avec des altérations du poumon très légères et qui eussent probablement permis à la malade de survivre si la trachée avait pu être incisée à temps.

Chez un enfant atteint d'une *laryngite pseudo-membraneuse* consécutive à une scarlatine, M. Isambert a attiré votre attention sur l'absence d'accès de suffocation, malgré la grande étendue de la diphthérite ; il a également insisté sur la complication d'une hépatisation lobaire, d'une pleuro-pneumonie franche, forme rare dans les inflammations pulmonaires qui surviennent à la suite des fièvres éruptives.

M. Barth vous a fait voir une bronchite chronique ulcéreuse avec *dilatation des bronches et phthisie pulmonaire*. Une épaisse pseudo-membrane enveloppait le poumon droit; le parenchyme offrait les altérations de la pneumonie chronique, mais on y trouvait aussi des granulations et même des excavations tuberculeuses. A son entrée dans ce poumon, la division de la bronche droite qui se rend au sommet offrait un rétrécissement produit, selon toute probabilité, par une cicatrice; les autres rameaux étaient extrêmement dilatés, ceux du lobe inférieur surtout. Une rougeur cramoisie et de nombreuses ulcérations indiquaient l'inflammation chronique de ces canaux. Suivons maintenant M. Barth dans la concordance qu'il sait si bien établir entre les symptômes et les lésions : Un son obscur en avant, mat en arrière, traduisait le changement éprouvé par le poumon droit dans la densité de son parenchyme ; la faiblesse du bruit respiratoire au sommet résultait du rétrécissement du rameau bronchique correspondant ; les râles, plus larges, plus éclatants, accompagnés de bronchophonie caverneuse et constatés vers l'angle inférieur de l'omoplate, y dénotaient la présence d'une cavité un peu plus spacieuse que les autres. Le diagnostic était cependant resté douteux ; la bronchite chronique était évidente, mais il était moins aisé de dire si c'étaient des dilatations bronchiques ou des excavations tuberculeuses qui l'accompagnaient.

Établissons d'abord que c'est là une distinction souvent absolument impossible à formuler. Il suffit, en effet, de réfléchir aux conditions physiques qui produisent dans le bruit respiratoire, dans la toux et la voix ces changements que nous désignons sous les noms de souffle, de toux et de voix bronchique ou caverneuse. Ces conditions, malgré l'extrême variété des causes qui les font naître, se réduisent, en définitive, à deux : 1° compacité du parenchyme pulmonaire (infiltration plastique, tuberculeuse, tassement du tissu pulmonaire par un épanchement pleural, etc.) ; 2° ampleur exagérée des cavités parcourues par l'air inspiré et expiré (dilatation bronchique, excavation tuberculeuse ou purulente ou gangréneuse, hydatide ouverte dans les bronches).

Souvent ces deux conditions se réunissent, se superposent. Exemple : les cavernes tuberculeuses, où l'on trouve à la fois une cavité supérieure au calibre des bronches et un parenchyme moins perméable, deux éléments qui contribuent à peu près dans la même mesure à modifier le bruit respiratoire. Autre exemple : dilatation bronchique entourée d'un tissu induré soit par un engorgement simple, soit par une infiltration tuberculeuse.

Il n'est pas d'oreille assez exercée pour ne jamais faillir dans la distinction souvent très délicate entre le souffle par condensation de tissu et le souffle par agrandissement des cavités ; mais il est plus difficile encore de reconnaître par la seule auscultation à quelle cause est due la densité plus grande du poumon ou l'ampleur exagérée de ses cavités. Aussi, pour affirmer qu'il existe ou des excavations tuberculeuses ou des dilatations bronchiques, ne peut-on, dans certains cas, avoir recours qu'à des circonstances accessoires, telles que le siége précis du souffle. Ce bruit est-il plus marqué au sommet que partout ailleurs, il est probable qu'il s'agit d'une caverne ; à la base, on soupçonnera plutôt une dilatation bronchique. Mais il existe plus d'une exception à cette règle. M. Barth et d'autres collègues vous ont montré, dans le cours des années précédentes, maint exemple de dilatation bronchique occupant le lobe supérieur ; d'un autre côté, on sait que de larges cavernes peuvent se rencontrer à la base du poumon, et votre secrétaire a vu un cas remarquable en 1854 dans les salles de M. Andral. Vous remarquerez que sur la pièce de M. Barth le sommet n'offrait que des excavations très petites, et que la plus spacieuse de toutes était placée à l'angle de l'omoplate, c'est-à-dire sur une espèce de terrain neutre entre les régions limitrophes attribuées l'une au tubercule, l'autre aux bronches dilatées. Aussi M. Barth a-t-il sagement réservé son diagnostic. Du reste, l'autopsie, comme vous l'avez vu, aurait pu donner gain de cause aux deux suppositions, en montrant des cavernes et des dilatations bronchiques, de la pneumonie chronique et des tubercules.

Dans les poumons d'une femme atteinte de cirrhose du foie et morte en proie à une dyspnée violente, M. Cruveilhier a rencontré une forme d'hémorrhagie pulmonaire généralement peu connue et que l'on prend souvent pour un phénomène cadavérique : je veux parler de l'*apoplexie* sans foyer, ou par *infiltration*.

M. Basset et M. Charnal vous ont montré l'*induration* purement

inflammatoire du poumon, et M. Cadet-Gassicourt y a trouvé chez un phthisique une sorte de transformation fibreuse, comparée à tort à la cirrhose du foie. D'après les observations de MM. Charles Robin et Isambert, qui la désignent sous le nom de *carnification congestive*, cette lésion résulte d'une infiltration de matière amorphe et de granules d'hématoïdine. Il y avait en même temps hypertrophie du tissu fibreux du poumon.

Une forme des plus curieuses de la *gangrène du poumon* est celle où un fragment de tissu pulmonaire se trouve enfermé et plus ou moins complétement isolé dans une excavation formée par le parenchyme voisin. M. Cruveilhier a décrit dans son atlas un cas de ce genre où le *séquestre* pulmonaire ne tenait plus aux parties adjacentes que par un mince pédicule, un rameau bronchique. Sur une pièce de M. Tarnier, vous avez vu comment, ces dernières connexions étant elles-mêmes détruites, le fragment sphacélé reposait librement dans une caverne qu'une membrane pyogénique circonscrivait de toutes parts.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Du valérianate d'atropine dans le traitement de l'épilepsie, par M. le docteur MICHÉA.

Observations pour éclairer l'étiologie et le traitement de l'épilepsie, par M. Henri HUNT.

Pour nous, l'épilepsie n'est point une entité morbide, ayant constamment même caractère, même origine, et nécessitant, par conséquent, une thérapeutique uniforme. Toutefois, si nous inclinons de préférence vers les praticiens qui, aux différentes époques, se sont efforcés de restreindre le plus possible, à cet égard, le domaine de l'empirisme; comme, malheureusement, la spécification du mal est généralement fort incertaine, loin de proscrire les essais qui se multiplient, nous n'avons cessé de signaler avec empressement ceux d'entre eux auxquels paraît s'attacher une réelle importance.

Dans le double travail que nous devons examiner, le hasard nous offre aujourd'hui l'occasion rare de mettre simultanément en relief, d'une part, une médication purement empirique; de l'autre, une méthode basée sur des données rationnelles.

Chacun connaît la réputation anti-épileptique de la belladone. Sur plus de deux cents malades, M. Debreyne, à qui on doit surtout la vulgarisation de ce médicament, en aurait obtenu, sinon constamment des guérisons complètes, du moins des améliorations marquées; d'autres praticiens ont également eu à se louer de cette substance, notamment M. Trousseau, qui assure avoir guéri par ce moyen 20 épileptiques, sur près de 150, c'est-à-dire un septième.

Il y aurait, du reste, à faire un choix parmi les préparations. L'extrait préparé à froid serait plus énergique que l'extrait préparé à chaud. M. Norbert Gilles a prouvé aussi que les feuilles sèches, malgré les meilleures conditions de conservation, se décomposaient facilement, et que le principe actif se transformait en ammoniaque.

En raison de ces circonstances, M. Michéa a pensé que l'emploi direct de l'atropine aurait sur les autres modes l'avantage d'une action plus prompte, plus sûre et d'un dosage plus facile; et, comme cet agent, d'une extrême énergie, est périlleux à manier, il a imaginé de le combiner avec l'acide valérianique, espérant, d'ailleurs, outre l'atténuation, ajouter à ses propriétés celles d'un autre médicament très réputé lui-même contre le mal caduc.

L'effet a-t-il répondu à son attente? M. Michéa rapporte quatre faits où les modifications opérées dans l'état des malades sont, sans contredit, de nature à fixer l'attention.

OBS. I. — Madame G..., âgée de trente-deux ans, d'une excellente constitution, ne comptant dans sa famille aucun épileptique, avait toujours été, malgré quatre grossesses rapprochées, exempte d'accidents notables. Il y a quatre ans, neuf mois après sa première couche, elle fut saisie de frayeur, en voyant un de ses enfants faillir d'être écrasé sous une roue. Quinze jours après, au milieu de la nuit, pendant des règles plus abondantes que de coutume, se déclara une première attaque convulsive, laquelle, depuis, fut suivie d'attaques analogues, environ tous les mois, dans les mêmes conditions, vers le point du jour. Le caractère du mal ne laisse point de doute sur sa nature : Madame G... pousse un cri, perd connaissance, entre en convulsions, puis devient livide et rend une écume sanguinolente. A cet état, qui dure trois à quatre minutes, succède un sommeil profond plus ou moins prolongé.

Six accès avaient déjà eu lieu, lorsque M. Michéa fut appelé, le 22 novembre 1849. L'administration du valérianate d'atropine est immédiatement commencée et continuée, à la dose d'un milligramme, jusqu'au 28. L'action du sel s'étant manifestée par la dilatation des pupilles et du trouble visuel, on suspend son emploi pour le reprendre du 8 au 15 décembre à la dose de 2 milligrammes. Nouvelle suspension et nouvelle reprise du 23 au 30, du 15 janvier 1850 au 1er février, du 15 février au 1er mars, du 15 avril au 30, à la même dose.

Pendant ces alternatives, il y eut seulement deux légères crises, le 16 décembre et le 8 mai. Dans le mois de septembre suivant, Madame G... prit encore chaque jour du 15 au 30, un demi-milligramme du sel valérianique. Deux ans et demi ont passé, et nulle trace de l'affection n'a reparu.

OBS. II. — Mademoiselle J..., âgée de dix-huit ans, d'une constitution nerveuse, se fit de bonne heure remarquer par un penchant prononcé à l'onanisme. Elle semblait tenir ce tempérament de sa mère très irritable elle-même et sujette à des accès de lypémanie. Les règles établies à seize ans sont difficiles et peu abondantes. Une vive contrariété, à dix-sept ans, précéda de deux mois la première attaque convulsive.

A partir de ce moment les retours se manifestent irrégulièrement, trois ou quatre fois par mois. Des saignées de pied, des bains de siége, des pédiluves, quelques ferrugineux sont, dans le but de faciliter la menstruation, les seuls moyens employés.

Le traitement commencé le 4 mars 1849, fut poursuivi jusqu'au 28 juillet et au delà, aux mêmes doses et avec les mêmes interruptions que dans l'observation précédente. Il y eut seulement, les deux premiers mois, deux attaques et quelques vertiges. De ce moment au 8 septembre 1852, date des derniers renseignements, la cure s'était maintenue, malgré la persévérance des irrégularités cataméniales.

OBS. III. — L'enfant D..., âgé de quatre ans et demi, d'une constitution robuste, ayant eu frayeur d'un chien, fut pris dans la nuit même de crises nerveuses annoncées par une sorte de trouble hallucinatoire; ces crises se renouvelèrent d'abord rares et survenant au début du premier sommeil; on s'en inquiéta peu, mais s'étant rapprochées au point de revenir 7 à 8 fois par mois et à toutes heures, on invoqua les secours de l'art. Un traitement par l'oxyde de zinc, les vermifuges et les bains sembla procurer du soulagement; mais les accidents ne cessèrent pendant six semaines que pour reparaître avec plus de violence. On en comptait jusqu'à trois dans la même nuit.

Chez ce jeune malade, le valérianate d'atropine, administré par M. Michéa, pour la première fois, le 4 avril 1850, fut continué selon le mode indiqué durant environ sept mois à la dose d'un demi-milligramme. Les dernières crises consistant en d'imperceptibles vertiges, apparurent dans le mois d'août. Après deux ans, l'enfant D... était encore exempt de toute atteinte.

OBS. IV. — Dans ce cas, la guérison n'a point été obtenue, mais l'amélioration a été considérable. V..., concierge, cinquante et un ans, sujet à la migraine, voit, en 1841, remplacer cet état par des convulsions épileptiques. Celles-ci, violentes, subites, laissant après elles un engourdissement stupide de plusieurs jours, reviennent environ deux ou trois fois par mois. Divers traitements avaient été infructueux.

M. Michéa appliqua sa médication le 26 juin 1850 et la continua jusqu'à la fin de l'année. Dès lors les attaques s'éloignent et même s'affaiblissent. Ce ne sont plus que de simples vertiges revenant tous les quatre à cinq mois.

Ces faits valent tous les commentaires. Malheureusement, ils sont peu nombreux encore. On regrette aussi que M. Michéa ne les ait point mis en regard de ceux où le remède a pu échouer, et qu'il se soit tu surtout sur les cures plus récentes qu'il a dû obtenir depuis quatre ans. On comprend, en effet, combien en l'absence de ces documents comparatifs, il est difficile d'asseoir sur une méthode quelconque un jugement satisfaisant.

Quoi qu'il en soit, le valérianate d'atropine promet un précieux anti-épileptique. Les cas cités prouvent son énergie puisqu'il a suffi de 1 à 2 milligrammes par jour, pour produire les effets physiologiques presque toujours bornés, d'ailleurs, à la dilatation pupillaire et à l'aberration de la vue. Quant au mode d'emploi, M. Michéa a adopté le système des reprises et des suspensions de huit à quinze jours, ainsi que des gradations croissantes et décroissantes. Des expériences comparatives pourraient seules décider si cette manière de procéder, fondée sur des appréhensions légitimes mais préconçues, a réellement les avantages que son auteur lui suppose.

Redisons, enfin, que l'initiative de M. Michéa ne se borne pas à la thérapeutique. Avant le travail lu à l'Académie de médecine par notre savant confrère, en 1853, et sur lequel vient de se prononcer favorablement une commission composée de MM. Baillarger Jolly et Lecanu, le valérianate d'atropine n'existait pas en chimie. C'est lui qui, le premier, ayant eu la pensée de cette combinaison, a préparé le valérianate d'atropine dans le laboratoire de M. Pelouze, avec le concours de M. Alvaro Reynoso, élève distingué de l'habile chimiste. Un pharmacien de Paris a publié, depuis, une formule. Mais M. Michéa fait remarquer qu'elle diffère essentiellement de la sienne, laquelle contient, au lieu de trois dixièmes, une partie et demie d'acide. Cet excès d'acidification ne serait pas sans importance : on lui devrait une neutralisation plus complète des effets nuisibles de l'atropine et l'augmentation, dont nous avons parlé, des propriétés curatives.

D'autres variétés spasmodiques, l'hystérie, la chorée, la coqueluche, auraient, d'après M. Michéa, fourni aussi au nouveau médicament un certain contingent de succès. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1856.)

Le mémoire de M. Hunt porte sur des cas spéciaux. Ayant pensé, d'après diverses circonstances, que l'épilepsie pouvait être subordonnée quelquefois à des troubles généraux de l'économie, et notamment à des altérations sanguines, il a été conduit à des recherches dont les résultats semblent pleinement confirmatifs de ses prévisions.

Déjà Prout avait constaté qu'un excès de soude ou de potasse dans le sang était de nature à provoquer, selon les idiosyncrasies, des symptômes morbides, la manie entre autres. L'élément alcalin de la bile influerait de même sur la production des phénomènes convulsifs dans les faits mentionnés par M. Hunt. Des désordres dans les fonctions du foie, la pâleur et la faible acidité des urines, l'emploi de la magnésie et du bicarbonate de soude, suivi d'une notable aggravation, en sont, aux yeux de notre confrère anglais, des témoignages très vraisemblables. Les modifications favorables produites par une médication basée sur ces indices, viennent d'ailleurs ajouter à la somme de ces probabilités.

Répandus dans le sang, les éléments biliaires agiraient soit directement sur les tissus nerveux, soit en opérant des changements chimiques propres à amener des combinaisons nuisibles ou à empêcher des éliminations salutaires. La bile prive le fluide sanguin de ses qualités stimulantes. D'autre part, ne peut-on pas admettre que l'excès d'alcali soit une cause majeure de la diminution de l'urée et des acides urinaires ?

Quoi qu'il en soit de ces inductions plus ou moins conjecturales, on pourra, par une brève analyse des huit observations rapportées par M. Hunt, juger de la valeur du traitement acide qu'il préconise, de son mode et de son opportunité dans la forme particulière à laquelle il l'applique.

Obs. I. — Une dame, d'une bonne santé habituelle, déclinait insensiblement depuis quelque temps, étant sujette à un lourd sommeil et à de fréquents dérangements de la digestion. Tout à coup, à table, après avoir mangé du bœuf mal cuit, elle est prise d'une attaque épileptique Dans la suite, des crises analogues se reproduisirent à des intervalles irréguliers, mais ordinairement assez courts, de un jour à plusieurs semaines. L'usage du bœuf ou d'une nourriture indigeste ne manquait guère de les renouveler.

Traitée par des moyens appropriés, la malade recouvra la santé et demeura plus d'un an exempte de convulsions ; mais avec un nouveau dérangement fonctionnel, reparurent les accidents épileptiques. C'est alors que fut consulté M. Hunt, en septembre 1847.

Une complexion détériorée, des yeux jaunes, une langue sale, un pouls lourd et ralenti, des selles difficiles, un ventre dur et sensible à la pression, de l'hébétude et des douleurs lombaires, telles furent les données fournies par le premier examen.

M. Hunt administra d'abord un purgatif drastique qui procura d'abondantes évacuations d'une matière incolore ; puis, ayant constaté que les urines dont la pesanteur spécifique marquait 1,010, étaient pâles et ne contenaient que des traces d'acide, il s'appliqua, d'une part, à remédier par un régime fortifiant à un épuisement d'où pour lui naissaient les symptômes nerveux ; d'autre part, à faire cesser au moyen de purgatifs réitérés et de l'usage interne et externe de l'acide nitro-muriatique l'irrégularité des fonctions hépatiques et l'inacidification urinaire.

Néanmoins les accès continuèrent pendant quelque temps, et chaque retour s'annonçait par une aggravation des phénomènes généraux ; mais, à la fin, la santé s'améliorant, ils s'éloignèrent et disparurent.

Un an s'était écoulé sans attaques, quand une troisième fois la récidive des désordres indiqués ramena les convulsions. On crut, dans le pays de la malade, devoir recourir aux apéritifs (sulfate de magnésie et bicarbonate de soude). Il s'ensuivit un redoublement de crises des plus alarmants. Heureusement l'intervention providentielle d'un choléra bilieux, d'une grande intensité, vint apporter à ce triste état une solution qui depuis ce temps ne s'est pas démentie.

On comprend, dans le système de M. Hunt, le double effet contraire des déjections cholériques et des sels de soude et de magnésie, puisque ceux-ci auraient ajouté à la surabondance alcaline du sang, dont les autres l'auraient délivrée, comme antérieurement le traitement acide.

Ce fait, toutefois, n'eut pour M. Hunt qu'une signification restreinte. L'idée d'une médication spéciale lui fut surtout suggérée par les particularités analogues d'un second cas soumis à son observation quelques années plus tard.

Obs. II. — En 1851, X..., âgé de dix-huit ans, tombe dans une sorte de langueur. L'engourdissement intellectuel lui rend l'étude difficile. Le teint est cachectique, les yeux jaunes, la langue sale, les urines bilieuses, le ventre dur et resserré. Il éprouve au niveau des tempes une vive douleur intermittente.

M. Hunt prescrit un éméto-cathartique dont l'opération, par suite d'une copieuse évacuation de bile, procure un soulagement confirmé par le sulfate de quinine. On envoie le malade à la campagne pour achever sa convalescence.

Mais là se déclarèrent de singulières crises. Tout à coup, X..., se promène comme un insensé ; sa voix affecte une intonation puérile, accentuée et criarde. Placé sur une chaise, il fléchit la tête en avant et s'évanouit, pour reprendre bientôt après sa connaissance. De semblables accidents se répètent fréquemment les jours suivants.

Pour M. Hunt, ces symptômes tiennent à une cause générale : le pouls en effet est faible, l'urine peu acide et la matière des selles diversement colorée. L'emploi combiné des apéritifs, des toniques et des aromatiques demeure cependant sans résultat. Repris en conséquence d'une consultation avec MM. Holland et Marshall Hall, le premier traitement coïncide lui-même avec une exacerbation convulsive.

Réfléchissant dès lors à l'état particulier de l'urine, à l'inertie du foie et au bienfait des acides chez la précédente malade, M. Hunt pense obéir à une indication rationnelle, en s'efforçant de neutraliser les principes alcalins qu'il suppose en excès dans le sang.

Chaque nuit, X... est plongé pendant vingt minutes dans un bain nitro-muriatique. On le soumet à des boissons et à une diète acidules. Les effets de cette médication sont presque immédiats. La bile coule en plus grande abondance par ses voies naturelles ; l'urine reprend son acidité ; peu à peu les crises s'amoindrissent et cessent définitivement au bout de neuf semaines. La cure date aujourd'hui de quatre ans.

Dans le troisième cas, la persévérance dans la médication fut également couronnée.

Obs. III. — Mademoiselle X..., âgée de trente-cinq ans, ayant éprouvé beaucoup de fatigue et de tribulations, fut prise, en 1846, d'un premier accès d'épilepsie, à la suite d'une perte utérine. Plus tard, le mal s'étant régularisé, revint à peu près toutes les trois semaines à un mois, d'ordinaire pendant le sommeil. Les crises étaient précédées d'une sorte de cauchemar avec défaillances, visions et sentiment de strangulation ; elle tombait ensuite dans un coma prolongé.

La marche des accidents avait peu varié jusqu'en 1852, malgré di-

verses médications, le nitrate d'argent entre autres. A cette époque, la santé générale n'avait que médiocrement souffert; les digestions étaient bonnes, les règles et les évacuations régulières; mais les excréments offraient une teinte moins foncée que de coutume. D'autre part, les urines pâles, faiblement acides, opalines, étaient descendues à 1,006. L'évaporation y faisait naître un dépôt phosphaté.

M. Hunt institua ainsi le traitement : Bains nitro-muriatiques de vingt minutes; chaque nuit, 20 gouttes du même acide dans une potion, des pilules purgatives et, comme alimentation, des viandes légères, des fruits et végétaux acidules, du cidre.

Il y eut une amélioration pour ainsi dire immédiate, plus de défaillance; les accès restent treize semaines sans revenir.

Mademoiselle X... abandonne le traitement; soit cette circonstance, ou l'influence de nouvelles contrariétés, un accès, puis un autre apparaissent les 3 et 8 septembre, mais peu intenses. On recommence les remèdes dans lesquels, sauf quelques intervalles, on persista durant six mois. Plusieurs accès eurent lieu au bout de treize semaines, un mois après, enfin, un léger vertige en mars 1853. La malade, depuis trois ans, en est exempte.

Obs. IV. — M..., âgé de vingt-deux ans, est sujet, depuis l'âge de treize ans, au mal caduc. Une mauvaise nourriture, des brutalités subies à l'école, en auraient été l'origine. Les crises sont en général mensuelles. Il suffit de la plus légère impression pour les provoquer, tant est vive la sensibilité qu'elles ont développée.

En apparence, lorsque M. Hunt fit sa première visite le 1er janvier 1854, la santé générale n'était point compromise. L'appétit même était vorace. Toutefois, il y avait de fréquentes indigestions; les urines étaient incolores, abondantes, inacidulées. Leur pesanteur spécifique de 1,0247 s'expliquait par l'abondance du résidu de l'évaporation égalant 5,81 pour 100 et fournissant en cendres 1,80 et en chlorure de soude 1,005.

Dans le principe, les prescriptions furent mal exécutées. Le malade, qui n'habitait pas Londres, se borna à quelques lotions quotidiennes. La médication ne commença réellement qu'au mois d'août. Seulement au lieu de bains on épongea le corps chaque jour trois fois, pendant trente minutes. Dès lors, la sensibilité s'émoussa, les crises perdirent de leur intensité et de leur fréquence et à partir de mars 1855, le calme est demeuré parfait.

Quant aux urines, de nouveau examinées, elles pesaient 1,026. Le résidu donnait 5,05 pour 100, et les proportions d'acide urique, d'urée et de potasse y étaient normales.

Obs. V. — X..., âgé de onze ans, est soumis depuis deux ans à des attaques qu'on suppose avoir été occasionnées par une mauvaise nourriture et une méchante farce jouée par des camarades d'école. La fréquence des retours n'est pas indiquée. La constitution est débile, le facies jaunâtre, les urines et les matières pâles. En peu de temps, les bains et potions nitro-muriatiques amènent le changement le plus favorable. Sauf un seul accès dès le commencement, il n'y avait rien eu jusqu'à Pâques de l'année suivante. Malheureusement, on le renvoie à la classe et quelques semaines après, il succombe dans une de ces séries convulsives si souvent mortelles.

Ce cas, malgré sa terminaison funeste, montre le grand avantage de la méthode par les acides. Leur efficacité n'est pas moins évidente dans celui qui va suivre.

Obs. VI — Mademoiselle X..., âgée de cinquante-six ans, souffre depuis plus de six ans d'attaques épileptiques entremêlées de vertiges et de longues suspensions intellectuelles. La peau est jaune, la langue sale, les urines incolores. La maladie avait été méconnue. En juillet 1853, des laxatifs et des alcalins aggravent les crises. C'est peut-être à ces remèdes qu'on doit rapporter la forte proportion de phosphate et de chlorure de soude trouvée dans le liquide urinaire.

M. Hunt fut appelé en septembre. Le traitement consista en lotions extérieures, potions, limonades, xérès à dîner et à collation. Bientôt la position s'améliora et, malgré les contrariétés qu'eut à subir Mademoiselle X..., elle n'a plus dès lors revu d'attaques.

Obs. VII. — Une petite fille de treize ans fut conduite à M. Hunt l'été dernier. Ses accès, datant de deux ans, s'étaient manifestés sans cause appréciable. Vers la fin, ils laissaient à peine entre eux trois semaines d'intervalle. Le teint de la jeune malade était blême, ses conjonctives jaunes, sa langue sale. Rares, troubles, d'une pesanteur spécifique de 1,026, les urines contenaient en excès des phosphates et du chlorure de soude, en proportion à peu près normale de l'albumine et du sucre de raisin et en quantité minime de l'urée.

En cette circonstance, M. Hunt associa aux préparations acides des pilules de calomel et de coloquinte prises de deux jours l'un. Pendant le court séjour de l'enfant à Londres, l'amélioration fut douteuse. Un accès eut lieu dans le convoi même lors du retour au pays. A la fin de juin, le médecin de la localité écrivait à M. Hunt qu'il s'était seulement manifesté quelques vertiges. Celui-ci fit remplacer par des bains l'épongement dont on s'était contenté.

La première menstruation survenue en juillet causa un soulagement considérable; mais la seconde époque ayant tardé à se produire, il y eut un accès en août. M. Hunt revit la malade au mois d'octobre, elle se trouvait aussi bien que possible. Les urines avaient reconquis leurs qualités normales, et, sans cesser le traitement, notre confrère fit diminuer graduellement les doses des remèdes.

M. Hunt relate un dernier fait dont la forme épileptique est équivoque. Les symptômes semblent à la fois tenir de l'hystérie et du mal caduc; mais les lésions fondamentales sont analogues à celles précédemment signalées, et l'influence favorable de la médication en justifie surtout le rapprochement.

Obs. VIII. — Madame X..., âgée de trente ans, souffrant d'une affection utérine pour laquelle elle a subi plusieurs cautérisations, éprouvait depuis quelques années des attaques dans lesquelles, après un trouble de la vue et des idées de sept à huit secondes, elle demeurait une vingtaine de minutes privée de sentiment. Quoique robuste, elle était fatiguée. Il y avait constipation; l'urine pâle, légèrement alcaline, saturée de phosphates, ne contenant que des traces d'urée, pesait seulement 1,006. La malade avait en outre une forte appétence pour les acides dont on lui avait interdit l'usage.

En moins de huit jours cependant s'opéra dans l'état général une transformation magique. C'était, dit l'auteur, comme une nouvelle vie. Les crises durèrent quelques mois encore, mais faibles et rares. Une légère recrudescence, l'été suivant, céda promptement aux mêmes moyens.

Il serait difficile, sans doute, d'asseoir sur ces faits une opinion définitive. Il n'en est pas moins remarquable que les effets thérapeutiques aient répondu aux prévisions de la théorie. Nul doute que trop souvent on ne s'arrête à tort à l'écorce des questions. L'empirisme est chose aisée. Mais si la voie de l'analyse physiologique est plus ardue, les expérimentations de M. Hunt montrent qu'au moins on peut espérer, en s'y engageant, réaliser des conquêtes plus scientifiques et plus certaines. (*Medical Times and Gazette*, 26 janv., 9 fév., 1er et 22 mars 1856.)

Obstacle à la fécondation et au cours menstruel par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche et couvrait l'orifice utérin; opération; par M. le docteur Fournet.

Vice de conformation du vagin; stérilité; opération; par M. Th. Maunoir.

Les faits de pratique qui ressortent de l'observation lue, devant la Société médicale du Xe arrondissement, par M. Fournet, sont assez intéressants pour que nous donnions un extrait étendu de cette observation :

Obs. — Mme M. A., d'une trentaine d'années, héréditairement atteinte d'une légère affection dartreuse, fut prise à 15 ans, pendant le cours irrégulier d'une rougeole, d'une péritonite ou métro-péritonite fort grave, à laquelle succédèrent d'abord un catarrhe pulmonaire intense et rebelle, puis une ophthalmie catarrhale longue et rebelle aussi.

La série de ces accidents fut close à seize ans par la première irruption des règles. Après un an de menstruation assez régulière, à dix-sept ans, chaque période menstruelle commença à être précédée et accompagnée de souffrances qui, depuis, sont toujours allées en croissant : c'étaient des coliques très violentes, suivies quelquefois de convulsions : c'était surtout dans la région de la matrice, un sentiment de gonflement, de tension, de pesanteur très douloureux. Ces phénomènes retentissaient dans la région de l'ovaire droit et jusque dans la région ombilicale; ils s'apaisaient dès que le sang parvenait à se faire jour et paraissait à la vulve; la malade ressentait encore, pendant la période de quatre à cinq jours, la sensation pénible d'un corps pesant dans le bassin; mais les phénomènes les plus aigus avaient disparu, et tout, excepté les douleurs ombilicales, cessait après la période menstruelle, pour recommencer à l'époque suivante :

Un mariage de plusieurs années, avec un homme bien constitué sous tous les rapports, mariage fréquemment consommé, était resté infructueux.

Devenue veuve, de plus en plus souffrante à chaque époque menstruelle, M^me^ A..., après s'être refusée pendant quinze ans à l'examen qui aurait pu éclairer son médecin sur son état, se décide enfin à venir consulter à Paris et à se laisser examiner.

C'est le 18 août 1855 que je fis cet examen. Le col de l'utérus était renversé d'arrière en avant. Le museau de tanche était recouvert et comme coiffé par une membrane dense, fibreuse, qui lui donnait un aspect nacré et une forme aplatie. Cette membrane, de la grandeur d'une pièce de un franc à peu près, libre par sa face vaginale, libre aussi par sa face utérine (séparée en ce moment de l'orifice utérin par un petit caillot sanguin, reste de la dernière menstruation), cette membrane adhère par les 5/6^e^ de la circonférence au pourtour du museau de tanche, où elle se continue avec la substance du col. A gauche, l'interruption de cette adhérence, dans 1/6^e^ à peu près de la circonférence, détermine une échancrure en forme de croissant, à bord dense, derrière lequel on peut engager l'extrémité recourbée d'une sonde de femme, pénétrer diagonalement dans l'orifice utérin caché derrière la membrane, et de là dans le corps même de la matrice, au travers du conduit du col, contracté par le tiraillement centripète de la membrane, mais resté libre. Aucune cloison, aucune ulcération, aucune bride, aucune tumeur ni dans le vagin, ni sur le col ou le corps de l'utérus, ne complique, ne rattache le voile fibreux aux parties voisines. Le toucher vaginal combiné avec la pression abdominale, ne révèlent rien d'anormal et de sensible ni dans la matrice, ni dans le ventre. Le cœur, les poumons, l'appareil digestif sont dans leur état normal; la santé générale est dans les conditions les plus satisfaisantes.

L'opération proposée pour remédier à la cause probable de sa stérilité et évidente de sa souffrance périodique, au dire de l'auteur, fut acceptée et pratiquée le 24 août dernier.

Le spéculum trivalve étant en place et retenu par la malade, une bougie presque en face, je fis d'abord, avec le bistouri boutonné à long manche, la section de la membrane en deux moitiés : l'une supérieure, l'autre inférieure, en partant de son échancrure en croissant; après avoir pratiqué sur chacun de ces lambeaux, retenu par le mors finement denté d'une longue pince, un nouveau débridement rayonné, j'excisai la base de chacun de ces lambeaux jusque dans la substance même du col, au pourtour de l'orifice utérin, avec des ciseaux à longues branches et courbés sur le plat à leur dernière extrémité. Quoique difficile dans une région aussi profonde et aussi étroite, tout cela put être fait en cinq à six minutes. La malade, quoique ayant perdu un petit verre de sang à peu près, n'éprouva aucune douleur. Très agité avant l'opération, son pouls était calme quelques moments après. La surface sanglante d'opération fut touchée fortement avec le nitrate d'argent et pansée avec un plumasseau enduit de cérat opiacé, après qu'une mèche eût été introduite dans l'orifice du col pour prévenir les adhérences.

Les phénomènes prévus d'inflammation locale et de réaction fébrile, qui se sont déclarés quelques heures après l'opération, ont cédé facilement aux injections, aux cataplasmes émollients. Dès le surlendemain, toute douleur, toute chaleur locales, toute trace de fièvre avaient disparu. La cautérisation, renouvelée tous les deux jours, n'a bientôt eu pour but que de réprimer les bourgeons charnus et de diriger la cicatrisation ; mais la nature n'a laissé que peu de chose à faire à l'art : en peu de jours, du 5 au 15 septembre, c'est-à-dire de la pleine formation des bourgeons charnus au jour du départ de la malade, le col de l'utérus a si bien et si spontanément repris sa forme, son aspect et même sa direction naturelles, qu'il eût été difficile d'y reconnaître les traces du passé ; et l'on peut dire qu'il avait suffi pour cela de lever l'obstacle qui enchaînait les efforts de la nature.

La première menstruation qui a suivi l'extirpation de la membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche, a été un peu moins difficile, un peu moins douloureuse, et accompagnée d'un sentiment un peu moins prononcé de tension, de gonflement, de pesanteur dans la région utérine. La seconde menstruation, dont la malade me rend compte dans une lettre datée d'octobre, s'est accomplie dans des conditions encore meilleures sous tous les rapports. Enfin, de nouveaux renseignements datés de novembre, les derniers qui me sont parvenus, m'apprennent que ce mieux s'est accru encore.

La fonction menstruelle est donc, chez notre malade, sur la voie progressive du retour à l'état naturel, et l'on peut croire, sans présomption, que cette progression ne s'arrêtera qu'au plein retour des conditions normales. Bien que le trouble de la circulation et de l'innervation utérines tînt à une cause toute locale et toute physique ; bien que cette cause ait été supprimée avec la promptitude d'une opération, le trouble purement fonctionnel qui en a été l'effet pendant quinze ans ne se dissipe que d'une manière lente et graduelle. La loi de l'échelle vitale nous avait permis de prévoir ce fait et d'en prévenir la malade.

Tout nous autorise aussi à croire qu'un nouveau mariage, contracté dans ces nouvelles conditions, serait, ou au moins pourrait être fécond.

Les douleurs ombilicales que la malade ressentait hors l'époque des règles, quoique sans rapport direct avec la menstruation, ont cependant, dès la deuxième époque intermédiaire, subi l'heureuse influence exercée par l'opération. (*Union médicale*, 29 janvier 1856.)

La membrane fibreuse qui coiffait l'extrémité du col utérin était-elle un produit pathologique ou un vice de conformation originel ? Tout en faisant observer avec raison que la solution de cette question ne pourrait rien ajouter ni rien retrancher à l'intérêt pratique de l'observation, M. Fournet essaie d'élucider la question de pathogénie qui se présente si naturellement à l'esprit. Suivant lui, il y a deux explications du fait :

1° On peut croire que la membrane en question était congénitale, était un vice de conformation, et enchaîner de la manière suivante les accidents qui se sont produits : à quinze ans, époque ordinaire de l'apparition des règles, le flux menstruel, arrêté du côté du vagin par la membrane qui obstruait l'orifice utérin, a reflué de la matrice dans les trompes et s'est répandu par le corps frangé, surtout par le corps frangé du côté droit, dans le péritoine ; de là la péritonite générale qui s'est développée à la quinzième année, de là la douleur ovarique droite qui accompagnait chaque menstruation. Mais les fausses membranes développées par la péritonite et organisées par le mouvement vital, ont heureusement fermé les communications péritonéales du conduit de Fallope, et reporté l'effort du reflux menstruel sur l'orifice vaginal de l'utérus. Cet effort répété a fini par détacher sur un point de la circonférence la membrane fibreuse qui fermait cet orifice : de là l'irruption des règles, qui, à l'âge de seize ans, a mis fin à la série des accidents qui s'étaient succédé pendant des années ; de là l'échancrure en forme de croissant que présentait le côté gauche de la membrane.

2° La seconde explication, qui a aussi, au dire de M. Fournet, dans les faits de l'observation, des éléments pour et contre, consiste à considérer la péritonite compliquée de métrite comme le fait primitif, et la membrane fibreuse du col utérin comme consécutive à l'inflammation utérine. Ici la métro-péritonite aiguë s'explique par la métastase rubéolique : elle est survenue en effet tout à coup pendant le cours irrégulier d'une rougeole dont l'irruption encore très incomplète a été close par cet accident.

Laquelle des deux explications est la véritable ? Sur ce point, l'auteur croit devoir rester impartial et s'abstenir de prononcer. Sa réserve paraîtra peut-être excessive. Il nous semble difficile de trouver dans les faits de l'observation des éléments sérieux en faveur de la deuxième hypothèse. Sans doute, à la suite de lésions traumatiques consécutives à l'accouchement, ou autres, il pourrait se produire quelque chose de semblable à la membrane observée. D'un autre côté, pendant la grossesse, et peut-être en dehors aussi, il se produit des occlusions pseudo-membraneuses du col, mais qui diffèrent essentiellement de celle-ci par leur siége et leur organisation. Il ne nous semble point douteux que la membrane observée ne soit un vice de conformation. Mais nous ne pouvons admettre le rôle que l'auteur fait jouer au fluide menstruel pour expliquer la production de la péritonite et l'établissement définitif des règles. Il nous paraît même douteux qu'on puisse attribuer les accidents de dysménorrhée à un obstacle au cours du sang menstruel, et nous n'avons qu'une médiocre confiance dans la théorie sur laquelle il se fonde pour attendre à la longue le retour à l'état normal ; non que nous blâmions l'opération, bien au contraire.

Le vice de conformation dont cette femme était affectée nous semble être un premier degré du vagin double ou cloisonné, vice de conformation qui, à son état rudimentaire et douteux, se présente souvent sous l'aspect d'un commencement de cloison attachée sur le col ou de brides étendues d'un point à l'autre du vagin. A un état de développement plus considérable et non équivoque, il peut constituer une disposition qui semble en quelque sorte ingénieusement imaginée pour s'opposer à la fécondation et échapper aux recherches du médecin. Un exemple de ce genre, bien remarquable, dont on nous saura gré de rapprocher un extrait de l'observation précédente, a été publié par M. Th. Maunoir et reproduit dans le *Moniteur des hôpitaux*.

Obs. *Vice de conformation du vagin; stérilité.* — Une dame de trente-

neuf ans, grande, brune, bien colorée, un peu maigre, d'excellente santé, régulièrement menstruée, ayant des sœurs mères de plusieurs enfants, mariée depuis longues années, n'avait elle-même jamais eu de grossesse. Il y avait déjà longtemps qu'elle avait consulté pour cela les gens de l'art, et avait même fait sans aucun résultat, une cure aux eaux de Baden en Argovie.

Le toucher ne révéla rien de particulier à M. Maunoir, sinon qu'il trouva le museau de tanche fort petit et qu'il ne put pas sentir l'orifice du col. Au moyen du spéculum il ne vit sur le col qui était petit, arrondi, peu saillant et de couleur tout à fait naturelle, pas le plus léger pertuis pour communiquer avec l'intérieur de l'utérus. L'examen ayant été réitéré plusieurs fois avec le même résultat, il fut convenu qu'il serait répété au moment des époques qui étaient, au dire de la dame, fort régulières et même assez abondantes. Le même spéculum à quatre valves, introduit laisse voir le col, teint de sang, que l'instrument avait évidemment poussé devant lui ; et malgré le soin d'essuyer exactement, il ne trouve pas plus d'orifice utérin que la première fois. Alors il a recours au spéculum ordinaire, sans y mettre d'embout ; dans cette tentative, il fut arrêté très près de la vulve par une résistance insolite ; et en regardant au fond du tube, il vit avec étonnement que cette résistance était due à une cloison verticale que la distension du commencement du vagin, par un instrument plus gros que l'autre, avait forcé à venir se présenter à la vue. C'était une cloison membraneuse, de l'épaisseur d'un cuir mince, d'une longeur de 12 à 15 lignes, commençant dans le vagin, très près de la vulve, et allant s'implanter sur le col, divisant ainsi le canal vaginal en deux moitiés sensiblement égales et parfaitement séparées. Reprenant le spéculum à quatre valves et déjetant du côté opposé avec le bout du doigt cette cloison qui avait l'habitude de se tenir collée comme une sorte de doublure sur le côté droit du vagin, il introduisit sans peine l'instrument dans le demi-vagin droit, au fond duquel il trouva un demi-col, en tout semblable à celui de l'autre côté, avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitement visible, tout près du milieu de la cloison anormale, arrondi comme il devait l'être, mais assez grand pour qu'il ait pu plus tard y introduire profondément et à plusieurs reprises une sonde élastique du volume d'un petit crayon. Dès lors tout s'expliquait, et comme dans le premier examen le doigt et le spéculum n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, il est plus que probable que les rapports sexuels avaient toujours lieu de ce même côté.

Pour diviser cette cloison, M. Maunoir enleva les valves supérieures et inférieures du spéculum à quatre valves, et engagea la cloison vaginale médiane dans le vide ainsi fait à l'instrument, qu'il poussa ensuite jusqu'au col utérin. Il divisa la cloison ainsi mise à nue et tendue, au moyen de longs ciseaux, ce qui n'occasionna qu'une très faible perte de sang. Préalablement il avait pris la précaution d'introduire au fond de l'un des demi-vagins une sorte de petite flamme ou lancette portée à angle droit sur une longue tige de fer, de manière à couper transversalement et à ras du col la membrane qui s'y implantait, dans la crainte de laisser en haut quelque lambeau flottant qui, adhérant au col tout près de l'orifice, pût s'y introduire dans un moment inopportun et servir de bouchon. Une mèche fut introduite dans le vagin après l'opération dont les suites furent parfaitement simples ; les deux moitiés de la cloison se rétractèrent de manière à ne plus former que deux raphés un peu saillants.

Après la cicatrisation, il fit pénétrer dans l'intérieur du col utérin, d'abord une petite sonde molle, puis des morceaux de racine de gentiane, de manière à établir un libre passage ; il y a de cela deux ans ou un peu plus. Cette dame est-elle depuis devenue enceinte ? C'est ce que M. Maunoir ignore, attendu l'éloignement de son domicile.

VI.

VARIÉTÉS.

— M. Arnoux, second médecin en chef de la marine, à la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef dans le service colonial.

MM. les docteurs Mondot et Clark, chirurgiens auxiliaires de 3e classe, ont été promus à la 2e.

MM. Cros et Loiselot ayant satisfait aux examens devant le jury médical de Toulon, ont été nommés chirurgiens auxiliaires de 3e classe.

— A la suite du décret du 7 mai, portant nomination d'officiers de santé de divers grades dans la marine, les destinations coloniales ont été réglées ainsi qu'il suit :

Pour la Guyane. — M. Leguillon, chirurgien de 1re classe.

Pour Mayotte. — M. Maire, chirurgien de 1re classe.

Pour le Sénégal. — MM. Déruas, Luzet, Berg, Ricque, chirurgiens de 2e classe ; Roche, Marion, Mac-Auliffe, chirurgiens de 3e classe.

Pour la Guadeloupe. — M. Douillé, chirurgien de 3e classe.

Pour la Martinique. — M. Le Bourch-Lopès, chirurgien de 3e classe.

— Par décret impérial du 26 avril 1856, M. L. Levavasseur, chirurgien-major en retraite, a été promu au grade d'officier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— M. Binet, président de l'Académie des sciences, vient de succomber à une courte maladie.

— M. Gilbert (Savigny), membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à Reims (Marne).

— M. le docteur Guthrie, professeur de chirurgie à l'Université de Londres, chirurgien de l'hôpital de Westminster, vient de mourir à Londres, à l'âge de soixante et onze ans.

— M. le docteur Vincent Baron vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-douze ans. Il exerçait la médecine à Rive-de-Cier depuis soixante-six ans.

— Nous avons de nouvelles pertes à déplorer dans le corps de santé de l'armée ; MM. les médecins-majors Goute et Frette-d'Amicourt viennent de succomber au typhus en Crimée.

— Par suite du décès de M. Vidal (de Cassis), M. Cullerier est nommé chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de Lourcine, prend le service laissé vacant par M. Cullerier dans cet hôpital.

M. Jarjavay est nommé chirurgien de Lourcine, et M. Giraldès est chargé du service de chirurgie de l'hospice des Enfants-Trouvés.

— M. le docteur Dupont a cessé son service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ses six années de titulariat étant expirées. M. le docteur Levieux a été nommé titulaire à sa place, et est entré en fonctions le 1er mai 1856. — M. le docteur Jules Caussade vient d'être nommé médecin adjoint au même hôpital.

— Le docteur Pointis (Alfred) vient d'être nommé médecin de l'assistance publique du 5e arrondissement, en remplacement du docteur Blazy, démissionnaire.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 7. Volvulus par invagination ; tympanite ; péritonite, etc.; élimination d'eschare ; guérison, par *Drutel*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 4. Note sur un coarctotome, par *Marquez*. — Procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations du bec-de-lièvre et de chéiloplastie, par *Sédillot*. — Topographie de Constantinople, par *Barudel*. — Présentation fronto-faciale ; procidence du bras ; péritonite ; guérison rapide, par *Lauth*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Histoire de trois lithotrities et de deux tailles bilatérales exceptionnelles, par *Cazenave*. — Observation de paralysie du nerf facial, par *Oré*. — Opération de hernie étranglée ; complications graves ; emploi de la glace ; guérison, par *Ferrand*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 7 (15 avril). Sur les constitutions médicales, par *Devay*. — Teinture d'arnica comme moyen préventif et alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte, par *A. Cade*.

Livres nouveaux.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE ; recherches et observations sur les maladies chroniques, par le docteur *Louis Fleury*. 2e fascicule contenant : les congestions sanguines chroniques du foie ; les engorgements et obstructions du foie ; la lypémanie, l'hypochondrie, la nosomanie. In-8 de 118 pages. Paris, Labé. 2 fr. 50

DE LA LEUCOCYTHÉMIE SPLÉNIQUE, ou de l'hypertrophie de la rate avec altération du sang, consistant dans une augmentation considérable du nombre des globules blancs, par le docteur *E. Vidal*. Brochure in-8 de 74 pages (Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*). 2 fr. 25.

MÉMOIRE sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre, par *José Pro*. Thèse de doctorat. In-4° de 124 pages avec 4 planches. Paris, L. Leclerc. 5 fr.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES URINAIRES considérées spécialement chez les hommes âgés et sur celui des rétrécissements de l'urèthre, suivies d'un Essai sur la gravelle et la pierre, principalement sur la lithotritie, l'extraction des fragments et sur celle des autres corps étrangers, ouvrage complémentaire des précédentes recherches de l'auteur, par le docteur *L.-Aug.-Mercier*. Un fort volume in-8. Paris, Labé. 7 fr. 50

RECHERCHES STATISTIQUES sur les causes et les effets de la cécité, par le docteur *G. Dumont*. Paris, Labé. 4 fr.

ESSAYS ON STATE MEDICINE (Essais de médecine légale), par *H.-W. Rumsey*. In-8. Londres, Churchill. 14 fr. 50

LECTURES ON DISEASES OF WOMEN (Leçons sur les maladies des femmes), par *C. West*. 1re partie : Maladies de l'utérus. In-8. Londres, Churchill. 14 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 30 MAI 1856. N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique vient, conformément aux dispositions du décret du 19 mars 1852, de demander au Conseil académique de Montpellier ainsi qu'à l'École supérieure de pharmacie de cette ville, les présentations de candidats pour la chaire de botanique et d'histoire naturelle actuellement vacante dans cet établissement.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 17 mai 1856, M. le docteur JOYEUX, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps d'exercice expire le 1er octobre prochain, est maintenu dans ses fonctions pendant trois ans à partir de cette époque.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 mai 1856, M. PANIS, professeur d'accouchement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé secrétaire agent comptable de cette école, en remplacement de M. Philippe, dont la démission en cette qualité est acceptée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 14 au 27 mai 1856.

118. BARILLIER, Jean-Philippe, né à Villefranche (Charente). [*Du délire dans la pneumonie.*]
119. THIERRY-MIEG, Jean-Jacques, né à Mulhouse (Haut-Rhin). [*Des lignes de niveau dans la pleurésie.*]
120. PRO, José, né à Lima (Pérou). [*Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre.*]
121. MARIN, Laureano, né à la Havane (île de Cuba). [*De la valvule musculaire du col de la vessie.*]
122. BUNOL, Lalande-Céleste-Auguste, né à Saint-Front (Orne). [*Des abcès de l'avant-bras suite de panaris et de plaies de doigts, spécialement du pouce et de l'auriculaire.*]
123. CAMUS, François-Marie-Gustave-Émile, né à Dijon (Côte-d'Or). [*Rapport des maladies de la peau avec les affections internes.*]
124. ROCAULT, Alphonse. [*Essai théorique et clinique sur l'emploi de la belladone dans les maladies des yeux.*]
125. MALTÊTE, Jacques-Étienne, né à Jours (Côte-d'Or). [*Réflexions sur quelques cas d'amaurose dans la maladie de Bright.*]
126. FARCY, Isaïe-Jérémie, né à Bailleul (Somme). [*Des tumeurs phlegmoneuses dans la fosse iliaque.*]

FEUILLETON.

Souvenirs.

> Quanti valorosi uomini, quanti leggiadri giovani, li quali non che altri, ma Galieno, Ipocrate, o Esculapio avrieno giudicati sanissimi..... che nell'altro mondo cenarono colli loro passati !

Malherbe la connaissait bien : elle lui avait pris son fils violemment, en pleine séve de jeunesse ! Oui,

> La cruelle qu'elle est se bouche les oreilles,
> Et nous laisse crier !

Oui, elle nous a laissés crier pendant les deux années où elle a exigé de nous une si sanglante offrande, au fond de cette Tauride qui ne s'est pas dégoûtée encore de victimes humaines depuis les temps d'Iphigénie et de la déesse Opis. Tant de pauvres confrères morts en se ressouvenant de la douce Argos ! Morts par le fer, morts par la maladie, également braves contre l'un et contre l'autre, héros de l'hôpital comme du champ de bataille ! Morts de froid, morts de chaleur, morts de fatigue, morts de mauvaise nourriture, morts d'ennui ! Certes, nous avons crié, crié miséricorde au ciel et à la terre ; nous avons tendu les bras vers le sombre Orient, en demandant quand donc ils auraient assez bu aux ruisseaux de notre sang, ces prés avides du mamelon Vert (*sat prata biberunt !*), et si notre chair ne cesserait pas d'engraisser le sol que le canon a labouré. Nous avons invoqué Apollon, dieu de la vie ; nous avons supplié Cybèle, la mère des humains ; nous avons adjuré Esculape de se souvenir qu'un jour, sur ces mêmes rivages, il n'avait pas refusé le secours de ses fils au camp décimé d'Agamemnon, et d'accourir lui-même maintenant que sa propre famille était en danger. Et pendant que nos gémissements s'en allaient, emportés par les vents de la mer, voilà que le mal, qui avait déjà fait là-bas tant de ravages, entrait dans nos ports et envahissait le Midi, où il nous imposait un nouveau tribut. La guerre, ne pouvant pénétrer en armes chez nous, nous envoyait du moins ses fétides émanations ! Nous avons crié, mais la mort n'en avait pas assez.

127. Frénoy, Alexandre-Nicolas-Joseph, né à Remonville (Ardennes). [*De la péritonite.*]
128. Codet, Camille-Léonard-Jean-Jacques, né à Saint-Junier (Haute-Vienne). [*Du traitement du varicocèle.*]
129. Arrachart, Édouard-Hector, né à Bapaume (Pas-de-Calais). [*De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe.*]
130. Rougedemontant, Philippe-Toussaint-Raoul-Alexandre, né à Chabril (Indre). [*Considérations sur la bronchite, l'emphysème pulmonaire et l'hypertrophie du cœur.*]
131. Juillard, Jean, né à Apchon (Cantal). [*Indications que présentent à remplir les rétrécissements du bassin pendant la grossesse et au moment du travail de l'accouchement.*]
132. Jaquelot, Louis-Marie, né à Dinan (Côtes-du-Nord). [*Considérations sur les pansements rares.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 2 au 19 mai 1856.

42. Casteran, Almire, de Lapvôté (Ardennes). [*De la variole au point de vue de son traitement.*]
43. Hellot, Émile, de Saint-Aubin-Celloville (Seine-Inférieure). [*Fragments sur l'appareil dentaire.*]
44. Aubés, Victor, de Nissan (Hérault). [*Quelques considérations sur l'inflammation et le catarrhe de la vessie.*]
45. Ollier, Léopold, des Vans (Ardèche). [*Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement.*]
46. Larguier, Frédéric, de Saint-Paul-la-Coste (Gard). [*Essai sur l'examen du globe oculaire.*]
47. Couderc, Prosper, de Florac (Lozère). [*De la pustule maligne.*]
48. Balanda, Ferdinand, de Prades (Pyrénées-Orientales). [*Essai sur la réunion immédiate appliquée au traitement des plaies.*]
49. Favier, Jean, de Montluel (Ain). [*Études médicales sur le café.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
Laurens.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Thèses subies du 17 au 29 avril 1856.

15. Edmond-Belin, F.-X., de Colmar (Haut-Rhin). [*De la version du fœtus par manœuvres externes.*]
16. Bornèque, Léon, de Bitschwiller (Haut-Rhin). [*De l'emploi de l'arsenic à l'intérieur dans les maladies de la peau.*]
17. Millière, Victor, d'Arc en Barrois (Haute Marne). [*Considérations sur l'agonie et son traitement.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg,
Boucher.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 29 mai 1856.

Influence des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire.

Nous continuons aujourd'hui de publier la seconde partie du travail de notre savant confrère, M. le docteur Rochard (de Brest), relatif à l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire. On se rappelle peut-être que, lors de l'insertion de la première partie, tout en appréciant l'importance des documents réunis par l'auteur, nous avions cru devoir faire d'expresses réserves au sujet de l'influence fâcheuse que l'air maritime exercerait sur les affections chroniques des bronches et des poumons, y compris la tuberculisation. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, n° 11, p. 177.) Notre position est exactement la même dans la question de l'influence des pays chauds. Nous ne pouvons consentir à déposer devant une armée de chiffres une conviction fondée sur des faits positifs et rigoureusement observés.

Les relevés de M. Rochard sont dignes de toute confiance; ils constituent de précieux éléments de géographie médicale; ils redressent, en plusieurs points, des croyances reçues; c'est pour tous ces avantages que nous les mettons avec empressement sous les yeux du lecteur. Mais ils ont le défaut de substituer à une question particulière, simple, une question générale et tellement complexe que le fait à éclaircir ne peut plus en être dégagé. De quoi s'agit-il? de savoir si une atmosphère chaude vaut mieux pour le catarrhe chronique ou la phthisie qu'une atmosphère froide, *toutes autres conditions hygiéniques étant les mêmes.* Encore, ces termes en apparence si réduits sont-ils peut-être trop étendus, car l'excès de chaleur et l'excès de froid ourdissent peu à peu dans l'organisme des changements si profonds qu'il se pourrait très bien que l'un ne convînt pas plus que l'autre aux tuberculeux. Il faut donc encore tenir compte du degré de température. Voilà pour le point de vue théorique. Dans l'application, il s'agit, non de connaître la proportion des phthisiques fournis par une certaine étendue de territoire, mais de déterminer si, dans un pays chaud quelconque, il n'existe pas des endroits où il soit avantageux d'envoyer les phthisiques. Or que donne la statistique? Précisément le contraire de ce qui est cherché; elle dit le rapport des affections de poitrine à la population d'une île, d'une

---

Comme elle tenait sous sa main jalouse ses ennemis naturels, ceux qui lui disputent son butin de chaque jour, elle a voulu les accabler de coups plus inattendus que ceux qu'elle porte dans la mêlée, et elle est allée saisir ses victimes jusque dans l'asile de la paix, parmi les têtes honorées et aimées. Nous avons crié quand elle a frappé Vidal, et elle a emporté Sandras; nous avons crié plus fort, et elle nous a ravi Amussat, après lui avoir arraché à lui-même son secrétaire et son ami, le laborieux, l'honnête, le modeste et fidèle Levaillant. Et nous ne rappelons que ceux qui ont été enlevés près de nous, entre nos bras, pour ainsi dire, ceux à qui nous serrions hier une main qui nous glacerait aujourd'hui. Ah! la pauvre famille médicale! Pierre Cornélius a lâché sur elle ses cavaliers apocalyptiques. Vous les avez vus naguère galoper à l'Exposition universelle, les quatre ravageurs de la gent humaine prédits à Pathmos : la Peste, la Guerre, la Famine et la Mort! A-t-il manqué à nos confrères un seul de ces fléaux? Le cavalier au cheval blanc a épuisé contre eux son carquois de flèches empoisonnées; il s'appelait Choléra, Typhus, Scorbut, changeant de nom et d'allure pour mieux surprendre ses victimes. Beaucoup ont été couchés par la grande épée du cavalier au cheval roux, — couchés, comme le fils de la Romaine, avec une blessure par-devant. Si la balance du vieillard accroupi sur le cheval noir n'était pas précisément vide, comme sur les cartons du grand artiste, on sait qu'elle portait de la chair crue au camp affamé. Le cavalier squelettique, enfin, emporté par le cheval pâle, a promené dans les rangs une faux impitoyable.

Un rude crayon, ce Cornélius! Saint Jean, dans ses visions fiévreuses, n'a rien enfanté de plus formidable, de plus hideux et de plus grandiose que la scène composée pour un des portiques du cimetière royal de Berlin. Et pourtant, sous le coup de la désolation professionnelle, nous nous représentons autre chose encore; nous réclamons en faveur de la Mort. Car elle est la reine après tout, elle est la toute-puissante, dans l'empire de la destruction, et les fléaux ne sont que ses ministres. Sans elle, à quoi sont-ils propres? A tourmenter l'humanité par la douleur, par la fièvre, par la faim, par le sang répandu? Pauvre besogne. Mais, la terri-

colonie, d'une portion de continent, et ne s'occupe pas de stations médicales proprement dites.

Il y a une distinction capitale à faire dans les données numériques produites par M. Rochard. Les unes concernent des marins français ou anglais transportés dans des pays chauds; les autres sont relatives aux indigènes de ces pays. Quant aux premiers, indépendamment des conditions particulières de leur profession, ils introduisent dans le problème un élément de trouble considérable, dont il est impossible de mesurer la portée; c'est l'influence de l'acclimatation. Quel que soit l'effet propre de cette influence, il est certain du moins qu'il se traduit en général par des conditions pathologiques, non par l'amélioration de la santé, et l'on ne peut dire jusqu'à quel point cet état insolite ne rend pas l'organisme impressionnable aux causes de bronchite, qui ne font défaut en aucun pays. Si les choses se passaient ainsi, ce serait, en quelque sorte, moins la faute du climat que celle des individus qui viennent l'affronter.

Mais laissant de côté toute vue inductive et acceptant le fait de la fréquence de la phthisie et de la bronchite chronique même chez les indigènes des pays chauds, nous disons encore qu'il n'en résulte pas du tout qu'une certaine élévation de la température atmosphérique, non contrariée par des circonstances climatologiques d'autre nature, ne puisse modifier favorablement une lésion des voies respiratoires, et que dès lors il n'y ait pas lieu d'envoyer dans le midi les personnes atteintes de ce genre d'affection. En effet, le mélange de conditions météorologiques très diverses, ou même opposées, dans un même lieu, embrouille nécessairement la signification étiologique des résultats généraux donnés par le calcul; on n'a pas les moyens de faire la part réciproque de la sécheresse, de l'humidité, des variations plus ou moins brusques de la température et de la pression atmosphérique, de la distribution anémologique aux diverses saisons de l'année et selon les dispositions du terrain, de la stagnation ou du renouvellement de l'atmosphère, etc. Or, non-seulement cette complexité de circonstances se rencontre dans une même contrée; mais elle est souvent très marquée dans une même ville, principalement dans les villes maritimes. Envoyez un phthisique à Naples, par exemple, sans autre instruction. Qu'il se loge, comme c'est l'habitude des étrangers, au quartier de Sainte-Lucie, dans les courants du vent de nord-ouest qui balaie par intervalles la Chiaja, et, si les tubercules sont un peu avancés, la désorganisation va prendre une funeste activité. Une simple bronchite à l'état apyrétique pourra être influencée avantageusement si l'organisme, au lieu de fléchir, se tonifie sous l'action de ces douches d'air piquant et salé; sinon, elle s'aggravera et pourra même dégénérer en phthisie. Mais que le malade traverse la ville et aille porter ses pénates au sud-est, dans la région du musée Bourbon, et il y trouvera des emplacements, qui ne sont pas les meilleurs assurément qu'on puisse choisir en Italie, mais pourtant très salubres et favorables aux affections des voies respiratoires. On en pourrait dire autant de Pise, de Nice, et de beaucoup d'autres localités. Dès lors il est aisé de comprendre que ce qui importe à la pratique, et même à la science, ce n'est pas de savoir si, en gros, telle ou telle localité possède beaucoup de phthisiques, mais si, dans certains emplacements, sous l'action spéciale d'une température chaude, les affections chroniques de poitrine ne sont pas mieux placées qu'ailleurs pour guérir ou pour s'enrayer. A cet égard, l'expérience séculaire, maints faits dont nous avons été témoin, contredisent à nos yeux les assertions absolues de M. Rochard. Et il est probable que, avec des notions de géographie médicale plus détaillées, la contradiction lui viendrait aisément des contrées mêmes où il a pris ses arguments, puisque plusieurs d'entre elles ont des stations réputées salubres pour les phthisiques.

Nous avons dit qu'une température tropicale pouvait n'être pas avantageuse aux tuberculeux, bien qu'il en fût autrement d'une température douce. L'action d'un froid vif tend à enrhumer, voilà le fait vulgaire. On peut conjecturer des expériences de M. Poiseuille que la lésion bronchique ou pulmonaire qui en résulte est due à une stase sanguine dans les capillaires (par suite de l'accroissement d'épaisseur de la couche de sérum qui tapisse les vaisseaux). On conçoit bien qu'une température médiocrement élevée puisse prévenir de tels accidents. Mais si la chaleur va jusqu'à mettre obstacle à une décarbonisation suffisante du sang, par le double effet d'une transpiration abondante et de la raréfaction de l'air, on ne peut prévoir le genre de trouble qui en résultera pour l'économie. De plus, les grandes variations de température qu'on observe dans la plupart des pays chauds dont parle M. Rochard, peuvent être, doivent être, la cause principale de la fréquence des affections thoraciques. Car, d'une part, l'action du froid sur les voies inspiratoires est d'autant plus pernicieuse qu'elle succède plus rapidement à celle de la chaleur, et, par inverse, la chaleur succédant brusquement à un froid intense a des effets presque équivalents à ceux du froid tout seul. Un trouble de la fonction respiratoire, c'est-à-dire

---

ble *camarde*, à la bonne heure! Elle crée le néant d'un seul coup, en un seul instant; elle est la maîtresse mystérieuse et fatale dont l'étreinte endort pour l'éternité. C'est elle que nous apercevions surtout à travers les brumes de la mer Noire, dans l'ouragan qui vient de passer sur nos soldats et leurs braves officiers de santé; et là elle nous apparaissait, non pas telle que l'a faite l'artiste, fougueuse, acharnée, haletante, mais calme, froide, manœuvrant l'instrument fatal sans colère, sans précipitation, mais sans relâche, avec le mouvement régulier du moissonneur, et rejetant derrière elle, sans se retourner, ces *javelles* d'hommes dont parle Jérémie.

Donc, au moment où les traités vont enchaîner à la fois la Guerre, la Peste et la Famine, nous conjurons la reine des fléaux de vouloir bien se contenter de l'holocauste par nous fourni jusqu'à présent, et de ne pas prolonger ses rigueurs au sein même de la paix, ainsi qu'elle menace de le faire. Nous adressons un adieu général à tous ceux que le cheval pâle a foulés sur la terre ennemie, au champ de bataille, à l'ambulance, dans les hôpitaux, hôtes enfouis d'une terre qui ne les rendra plus, et où bientôt on ne reconnaîtra pas même leur place. Chers confrères, Bayard, sur le point d'expirer, se tourna la face vers l'ennemi, afin de lui envoyer une dernière épouvante; vous a-t-on étendus, vous, la face tournée vers la patrie, afin que vous puissiez mieux nous envoyer, avec votre dernier souffle, l'inspiration de votre courage, de votre sainte abnégation, et mieux aussi recueillir nos paroles de regret et nos applaudissements? Oui, il faut applaudir ceux qui sortent ainsi de la scène du monde. Vous étiez des têtes dévouées aux sévères nécessités de l'intérêt commun, engagées comme le soldat dans l'enjeu de la lutte, et, comme lui, la glorieuse monnaie dont se paient les triomphes du pays. *Pro patria mori*, ce n'est pas seulement un noble lot : c'est aussi une consolation léguée à l'amitié qui demeure. Le bruit de la fanfare adoucit l'horreur des gémissements, les larmes sont moins brûlantes aux yeux obscurcis par la fumée d'une bataille victorieuse, et la postérité même s'émeut à la vue des ossements de ceux qui ont péri pour la chose publique. ... *Effossis mirabitur ossa sepulcris.* Nous avons enregistré avec un soin pieux les noms apportés jusqu'à

l'asphyxie, était au nombre des accidents mortels que l'élévation brusque de la température produisait sur les soldats engourdis par le froid à Eylau et sur le chemin de Moscou.

Telles sont les considérations qui nous empêchent, jusqu'à plus ample démonstration, de nous rendre aux arguments et aux chiffres de notre savant confrère de Brest. Nous croyons qu'il y a des pays chauds funestes aux tuberculeux, parce que la chaleur s'y complique de conditions climatologiques insalubres ; nous croyons qu'il y en a de favorables à la même classe de malades ; et c'est ce qui importe en science et en pratique. A. DECHAMBRE.

— Un journal annonce que, à l'Académie de médecine, dans le comité secret de mardi, la section de thérapeutique et d'histoire naturelle a présenté deux listes, l'une pour la thérapeutique et l'autre pour l'histoire naturelle, mais que l'Académie a annulé ces deux listes, et invité la section à lui présenter une liste unique.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. JULES ROCHARD, second chirurgien en chef de la marine, au port de Brest.

Seconde partie : Influence des pays chauds.

(Suite. — Voyez les n^os 10 et 21, tome III.)

CH. I. — PAYS CHAUDS INTERTROPICAUX.

I. — Côtes occidentales de l'Afrique.

Le Sénégal est le pays le plus chaud du globe, et celui qui présente en même temps la température la plus variable. Deux saisons s'y partagent l'année : l'une chaude et sèche, l'autre humide et moins brûlante. Le vent d'est règne pendant la première. Il apporte avec lui l'ardente sécheresse et le sable du désert. Le vent d'ouest lui succède, et ramène la fraîcheur et l'humidité de la mer qu'il a traversée. Toutes les causes d'insalubrité s'y trouvent réunies : chaleur accablante, variations telles, qu'en moins de cinq minutes le thermomètre s'abaisse de 8 ou 10 degrés, lorsque le vent du large succède à la brise de terre ; mêmes alternatives de sécheresse et d'humidité, pluies torrentielles, tornades (1), et, par-dessus tout, d'immenses marais qui répandent dans l'air, avec leurs miasmes, le germe des fièvres les plus meurtrières que le médecin puisse observer. Les fièvres intermittentes de tous les types, les hépatites, les dysentéries, les coliques nerveuses, y déciment les Européens. Il meurt chaque année, à Saint-Louis, 1 soldat sur 7 ; à Sierra-Leone, 483 sur 1000 ou près de 1 sur 2. A Gambie, la mortalité est plus forte encore. Dans les postes détachés à Podhor, à Dagana, à Baquel, à Acinie, à Grand-Bassam, elle est plus considérable qu'à Saint-Louis. Le Gabon, quoique situé sous l'équateur, paraît au contraire plus salubre. C'est, du moins, ce qu'on a observé à bord du navire-hôpital qui y stationne. Est-il surprenant que la phthisie soit rare dans un semblable pays? Elle y est étouffée sous l'effrayante mortalité des maladies endémiques. Elles enlèvent trop rapidement les Européens, dit Thévenot (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, spécialement au Sénégal*, Paris, 1840), pour qu'on puisse apprécier la marche d'une affection souvent lente comme la phthisie. Il ne faut pas croire, toutefois, qu'elle y soit aussi rare que le ferait penser le tableau qu'il présente et qu'on reproduit toutes les fois qu'il s'agit du Sénégal. Sur 952 malades, il n'a pas rencontré un phthisique. Sur un tableau dressé par moi, l'on peut constater que, dans la station navale, il y a eu, en 1846 et en 1847, sur 3144 hommes, 148 décès, dont 6 dus à la phthisie, ou 1 sur 24,66, et 126 renvois, dont 14 pour cause de phthisie, ou 1 sur 9. Un autre tableau fait voir également que, sur 134 malades appartenant à la garnison et renvoyés en France à diverses époques, 8 l'ont été pour la même cause. Cela prouve que, sans être fréquente, la phthisie fait cependant encore quelques victimes parmi les Européens qu'épargnent les affections endémiques. A Sierra-Leone, les Anglais comptent 1 phthisique sur 485 hommes d'effectif. Les bronchites y sont très communes, ainsi que l'ont constaté MM. Raoul et Fonssagrives, chirurgiens-majors de la station, à des époques différentes ; et, chose remarquable, elles ont été plus communes dans les mois les plus chauds de l'année. Les pneumonies et les pleurésies sont rares chez les blancs, très communes chez les indigènes. Si maintenant on désire savoir à quoi s'en tenir sur le compte de l'émigration, je vais

(1) Les tornades peuvent donner une idée de ce que sont les changements de température dans les régions équatoriales. Elles s'annoncent par un calme profond, pendant lequel la chaleur s'élève à un degré tel que l'air semble manquer à la respiration. De gros nuages s'élèvent lentement de tous les points de l'horizon et colorent d'une teinte sombre l'immobilité menaçante de la mer ; puis, lorsque souffle la tourmente, lorsque les vents se déchaînent dans leur mouvement circulaire, la sensation de froid devient si vive, que les vêtements les plus épais ne peuvent en préserver les Européens, que les noirs grelottent, dans leur nudité presque complète, lorsqu'ils n'ont pas eu la précaution d'allumer du feu, comme ils le font d'habitude, avant la tempête.

---

nous par le bulletin funéraire ; beaucoup ne nous sont pas connus, nous le savons. Qu'auprès de ces victimes ignorées le présent adieu nous soit compté pour une réparation.

Et quant à ceux que la mort est venue dans ces derniers temps frapper à côté de nous, au milieu des labeurs de la pratique civile, qu'ils agréent le témoignage d'une sympathie non moins vive et non moins méritée. La pratique civile est aussi un champ de combat : pour un grand nombre, le lit sur lequel on y meurt est aussi dur qu'un lit de mitraille, sans cette consolation suprême d'un rayon de gloire tombé sur les dernières douleurs. Quelques-uns sont mieux servis par la fortune, comme les trois confrères que nous citions plus haut ; mais au prix de quels efforts, de quelles luttes, de quelles agitations, de quelles insomnies ! Le praticien envié ressemble à la toupie qu'a fouettée la main d'un enfant, et qui tombe dès qu'elle cesse de tourner. Quelle dose de santé, combien d'années d'existence engage-t-il dans ce travail de Sisyphe, où la pierre du devoir retombe, retombe sans cesse, et le jour et la nuit, au bruit des lamentations des familles, parmi les inquiétudes dévorantes, le tourment d'une responsabilité énorme, les soucis de l'ambition, les embûches de la rivalité, les fatigues de la recherche scientifique, et tant d'autres causes de destruction interne, sans compter le nombre infini de celles qui sont communes à toutes les positions sociales ? Voyez Amussat : il a eu de bien enviables succès ; il a attaché son nom à la plupart des grandes questions modernes de la chirurgie : la lithotritie, la torsion des artères, l'entrée de l'air dans les veines, l'emploi des irrigations ; il a eu la gloire de compter parmi les fauteurs les plus éclairés de la chirurgie conservatrice ; une grande et belle clientèle se disputait ses instants ; la province, l'étranger, alimentaient son cabinet ou l'appelaient à grands frais ; un prince de Valachie l'avait mandé tout récemment en Allemagne, au prix d'une offrande comme l'antique autel d'Esculape n'en a jamais reçu Oui, mais Amussat était vieux avant l'âge ; de bonne heure sa figure s'était grippée, ratatinée ; ses yeux étaient devenus caves ; il s'était incliné vers la terre, chaque jour, insensiblement, si bien qu'à la fin il s'est trouvé, pour ainsi dire, tout couché pour la sépulture. Il est mort on ne sait de quoi, de rien, de ce qui était

laisser parler un des hommes qui ont le mieux connu le Sénégal, et dont l'opinion a eu le plus de poids parmi nous : « Loin de se modifier avantageusement, nous avons vu, dans ce pays, plusieurs sujets prédisposés aux tubercules pulmonaires, chez lesquels la phthisie a éclaté et marché avec une funeste rapidité. Nous en avons perdu 2 et renvoyé 7 en France ; aussi je ne crois pas qu'il y ait avantage, pour les hommes d'une pareille constitution, à séjourner dans ces climats, du moins dès qu'il survient quelques symptômes de phthisie. Les tubercules sont très communs dans la population indigène, et la phthisie a une large part dans les décès (Raoul, *Rapport au ministre*). M. Fonssagrives a émis la même opinion. « Tout en faisant remarquer que la phthisie s'est produite, dans ces deux cas, en dehors des influences spéciales du climat, je ne puis refuser à ces dernières une action très positive sur l'évolution des tubercules. La phthisie naît moins fréquemment à la côte ouest d'Afrique, mais s'y développe beaucoup plus vite qu'elle ne le ferait en France. » Mais en voilà bien assez sur le compte d'un pays dans lequel je ne crois pas qu'un phthisique songe jamais à aller chercher la santé.

II. — Mers de l'Inde.

Ile de la Réunion (Bourbon), *Maurice* (île de France). — Situées sur les limites de la zone torride, ces îles offrent à l'Européen le plus beau climat qu'il lui soit donné d'habiter. Les fièvres intermittentes y sont très rares ; on n'y observe que peu d'hépatites ; la dysentérie y est assez commune, mais y offre peu de gravité. En revanche, les affections des voies respiratoires y sont très fréquentes. Les grandes brises qui y règnent pendant toute la belle saison, la fraîcheur des nuits, les brusques variations de température, y déterminent un grand nombre de bronchites, de pleurésies, de pneumonies. La tuberculisation pulmonaire y marche très vite. Je n'ai pas voulu m'en rapporter à mes souvenirs, et je me suis adressé à M. Lepetit, second médecin en chef, qui vient de quitter cette colonie. Voici les renseignements qu'il me transmet à ce sujet : « La phthisie est moins fréquente à la Réunion qu'en Europe, mais elle y marche plus vite. Dès que la fonte tuberculeuse a commencé, elle progresse avec une rapidité effrayante, et enlève les malades beaucoup plus promptement qu'en France. Cette opinion est généralement admise dans l'île, et les médecins conseillent le retour en Europe aussitôt qu'apparaissent les signes du ramollissement des tubercules. Les maladies des voies respiratoires sont moins communes dans la saison des chaleurs. Celle des grandes brises, par les accidents de réfrigération qu'elles causent, engendre un grand nombre de bronchites. La ville de Saint-Paul, par son exposition qui la met à l'abri des vents d'est, présente une température plus égale, et constamment plus élevée de 1 ou 2 degrés que celle de Saint-Denis. Le séjour en est plus favorable aux personnes prédisposées aux affections de poitrine. C'est là que les médecins de la colonie envoient leurs phthisiques. La partie de l'est, ou du vent, exposée à la brise du large, leur est au contraire on ne peut plus défavorable. En somme, ce qui frappe le plus dans cette maladie, à l'île de la Réunion, c'est son extrême rapidité. J'en ai observé dans mon service, deux cas remarquables sur des marins de la station, envoyés à l'hôpital pour de simples bronchites. En six semaines ou deux mois, ils sont passés d'un embonpoint raisonnable à l'émaciation la plus complète et à la mort. L'autopsie nous a montré une fonte purulente des deux poumons. »

Les navires qui reviennent de Bourbon en rapportent toujours un assez grand nombre de phthisiques ; témoin la corvette *la Nièvre*, qui, à son retour en France, en 1837, fut obligée de débarquer ses malades au Cap, pour procurer quelques jours de repos aux phthisiques qu'elle transportait, et qui en perdit trois pendant la traversée du Cap à Brest.

Parmi les victimes du climat, je compte un de mes parents, un jeune commis d'administration de la marine, dont toute la famille jouit de la plus irréprochable constitution, qui partit en 1851 pour la Réunion dans l'état de santé le plus parfait, et qui succomba le 18 octobre de l'année suivante à l'hôpital de Saint-Paul, enlevé en quelques mois par une phthisie dont il n'avait, avant son départ, présenté aucun symptôme.

A Maurice, les mêmes conditions météorologiques amènent les mêmes résultats. La phthisie y est très commune et y marche très vite, au dire de MM. Lesson et Follet. Nous avons vu que, dans les troupes anglaises, elle frappe 1 soldat sur 140, d'après M. Mac Tulloch. Ses ravages seraient plus considérables encore, si l'on s'en rapportait à Clark, puisque sur 1000 hommes elle en ferait périr 3,2, tandis que le chiffre de la mortalité générale ne s'élève pas à plus de 28,2 pour 1000. La phthisie serait donc à la mortalité totale comme 1 est à 8,81 et ferait périr 1 soldat sur 312.

Malgré la salubrité de ces deux îles et l'attrait qu'offre

---

sa vie habituelle, d'un épuisement graduel et continu. Comme une consultation nous mettait, une fois par semaine, depuis assez longtemps, en rapport avec lui, nous l'avons vu dépérir ; il montait chaque fois plus lentement l'escalier ; sa parole devenait de plus en plus faible ; les forces manquant, il s'est mis au lit et il est mort : c'est toute l'histoire de ses derniers jours ; car un peu d'engouement pulmonaire et de diphthérite n'ont été que des phénomènes accessoires. Voilà le profit le plus positif des succès d'Amussat. Mais ce n'est pas tout. Ceux qui n'ont pas oublié savent les fruits amers qu'il a parfois cueillis sur son chemin de savant, un certain jour surtout, en pleine Académie de médecine, Gerdy occupant la tribune. Ne réveillons pas ce souvenir. L'honnêteté intrépide de Gerdy l'avait trop sévèrement conseillé : la passion de l'art, l'enthousiasme pour les innovations profitables pouvaient entraîner Amussat à des démonstrations où d'autres s'engagent par calcul ; mais l'intention restait droite, et, nous osons le dire, désintéressée. Toujours est-il que sa position de savant et de praticien n'avait pour lui d'autre charme qu'un chatouillement fort médiocre d'amour-propre, que le train violent des affaires ne lui donnait pas le temps de goûter. Le vrai bonheur, il le trouvait dans sa maison, là où le bonheur est à la portée du plus humble comme du plus grand ; il le trouvait surtout auprès d'un vieux père, quasi-centenaire, encore vivant aujourd'hui, qu'il soignait, cultivait, caressait, embrassait, gâtait comme un enfant, auquel il apportait des sucreries, des gâteaux, et qu'il vénérait en même temps comme une relique. Vous alliez chez Amussat pour affaires : il vous prenait par la main, et vous disait : « Allons voir mon père ! » comme on dirait : « Allons invoquer les dieux ! » C'était une fête et un culte, une chanson entremêlée d'un cantique. Douces joies, supérieures à toutes les autres dans un cœur bien doué !

L'heure nous presse : nous n'avons plus que peu de lignes pour Vidal et Sandras. Deux hommes d'esprit, également habiles à décocher le trait et alertes à la réplique. Tous deux devaient réussir par le concours, et tous deux, en effet sont entrés jeunes à l'agrégation et dans les hôpitaux. Mais, plus tard, les qualités du premier

leur séjour, on devra donc l'interdire aux phthisiques.

Inde. — La tuberculisation pulmonaire est très commune au Bengale. Elle entre pour une proportion notable dans l'effrayante mortalité qui sévit sur les Européens, mortalité telle que, dans les familles anglaises et portugaises, il ne reste plus, au dire du docteur Twinning, un seul individu vivant à la troisième génération. La phthisie, dit ce médecin, est plus certainement et plus rapidement fatale au Bengale qu'en Angleterre. Tout Européen qui arrive dans ce pays, avec le germe de la phthisie et ses signes avant-coureurs, meurt de cette maladie beaucoup plus vite qu'en Europe. Je me souviens, en effet, d'avoir vu en 1842, à l'hôpital du Medical College, à Calcutta, un assez grand nombre de phthisiques. Cette affection n'est pas rare à la côte de Malabar et à la côte de Coromandel.

M. Collas, chirurgien principal de la marine, chargé depuis longues années de la direction du service médical dans cette colonie, la fait passer immédiatement après le choléra, sur la liste des maladies endémiques. C'est, dit-il, une affection terrible pour les Indiens, et surtout pour la race croisée. Elle tue presque autant de Topas que le choléra. Elle est très commune, non-seulement à Pondichéry, où il n'existe pas de paludisme endémique, mais dans les contrées de l'Inde, où ce paludisme est endémique et caractérisé par des engorgements spléniques. Non-seulement la phthisie est commune dans l'Inde, mais les personnes qui en sont atteintes et qui y arrivent voient leur affection s'aggraver rapidement..... Nulle localité ne met à l'abri de cette terrible maladie, pas même Pulo-Pinang, dans le détroit de Malacca, que l'on a pourtant considéré comme un sanatarium des phthisiques (Observations recueillies à Pondichéry, *Revue coloniale*, mai 1852).

M. Collas cite à l'appui de son opinion celle des docteurs James Renold, Martin et Allan West. Ce dernier surtout s'exprime en termes si positifs, que je ne puis me dispenser de reproduire cette citation :

« J'ai vu tant de malheurs survenir dans les familles, tant de pertes pour le service public découler des fausses idées que l'on a sur les bénéfices que les scrofuleux et les phthisiques peuvent retirer de leur séjour dans les pays tropicaux, que je me crois forcé de dire que, d'après mes convictions, le Bengale est on ne peut plus contraire à ces maladies. J'ai vu des médecins, des ecclésiastiques, des officiers, m'exprimer leur étonnement à la vue de la tournure fatale que prenaient des maladies qu'ils croyaient voir guérir ici. J'ai vu des dames jeunes et belles enlevées avec une effroyable rapidité. J'ai vu de jeunes soldats qui, si l'on ne prenait pas le soin de les renvoyer mourir dans leur patrie, devenaient impropres à tout service. J'ai visité Pinang et Singapore, et je ne puis admettre, d'après les observations faites sur les lieux, que l'habitation de ces îles puisse retarder en rien la marche de la phthisie (*Pathologica indica*, by Allan West, p. 128).»

A Madras, d'après le docteur J. Annesley, les affections des organes respiratoires sont rarement observées. Sur 9553 Européens, 14 seulement ont succombé à la phthisie, ce qui donne la proportion très faible de 1 sur 682. En 1841, sur 17420 admissions, le chiffre des décès, pour cause de phthisie, n'a pas dépassé 14, d'après M. Boudin.

A Ceylan, au contraire, la phthisie cause 6 décès sur 1000 Européens, ou 1 sur 166; proportion considérable, moindre pourtant que celle de la mortalité générale, qui s'élève à 142 pour 1000, plus de 14 pour 100.

En somme, le climat des mers de l'Inde n'est guère favorable aux tuberculeux. Nous avons parlé d'un navire, *l'Isère*, qui sur 154 hommes d'équipage, en avait perdu 5 de phthisie, au bout d'un an de campagne dans ces parages. A bord de la frégate *la Jeanne d'Arc*, qui s'y trouve en ce moment, M. Mairet a observé 3 cas de maladie; la marche en a été si rapide, que deux des sujets ont été renvoyés en France dans l'état le plus alarmant, et que le troisième n'a pas paru capable de supporter la traversée et a été laissé à Pondichéry. Dans la même station, à bord du *Caïman*, un aspirant, atteint de la même manière, offrait des symptômes si inquiétants, qu'il a été renvoyé en Europe par l'isthme de Suez, dans la crainte qu'il ne succombât pendant la traversée, s'il avait été obligé de suivre la route ordinaire.

III. — Amérique du Sud.

Pérou. — Je n'aurai que peu de choses à dire au sujet des vastes contrées situées à la côte occidentale, sur les deux versants des Cordillères. La Bolivie, le Pérou, la Colombie, sont, à part quelques points du littoral, Guayaquil, par exemple, des pays salubres, dont la température est élevée, mais uniforme. Les vents de sud et de sud-sud-ouest règnent presque constamment sur la côte du Chili et du Pérou. La pluie est presque inconnue dans cette contrée, mais elle est remplacée par d'épais brouillards qui obscurcissent l'atmosphère pendant toute l'année et entretiennent une température chaude et humide éminemment favorable au développement de la végétation. Le thermomètre y descend rarement au-dessous

---

lui sont devenues plus nuisibles qu'utiles : elles l'ont poussé dans une lutte incessante, lutte à coups de pointes, où il réussissait à merveille, où il trouvait des mots qui pinçaient comme les serres-fines de son invention, mais qui le faisaient prendre pour un de ces buissons épineux près desquels on ne passe guère sans y laisser un peu de laine. Notre spirituel confrère a plaisanté jusqu'à ses derniers moments : c'est pour *faire une niche* à la Société de chirurgie qu'il n'a donné avis à personne de la gravité de son état. Il était cousin-germain de cet agonisant à qui le prêtre demandait son pied pour y appliquer l'extrême-onction, et qui répondit : Il est au bout de ma jambe.

Sandras, bien qu'aussi spirituel, avait la causticité moins agressive. Sa plaisanterie, mesurée et délicate, était de celles qui font sourire. Il était fort aimé de ses confrères et de ses clients; c'était une nature affectueuse, obligeante, ouverte, sincère, pleine de droiture, et en même temps ferme et décidée. Il est une circonstance de sa vie que nous n'avons pas vu rappeler dans les notices nécrologiques dont il a été l'objet, et qui était pourtant un de ses souvenirs les plus précieux. C'était en 1830. Le quartier latin était parcouru par des bandes menaçantes. On criait : *Mort aux ministres!* L'amphithéâtre de l'École de médecine regorgeait d'étudiants, que des orateurs essayaient de jeter dans le mouvement. Sandras, tout jeune encore, mais déjà agrégé, monte à la tribune. Il portait l'habit de garde national. Il commence habilement par rappeler son titre conquis au concours : on applaudit; puis il fait un appel à la liberté : on applaudit plus fort; puis il définit la liberté, qui suppose l'égalité du droit pour tous, la liberté du magistrat sur son tribunal aussi bien que du citoyen dans la rue, et l'on commence à comprendre où il en veut venir. Les meneurs essaient de l'interrompre ; mais il tient bon, et bientôt il entraîne la masse, qui sort avec lui, se range en longue file, et parcourt les rues de Paris en criant : *Vive l'ordre !* Sandras, ce jour-là, a rendu au gouvernement un service éminent qui ne lui a jamais été compté.

A. DECHAMBRE.

de 15 degrés dans l'hiver, et ne s'élève jamais à plus de 25 degrés dans l'été. L'année s'y divise en quatre saisons. L'été, de janvier à mars, présente à observer des diarrhées, des dysentéries, des hépatites assez graves, des fièvres éruptives, quelques cas de choléra sporadique, des affections de poitrine souvent épidémiques et qui font parfois de grands ravages dans les montagnes. L'automne (d'avril à la fin de juin) ramène les fièvres intermittentes, qui affectent le plus souvent le type tierce et cèdent facilement au sulfate de quinine. Les nuits sont froides et humides dans cette saison, et cependant les maladies de poitrine y deviennent plus rares. L'hiver s'étend de juillet à octobre : la température moyenne est alors de 14 à 15 degrés; les pleurésies, les pneumonies, les rhumatismes articulaires aigus sont alors très fréquents. La corvette *la Sarcelle*, dans le cours de la campagne que j'ai citée, fut, à cette époque de l'année, envahie sur rade du Callao par une épidémie de pneumonie, qui, dans le mois d'octobre seulement, atteignit 14 hommes sur 90 dont se composait l'équipage, et en fit périr deux. Quant à la phthisie, je ne puis citer qu'un seul fait, celui du nommé Prigent, enlevé en deux mois, par une phthisie aiguë, sur la rade du Callao. Dans l'impossibilité où je me trouvais d'aborder directement la question, j'ai dû prendre une route détournée et chercher, dans le climat et dans les maladies qui y sont le plus communes, les éléments nécessaires pour établir une présomption. Je crois que, dans le doute, on sera peu tenté de diriger les phthisiques sur ce pays de brumes, dans la pathologie duquel les maladies de poitrine jouent un si grand rôle.

Brésil. — Le Brésil, qui forme, avec les contrées dont nous venons de parler, la portion de l'Amérique du Sud située sous la zone torride, ne nous laissera pas dans la même incertitude. C'est assurément l'un des plus beaux pays du monde. Je ne connais, pour ma part, rien de plus admirable que la rade et les environs de Rio-Janeiro. Eh bien ! malgré son beau ciel et son admirable végétation, malgré l'uniformité de sa température, qui ne s'élève jamais à plus de 25 degrés R. et ne descend pas au-dessous de 10 degrés R., le Brésil est un des points du globe où la phthisie sévit avec le plus d'intensité. « La phthisie pulmonaire, dit le docteur Sigaud (*Du climat et des maladies du Brésil*, Paris, 1844), fait autant de ravages au Brésil qu'en Europe. On peut calculer hardiment que, dans les villes maritimes, elle enlève un cinquième de la population. » Ce fait est si bien reconnu, qu'on a créé à Rio-Janeiro un hôpital spécial pour les phthisiques. Sur 1225 malades qui y ont été admis dans le cours des années 1840, 1841, 1842, on a compté 952 décès. A nombre égal, cette maladie fait autant de ravages parmi les blancs que parmi les noirs. La mortalité est plus fréquente chez les femmes. D'après le docteur Pereira da Costa, elle sévit plus cruellement chez les jeunes marins. A l'hôpital de la Marine de cette ville, on compte, année commune, un tiers de phthisiques dans le nombre des décès.

Les autres parties du Brésil ne sont pas plus favorisées. Dans le sud, dit le docteur Jubim, à Sainte-Catherine, à Rio-Grande, à la Coïritiba, elle marche en première ligne. Les recrues de la marine ou de l'armée de terre éprouvent de grandes pertes par les ravages de la petite vérole et de la phthisie. Dans la classe pauvre, cette dernière maladie entre pour un cinquième dans la mortalité et pour un septième dans les hôpitaux. Dans le nord, les maladies de poitrine sont très fréquentes. Au Para, elles conduisent rapidement au marasme. « A Bahia, la phthisie épouvante par la rapidité de sa marche; elle est considérée comme la première des maladies aiguës. J'ai vu des malades succomber en moins de deux ou trois mois. » (Justiniano da Sylva Gamez, agrégé de la Faculté de médecine de Bahia.) Il en est de même dans les grandes villes de l'intérieur. Au Brésil, comme à Bourbon, comme en Italie et dans le midi de la France, comme partout où elle revêt ces redoutables caractères de fréquence et de rapidité, on croit à la contagion de la phthisie. Les médecins eux-mêmes semblent partager cette opinion.

La mort arrive le plus souvent à la suite d'abondantes expectorations ou de sueurs colliquatives, terminaison plus fréquente parmi les blancs, les femmes surtout, que parmi les noirs. Parfois aussi, d'abondantes hémoptysies terminent la scène. Le docteur Sigaud, auquel j'emprunte ces détails, se loue beaucoup du séjour des montagnes. Il recommande aux malades la petite colonie suisse de Morro-Queimado et de Cantagallo, située à petite distance de Rio-Janeiro, dans une région élevée. Les malades de Bahia émigrent avec avantage dans les terrains nommés Catingas. Il se loue aussi des voyages sur mer, et cite deux observations à l'appui. Mais on conçoit facilement qu'on doive tout faire pour fuir un pareil pays, et que la mer ne puisse pas offrir aux phthisiques de plus mauvaises conditions.

Disons enfin, puisque nous avons effleuré cette question en parlant de Taïti, que les fièvres intermittentes sont très communes au Brésil, qu'elles y ont revêtu un caractère plus grave depuis quelques années, et qu'elles impriment leur cachet à l'ensemble de la pathologie du pays. Il paraît qu'au Brésil les phthisiques ne se louent pas du séjour des pays marécageux. Ceux que M. Sigaud a envoyés à Lagoa de Freytas, à Iguassu, à Suruhy, n'ont pas éprouvé de leur déplacement un effet salutaire.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le séjour du Brésil est un de ceux qu'il faut le plus sévèrement interdire aux tuberculeux.

Guyane. — La Guyane est un pays plat, arrosé par une multitude de cours d'eau, couvert de marais, entouré d'une ceinture de palétuviers, et sujet, pendant six mois de l'année, à des pluies diluviennes. La température, moins élevée qu'au Sénégal, qu'à Madagascar et que dans l'Inde, varie de 24 à 28 degrés. On conçoit que, dans de pareilles conditions, les fièvres intermittentes doivent former le fond de la pathologie. Elles offrent, en général, des caractères moins graves que celles du Sénégal et de Madagascar; mais elles sont d'une déplorable ténacité. C'est ce que nous sommes à même de constater, tous les jours, sur les soldats et sur les surveillants préposés à la garde des condamnés, lorsqu'ils reviennent en France avec des congés de convalescence. Elles sont surtout très communes dans les postes détachés. Les maladies aiguës des organes respiratoires n'y sont pas rares. « Nonobstant la température élevée de la Guyane et de Cayenne, la phthisie pulmonaire y est assez commune, bien qu'elle y soit moins fréquente qu'en France. » (Chervin, *Lettre à M. Latour.*)

Sur un effectif de 1018 soldats, on a observé à Sinnamari 133 affections de poitrine, et à Cayenne 88 sur 600 (Segond). Sur 3 340 malades traités à l'hôpital de Cayenne pendant l'année 1853 et le premier semestre de 1854, 168 y ont été admis pour des bronchites aiguës, des pleurésies ou des pneumonies ; 48 pour bronchite chronique; 7 pour hémoptysie; 6 pour phthisie confirmée : 5 de ces phthisiques ont succombé ; l'un d'entre eux, un soldat, est mort dans le premier trimestre de son arrivée dans la colonie. Sur 121 décès sur-

venus dans ces dix-huit mois, la phthisie n'entre donc que pour 1/24,20, chiffre un peu plus faible que celui que nous avons indiqué plus haut, qui ne porte que sur l'année 1853, mais qui se trouve expliqué par le nombre considérable de phthisiques renvoyés en France, puisque, sur 368 malades revenus de Cayenne à diverses époques, 56 étaient atteints de phthisie. Dans les pays insalubres, il faut, avons-nous dit, tenir moins compte de la mortalité que de l'effectif, et ce dernier terme de comparaison nous a donné, pour l'année 1853, 1 décès de phthisique sur 165 soldats, proportion 4 fois et demie plus forte que celle qu'établit Benoiston de Châteauneuf pour l'armée de terre.

Quant aux malades qui y arrivent, j'ai déjà cité l'opinion de Segond ; phthisique lui-même, il n'a pas eu à se louer de son séjour à la Guyane. Je l'ai entendu, à Cayenne, en 1838, regretter vivement le climat de la France et soupirer après son retour. Sa santé s'y est en effet améliorée ; mais il n'en a pas moins succombé à son inexorable maladie. Le docteur Laure, qui occupe aujourd'hui la même position, a tout récemment émis, sur l'inopportunité de l'émigration dans la Guyane, un avis identique. « Les affections thoraciques, dit-il, sont communes dans les pays froids, s'apaisent dans les pays tempérés, et galopent sous l'équateur, où l'air est insuffisant. »

Relativement aux Antilles, l'auteur n'ajoute que peu chose à ce qu'il a dit plus haut, au sujet de la mortalité dans l'infanterie de marine.

(La suite à un prochain numéro.)

ACCIDENTS PRODUITS PAR L'INHALATION DU SULFURE DE CARBONE EN VAPEUR ; EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX ; par M. DELPECH, médecin des hôpitaux (1).

Pour opérer sur les animaux, je me plaçai dans les conditions suivantes : une boîte de bois assez bien jointe et d'une capacité d'un demi-mètre cube, vitrée à sa partie supérieure, y fut percée de quatre ouvertures d'un centimètre et demi de diamètre, qui me parurent devoir laisser entrer à peu près la quantité relative d'air qui peut pénétrer dans les appartements par les ouvertures ordinaires.

Première expérience. — Deux pigeons arrivés à leur entier développement furent placés dans cette boîte, et lorsque je me fus bien assuré qu'ils avaient pu sans inconvénient y vivre pendant plusieurs jours, je versai dans un coin de la boîte, à dix heures du matin, une cuillerée à bouche environ de sulfure de carbone. Huit heures après l'un des pigeons était mort ; il était affaissé sur le fond de la boîte, les ailes à demi étendues, comme si les pattes avaient été frappées d'abord de paralysie.

La même quantité de sulfure fut de nouveau introduite vers neuf heures du soir ; quelques heures après, le second pigeon était mort. Je le trouvai dans une situation telle, que des convulsions violentes avaient évidemment précédé la mort. Tous deux étaient dans un état de roideur extrême, et qui persista assez longtemps.

Deux causes d'erreur avaient pu se glisser dans cette expérience : les animaux pouvaient avoir ingurgité, quoique ce fût peu probable, une certaine quantité de sulfure tombée sur le grain qu'ils mangeaient, et ne pas avoir succombé seulement aux inhalations de la vapeur toxique ; ou bien encore, l'air n'ayant pas pu pénétrer en quantité suffisante, ni la vapeur s'échapper de la boîte, ils étaient morts asphyxiés, faute d'air respirable. Pour obvier à ces deux inconvénients, un certain nombre de petites ouvertures de 5 millimètres de diamètre furent faites aux parois latérales et à la paroi inférieure de la boîte, et le sulfure fut versé à petites doses, au moyen d'un entonnoir, dans un nouet d'ouate et de linge fixé à l'une des ouvertures supérieures, de manière que, le liquide ne pouvant jamais pénétrer dans l'intérieur, les animaux fussent seulement soumis à des inhalations toxiques.

Deuxième expérience. — Un lapin assez fort et adulte fut placé le soir à huit heures dans l'appareil ainsi disposé : quatre grammes de sulfure de carbone y furent introduits, et y développèrent, comme je m'en assurai, l'odeur spéciale à un degré marqué, ce qui n'empêcha pas l'animal de continuer à manger. Le lendemain matin, il paraissait n'avoir aucunement souffert. A huit heures, 4 grammes furent de nouveau introduits ; il en fut de même à midi ; la boîte fut ouverte à trois heures, et l'animal put respirer à l'air libre ; après quoi la même quantité de sulfure de carbone fut versée dans le nouet

Au bout de cinq minutes, l'animal fut agité de mouvements convulsifs. Il projetait avec violence le bassin et les membres postérieurs vers le haut de la boîte, et presque au point de la briser.

A ces convulsions cloniques, qui durèrent dix minutes, succéda une immobilité presque absolue ; à cinq heures du soir, l'animal était étendu, dans une résolution complète. Placé sur le sol et à l'air libre, il se souleva avec peine sur ses membres antérieurs, dont les muscles se contractaient évidemment d'une manière insuffisante ; les membres postérieurs étaient le siége d'une paralysie bien plus avancée, et le ventre reposait sur le sol, sans pouvoir être soulevé. Cependant des mouvements encore assez rapides se produisaient lorsque l'animal ne reposait plus sur la terre, mais les contractions musculaires n'étaient plus assez énergiques pour soutenir le poids du corps. La sensibilité était conservée.

Ainsi une faiblesse marquée des membres antérieurs et une paraplégie presque complète du mouvement avaient, en moins de vingt heures, été déterminées par l'inhalation seule des vapeurs données par 16 grammes de sulfure de carbone dans un espace restreint, il est vrai, mais où l'air pénétrait avec quelque facilité.

Cette expérience ne pouvait laisser de doute sur l'identité des effets produits par cette substance chez l'homme et chez les animaux, et elle isolait bien nettement son action, de manière qu'elle ne pût être rapportée à aucune des autres influences que les ouvriers avaient pu subir. Cette identité est d'autant plus remarquable, que la localisation des effets de l'influence toxique est la même, et qu'ils consistent, dans les deux cas, dans des altérations de la motilité survenant au début, de préférence dans les membres inférieurs. Quant aux accidents convulsifs plus prononcés chez les animaux, et qui ont d'ailleurs leur analogue dans les crampes et les contractures légères observées chez nos malades, ils peuvent être le résultat d'une intoxication plus rapide et plus aiguë que celle à laquelle les ouvriers sont ordinairement soumis, ou d'une résistance moins grande de la part d'espèces animales plus petites.

A l'exception des phénomènes de paralysie, le lapin mis en expérience ne présentait d'ailleurs aucun signe de souffrance ; pendant la soirée il mangea moins bien que d'habitude, mais l'inhalation ayant été aussitôt arrêtée, au bout de vingt-quatre heures il ne présentait plus aucun signe de paralysie.

(1) Cette note est détachée du travail lu par l'auteur à l'Académie de médecine dans la séance du 15 janvier dernier, et dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a déjà analysé la partie relative aux symptômes observés chez l'homme et aux moyens préventifs et curatifs (Voir n° 3, p. 41).

Cette guérison si rapide concorde d'une manière trop frappante avec ce que j'ai observé chez l'homme, pour que j'aie besoin d'y insister.

Troisième expérience. — Après vingt-quatre heures, pendant lesquelles le même lapin fut abandonné à lui-même, il fut de nouveau soumis à des inhalations moins abondantes. Pendant quarante-huit heures, il ne donna aucun signe de maladie ; mais le troisième jour, on introduisit dans le nouet 12 grammes environ de sulfure en deux fois ; deux heures après la seconde dose, le lapin était couché sur le côté, respirant encore, mais à des intervalles éloignés, et manifestant quelques mouvements convulsifs lorsqu'on l'agitait. Des affusions froides les rendirent plus marqués, puis l'animal fut placé devant le feu, et, après une heure environ, il put faire quelques mouvements et se traîner plutôt que se soulever sur ses pattes. Son côté droit semblait plus affaibli que le gauche. Il arriva peu à peu à se relever mais dans un grand état de faiblesse. Il fut replacé dans sa boîte ; mais le nouet, laissé par inadvertance, était resté encore imbibé de sulfure, et lorsqu'on examina l'animal, trois heures après, il était sans mouvement, n'ayant que dix à douze inspirations par minute ; son haleine exhalait l'odeur du sulfure, le cœur battait soixante fois par minute, le pouls était insensible. Il fut exposé devant le feu de nouveau ; quelques insufflations furent faites dans la trachée ; l'animal poussa des cris aigus analogues aux cris hydrencéphaliques, et chercha, mais sans succès, à se soulever ; il mourut dans la nuit, au milieu de mouvements convulsifs.

A l'autopsie, le cerveau était d'une grande mollesse, sans coloration spéciale, sans épanchement ventriculaire, sans altérations des méninges. Il en était de même du cervelet et de la moelle à sa région cervicale, seul point où elle fut examinée.

Les poumons étaient très pâles extérieurement, d'une rose jaunâtre uniforme à la coupe, sans induration, sans lobules engorgés, modérément crépitants Le gauche présentait dans son épaisseur, et à la moitié de sa hauteur, une tache noirâtre ecchymotique, de 3 millimètres environ en tous sens.

Le cœur droit était gorgé de sang noir fortement coagulé, sans transformation fibrineuse ; le caillot semblait adhérent sur quelques points. Le cœur gauche en contenait, mais en moins grande quantité. L'endocarde ne présentait qu'une coloration rouge foncé due à l'imbibition.

Le foie était sain, un peu congestionné.

L'estomac était plein d'un bol alimentaire solide, formé exclusivement d'avoine amenée à l'état de pâte ferme, mais peu attaquée par la digestion. La muqueuse du grand cul-de-sac et de la partie droite de la grosse tubérosité était un peu ramollie ; cette lésion pouvait être cadavérique. Mais dans les mêmes points existaient un grand nombre de taches ecchymotiques, donnant exactement l'idée d'un purpura presque confluent, dues évidemment à des infiltrations sanguines, et tout à fait différentes de cette coloration noirâtre que détermine souvent, après la mort, l'action du suc gastrique dans la production du ramollissement gélatiniforme.

La vessie était pleine d'urine ; celle-ci traitée par la chaleur et l'acide nitrique, ne contenait pas d'albumine. L'acide nitrique et l'acide acétique y déterminèrent une vive effervescence et un dégagement d'acide carbonique. Elle donna, par le chlorure de baryum, un précipité en partie insoluble par l'acide nitrique (sulfates), en partie soluble avec effervescence (carbonates). Elle se colora manifestement en rouge brun par la potasse et par la chaux caustiques.

Cette coloration, déjà rencontrée chez un malade, et que je n'avais pas notée d'abord, ne la trouvant pas assez concluante, retrouvée plus tard dans une autre observation, appelle de nouvelles recherches. Il n'y a rien d'étonnant, d'ailleurs, dans une affection où le système nerveux est si profondément influencé, à ce qu'une certaine quantité de sucre se trouve dans les urines. Quant aux carbonates et aux sulfates, je suis porté à les considérer comme résultant des transformations subies par le sulfure de carbone, ainsi que je l'avais d'ailleurs admis théoriquement.

Je me contente de décrire ici les altérations anatomiques, sans en tirer de conséquences ; des faits nouveaux en établiront seuls la valeur. Je ferai cependant remarquer leur analogie avec celles qui ont été signalées dans les empoisonnements par les gaz délétères, et spécialement par la vapeur du charbon et par le gaz d'éclairage.

III.

REVUE CLINIQUE.

Application du collodion contre la hernie ombilicale des enfants. — Deux amputations de jambes pratiquées dans des circonstances particulières.

Lorsque j'ai lu, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 2 mai, l'observation de hernie ombilicale guérie par l'application du collodion, publiée par M. le docteur de Mahy, j'avais épuisé tous les moyens propres à maintenir réduite une hernie ombilicale chez une petite fille de deux mois, sauf la ligature. L'occasion était donc bonne pour tenter de nouveau le procédé de M. le docteur de Mahy; c'est ce que j'ai fait avec empressement. Voici l'observation.

OBS. — Le 11 mars, à cinq heures du soir, la petite fille qui fait le sujet de cette observation vint au monde sans accidents ; le cordon fut lié après que je me fus assuré qu'il n'existait aucune anse intestinale à sa base. Un mois après, la mère s'aperçut d'une tumeur existant à l'ombilic et grossissant quand l'enfant, qui, du reste était très vive et remuante, faisait des efforts. Très inquiète de cette circonstance, elle me prévint, et je constatai une hernie ombilicale du volume d'une très grosse noisette. Du milieu d'avril au 4 mai, j'avais employé tour à tour les divers bandages fabriqués sur mes indications par le père, qui est tailleur, les compresses maintenues par des bandelettes de diachylon; rien ne pouvait rester en place. Quand on défaisait les langes de l'enfant, le petit appareil avait glissé, ou était tellement mouillé par les urines, qu'il fallait le changer. Enfin, le 6 mai, j'employai le collodion comme l'indiquait M. le docteur de Mahy, et voici quel a été le résultat obtenu.

Je fis une première application de collodion, et, malgré les efforts et les mouvements de l'enfant, on voyait la tumeur rentrer et l'anneau se resserrer à mesure que s'opérait la dessiccation; la peau se plissait fortement tout autour de l'enduit, mais sans devenir rouge. Le 9 mai, le collodion s'étant détaché, j'en fis une nouvelle application avec le même succès ; enfin, soit que la substance ne fût pas très pure, soit par toute autre cause, il fallait renouveler les applications tous les deux jours à peu près, le collodion se décollant promptement. Le 16 mai, le pourtour de l'ombilic étant d'un rouge vif, je me dispensai de faire une application, pour recommencer quand la rougeur aurait disparu. Le 18, la peau était dans son état normal ; mais ce qu'il y avait de plus extraordinaire, c'est que la hernie s'était maintenue réduite. Le 20, elle n'avait pas reparu ; le 24, rien encore, et cependant l'enfant faisait autant d'efforts que par le passé. Malgré ce résultat inattendu, j'ai conseillé à la famille de continuer le traitement encore pendant quelque temps, de peur de récidive.

Actuellement, j'ai à traiter un second enfant de la même affection, et je me propose de renouveler l'essai qui m'a si promptement réussi.

Chez l'enfant dont je viens de résumer l'observation, la hernie aurait-elle disparu sans traitement, comme cela se voit

quelquefois? Je ne le pense pas; car, comme je l'ai dit, l'enfant faisait continuellement des mouvements de jambes et des efforts violents, comme pour pousser, pendant lesquels la hernie prenait le volume d'une noix et tendait à devenir de plus en plus volumineuse. Le collodion a donc eu là une prompte et heureuse influence, et nous devons, je crois, remercier M. le docteur de Mahy d'avoir appelé sur ce topique l'attention des praticiens en publiant son observation.

Pradier, d.-m. p.,
(de Clermont-Ferrand.)

On connaît l'arrêt décourageant porté, au nom de la statistique de M. Malgaigne, contre les amputations faites pour lésions traumatiques. Voici cependant un cas emprunté au service de M. L. Clark, à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, où le succès obtenu dans les conditions les plus propres à le compromettre, proteste éloquemment contre la généralisation d'une pareille sentence.

Obs. — Un homme de quarante-cinq ans, bien portant jusque-là, fut apporté, le 7 décembre 1855, à l'hôpital Saint-Thomas, pour y être traité des suites d'un accident de chemin de fer. Il ne se souvenait d'aucune circonstance, si ce n'est que ses jambes, prises entre deux vagons, avaient été coupées comme par une gigantesque paire de ciseaux. On trouva la jambe gauche fracturée en esquilles; la droite était aussi le siége d'une fracture comminutive compliquée de plaie.

Le même soir, après l'avoir mis sous l'influence du chloroforme, M. Clark amputa la jambe droite à la partie supérieure, et, au bout de douze heures, la même opération fut pratiquée à la jambe gauche.

On avait d'abord essayé les opiacés; mais comme il les supportait mal, on le mit à l'usage du vin, et dès le lendemain on le soumit à une diète généreuse.

Au bout de quinze jours, il survint une hémorrhagie secondaire, qui donna d'abord quelques inquiétudes, mais se dissipa par le seul emploi des moyens ordinaires.

Dès le commencement de janvier, il se releva de l'état de prostration résultant de l'accident ainsi que de la double opération, et augmenté encore par l'excessive fétidité de la suppuration. Les ligatures tombèrent, les deux moignons prirent une excellente apparence.

On remarqua, pendant l'évolution des phénomènes consécutifs, que la plaie de l'amputation pratiquée la première offrit constamment un meilleur aspect que l'autre.

Le cas suivant, tiré de la Clinique de M. Coulson, à l'hôpital Sainte-Marie, servira à rétablir, pour ainsi dire, l'empire de la règle; car il montre combien la guérison s'obtient aisément, après l'amputation pratiquée pour lésions organiques, puisqu'ici elle fut faite dans la circonstance que les classiques, sous le nom d'opération de complaisance, s'accordent à considérer comme la plus dangereuse de toutes.

Obs. — Une femme de trente-huit ans fut admise, le 17 novembre 1855, à l'hôpital Sainte-Marie, pour une maladie remontant à plus de quinze ans. Sa santé générale était bonne. Le genou gauche, siége de l'affection, et traité déjà par les sangsues, les ventouses et autres moyens, avait laissé des moments de relâche et de grande amélioration; mais, il y a cinq ans, un abcès s'ouvrit à la partie antérieure de l'articulation. Boiteuse depuis lors, et ayant vu, les deux dernières années, la jambe se fléchir à angle droit, elle en est maintenant réduite à se servir de béquilles.

La jambe pliée, comme il a été dit, sur la cuisse, n'a que des mouvements très limités, et seulement des mouvements passifs. La rotule est fixée. L'extrémité inférieure du fémur fait saillie en avant de l'extrémité supérieure de la jambe, ainsi que dans la luxation du tibia, en arrière. D'ailleurs, cet os n'est pas seulement déplacé dans ce sens, mais aussi en dehors; de sorte que le centre de sa face supérieure correspond à la partie postérieure du condyle externe du fémur.

Ce membre n'est absolument d'aucune utilité pour la malheureuse qui le porte, et qui demande instamment à en être débarrassée.

Le 21 novembre, M. Coulson pratiqua l'amputation de la jambe en faisant un large lambeau aux dépens de la partie postérieure. Un lambeau antérieur fut formé en disséquant les parties molles de cette région sans les ponctionner. Les lambeaux s'étant rétractés, on scia l'os, on lia les vaisseaux, et l'opération fut rapidement achevée. La plaie se réunit par première intention dans une grande étendue, et la malade guérit bien.

On constata, sur le membre amputé, que la rotule était soudée sur la surface condylienne et sur l'intercondylienne. Une ligne passant obliquement en travers du fémur, juste au-dessus des condyles, indiquait le lieu d'une ancienne fracture (qui n'avait peut-être pas été sans influence sur le développement de la maladie articulaire) parfaitement consolidée.

Les os de l'articulation étaient complétement dépouillés de cartilage. L'intérieur contenait une substance crayeuse, demi-liquide, ainsi que de petites portions détachées d'os cariés. La partie supérieure et interne du tibia était enlevée par ulcération, de manière que le condyle interne reposait sur un point du tibia situé un pouce plus bas que sa surface articulaire normale. C'est de cette circonstance que dépendait la flexion de la jambe, dans le sens mixte qui a été décrit. Les ligaments croisés étaient en partie détruits, et le ligament externe distendu et plus long qu'à l'état naturel. La partie inférieure du fémur fut sciée et trouvée saine.

P. Diday.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Du degré isotherme et du degré indifférent des bains; applications à la physiologie et à la thérapeutique.

Monsieur le rédacteur,

La Gazette hebdomadaire a rendu compte, ainsi que plusieurs autres journaux de médecine, du mémoire de M. Duriau sur l'action physiologique des bains (voy. le numéro du 25 avril dernier, p. 299). Dans ce travail, M. Duriau me fait l'honneur de me citer, pour m'attribuer une expression que je n'ai jamais employée, le mot *isotherme*, mot très impropre, d'ailleurs, ainsi qu'on verra tout à l'heure; mais l'auteur est moins généreux à mon égard en ce qui concerne l'idée principale de son travail, savoir la différence d'action des bains, selon qu'ils sont au-dessus ou au-dessous du point d'indifférence. Cette idée, qui est tout entière dans différents mémoires que j'ai publiés sur ce sujet (1), est présentée de manière que le lecteur pourrait supposer qu'elle appartient à M. Duriau, et qu'elle découle naturellement des expériences rapportées par lui.

Ceci me force donc aujourd'hui à rappeler succinctement les différents principes que j'ai établis relativement à la thérapeutique balnéaire, autant pour les faire voir sous leur vrai jour que pour revendiquer ce qui m'appartient.

Jusqu'à présent il n'y a eu que du vague dans les questions de thermalité, parce qu'on s'était toujours contenté d'évaluer la tem-

(1) Voy. *Gazette médicale de Paris*, année 1853, p. 145; puis, année 1854, p. 46, 94 et 109. — Voyez surtout l'introduction de ma monographie sur les eaux de Niederbronn; Paris, 1854.

pérature des bains d'après un point fixe, pris en dehors de l'organisme. Le zéro thermométrique convient parfaitement, comme point de départ, pour les opérations qui sont du ressort des sciences physiques ; mais, dans le domaine de la médecine pratique, ce genre de détermination ne saurait plus suffire. J'ai fait voir qu'il fallait partir d'une base différente, plus appropriée aux phénomènes vitaux. L'organisme vivant, sur lequel le médecin est appelé à opérer, a une température propre et constante ; tout ce qui tend à la modifier, à l'augmenter ou à la diminuer, affecte plus ou moins le jeu régulier des fonctions. Entre les influences opposées du chaud et du froid il existe un terme moyen, *indifférent;* plus on s'en écarte, soit en descendant l'échelle, soit en la remontant, plus l'impression exercée sur l'économie devient vive et pénible. C'est donc ce point indifférent qu'il convient de bien déterminer et d'adopter comme base ou comme point de départ dans l'application pratique.

La température du sang humain est, comme on sait, de 38 à 39 degrés centigrades. Ce n'est qu'à ce degré thermométrique que s'opèrent les rapports entre les équivalents des principes de l'économie, et toutes les causes qui parviendraient à élever ou à abaisser cette moyenne d'une manière un peu sensible compromettraient immédiatement l'existence de l'individu. Or, comme il y a dans l'organisme une source permanente de calorification, il s'ensuit que l'organisme doit aussi être en perte constante d'une somme égale de calorique ; sans cela, l'équilibre ne pourrait pas être maintenu. Par conséquent, pour être tout à fait favorable au jeu régulier des fonctions, le milieu ambiant doit avoir une température inférieure à celle du sang, afin de pouvoir enlever au corps du calorique dans la mesure de la production. Ainsi, lorsque le corps est plongé dans un bain, il faut que la température de l'eau soit inférieure d'un certain nombre de degrés à celle du sang, si le baignant doit s'y trouver tout à fait à son aise, s'il doit n'être incommodé par aucune sensation de froid ou de chaud. Toutes les fois qu'un bain présente ces conditions, il a, selon moi, une température indifférente et non pas *isotherme*, comme dit M. Duriau ; car la qualification d'isotherme ferait supposer une égalité de température entre le bain et le sang, ce qui n'est pas. Un bain est donc au degré d'indifférence lorsque, dans un temps donné, il soustrait au corps qui y est plongé une quantité de calorique égale à celle que la partie immergée reçoit, dans l'état normal, des différentes sources de la calorification. Ce terme répond à 32 — 35 degrés centigrades (25 — 28 degrés R.)

Le point d'indifférence n'indique rien de fixe, rien de stable ; il se rapporte entièrement et uniquement à la sensation individuelle, à un certain équilibre entre le calorique soustrait et le calorique engendré dans les conditions normales. Il varie un peu, selon la constitution des individus et selon les maladies ; il varie surtout selon le pouvoir réfrigérant du milieu ambiant : ainsi, il est toujours moins élevé pour l'eau chargée de sels que pour l'eau pure, ou, en d'autres termes, les bains d'eau salée peuvent se prendre à une température plus basse que les bains d'eau douce.

Le degré indifférent, c'est le zéro physiologique : au-dessous de ce terme il y a absorption de l'eau, et au-dessus il y a exhalation. L'absorption ainsi que l'exhalation augmentent à mesure que la température du bain s'écarte davantage de ce point. La température indifférente constitue donc la limite où l'absorption cesse et où l'exhalation commence ; elle détermine une espèce de stase ou d'état intermédiaire entre l'absorption et l'exhalation.

Tous ces faits ont été parfaitement établis par moi avant que M. Duriau eût publié son travail, et, si je tiens à mes droits de priorité, c'est que c'est autour de cette base théorique que pivote toute la thérapeutique balnéaire.

Le premier aussi j'ai établi ce fait, qu'une solution ou une eau minérale n'est jamais absorbée comme telle ; que le principe *eau* peut traverser le tissu membraneux, tandis que le principe *sel* ne le traversera pas, et *vice versâ ;* que chaque principe de la solution est indépendant et obéit aux lois de l'équilibration ou des affinités, sans nécessairement entraîner les autres.

J'ai fait voir, en outre, que, à l'inverse de l'eau, les parties salines d'une solution sont d'autant mieux absorbées que la solution est plus chaude, et d'autant moins qu'elle est plus froide ; que l'absorption des sels peut être représentée par une série de valeurs en progression, se développant avec la température du liquide; en sorte qu'il existe, comme on voit, un antagonisme constant entre l'absorption de l'eau et l'absorption des sels ;

Que les bains chauds, en favorisant la pénétration du tissu dermoïde par les substances salines, contribuent à produire ce qu'on appelle la *poussée*, et déterminent ce mouvement excitateur cutané révulsif qui joue un si grand rôle dans la médecine thermale. Ce mouvement excitateur est toujours en raison de la température et du degré de saturation saline de l'eau ;

Que les bains frais, en déterminant l'imbibition plus ou moins rapide de la peau par les parties aqueuses, provoquent cette réaction cutanée qui joue un si grand rôle dans les traitements hydrothérapiques : la réaction, dans ce cas, est d'autant plus grande que l'eau est plus fraîche et plus pure ;

Que les bains chauds, en introduisant des sels dans la masse sanguine et en enlevant à celle-ci une partie de ses principes aqueux, rendent le sang plus dense, plus saturé, plus âcre, et deviennent ainsi un puissant moyen d'excitation ;

Que les bains frais, en introduisant de l'eau dans la masse sanguine, rendent le sang plus aqueux, en diminuent la densité, et deviennent ainsi un moyen de sédation : plus l'eau est pure, et plus le bain devient calmant ;

Qu'enfin la température est le grand modificateur de l'action des bains, et que les mouvements d'absorption et d'exhalation s'expliquent par le besoin de réagir en vue du maintien de la température du sang.

J. Kuhn
(de Niederbronn).

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Chirurgie. — *De l'application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses*, par M. *C. Sédillot.* (Nous avons publié ce mémoire dans le dernier numéro, pages 362 et suivantes.)

Anatomie. — *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles ; appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme,* par M. le docteur *Charles Rouget* (présenté par M. *Cl. Bernard*). — Dans l'intérieur du globe de l'œil existe un appareil capable de produire dans les milieux dioptriques les modifications nécessaires à l'adaptation de la vue aux distances. Dans la première partie de son travail, l'auteur expose sommairement les faits nouveaux relatifs à la structure élémentaire et à la texture des différentes parties de l'appareil; dans la seconde, il montre l'appareil en action.

Au niveau du bord adhérent, ou *dos* des procès ciliaires, se montre le *muscle ciliaire annulaire*, composé chez les oiseaux de deux ordres de fibres, les unes striées en travers, les autres régulières, analogues aux fibres du tissu jaune élastique, constitué chez les mammifères par des faisceaux de fibrilles dartoïdes lisses et munis de noyaux allongés au milieu desquels courent des divisions plexiformes des nerfs ciliaires.

En dehors du muscle ciliaire annulaire, on voit sortir, en quelque sorte, du stroma de la choroïde, au bord postérieur de la région ciliaire, les faisceaux du *muscle ciliaire radié*, qui n'est autre que celui décrit par Crampton. Ce muscle, constitué chez les oiseaux par des fibres striées en travers, et chez les mammifères par des faisceaux musculaires lisses dartoïdes, se termine au niveau du sillon *kérato-scléroticał*, où il se continue avec la membrane de Descemet, véritable tendon élastique du muscle ciliaire radié.

L'appareil musculaire de l'iris n'est que la continuation du plan profond (à fibres circulaires) du muscle ciliaire.

M. Rouget a constaté chez tous les mammifères qu'il a examinés (homme, carnassiers, ruminants, rongeurs) une disposition tout à fait analogue à celle de l'iris des oiseaux. Au bord antérieur du muscle ciliaire, les faisceaux de la couche profonde (annulaire) de ce muscle, continuant leur direction transversalement oblique, pénètrent dans l'iris, et là, couvrant la face externe de cette membrane et enlaçant les vaisseaux dans leurs mailles, ils s'entrecroisent plus ou moins régulièrement les uns avec les autres, coupent généralement sous un angle de 45 degrés la direction des rayons du cercle irien, atteignent le bord pupillaire, et semblent, après l'avoir franchi, former à la surface interne de l'iris l'anneau de fibres circulaires (sphincter de la pupille).

Après avoir décrit le réseau admirable formé surtout par les divisions et enroulements multiples des veines de la choroïde, après avoir décrit le trajet des veines de l'iris qui toutes se rendent aux *vasa vorticosa* par les procès ciliaires, l'auteur, considérant l'effet de la contraction des muscles de l'*iris* et de la *choroïde* sur le système vasculaire de ces membranes, est conduit aux conclusions suivantes :

« Quand les fibres obliques de l'iris se contractent pour dilater la pupille, elles diminuent l'étendue absolue de la membrane, dont elles compriment et vident plus ou moins les vaisseaux, les veines surtout.

» Quand cette contraction a cessé, l'afflux brusque du sang dans les vaisseaux agit comme la détente d'un ressort élastique, distend la membrane irienne, et vient en aide pour produire le rétrécissement de la pupille au faible *sphincter* de cet orifice.

» Dès les premiers moments de la contraction des faisceaux circulaires du muscle ciliaire, les veines de l'iris qui les traversent pour se rendre aux *vasa vorticosa* se trouvent comprimées : dès lors tout le sang qui revient de l'iris doit, pour se rendre aux troncs veineux de la choroïde, passer uniquement par les procès ciliaires, et, augmentant la tension de ces plis érectiles, les appliquer fortement aux bords de la lentille cristalline et à la région ciliaire du corps vitré.

» Mettons maintenant en action muscles et vaisseaux, contraction et érection, pour produire l'adaptation de la vue à courte distance par l'augmentation de courbure de la lentille cristalline et l'allongement de l'appareil dioptrique cristallo-vitré.

» Le muscle ciliaire circulaire se contracte et comprime la couronne des procès ciliaires ; ceux-ci, distendus par le sang et communiquant tous ensemble, peuvent être considérés comme un anneau liquide élastique qui transmet en la régularisant la contraction exercée par le muscle ciliaire aux bords de la lentille cristalline et à la zone ciliaire du corps vitré.

» L'effet général de cette contraction annulaire, qui ne s'exerce que sur la partie antérieure du sphéroïde cristallo-vitré, serait un refoulement excentrique en arrière, surtout dans la région choroïdienne, d'une partie de la masse dioptrique, et l'effet serait presque nul pour l'augmentation de courbure du cristallin et l'allongement de l'axe de l'appareil; mais ici intervient l'action du muscle ciliaire radié ; la choroïde étant solidement fixée en arrière à la sclérotique, la contraction de ce muscle a pour effet de la tendre circulairement et de s'opposer par là au refoulement excentrique du corps vitré dans ce sens. En même temps, cette tension redresse la courbure de la partie antérieure de la choroïde, ce qui étend à une grande surface la compression circulaire des milieux dioptriques ; nécessairement alors la masse de ces milieux incompressibles tend à s'échapper en avant et en arrière, d'où allongement de l'axe et propulsion en avant de la face antérieure de la lentille cristalline, dont la courbure est augmentée par la compression circulaire de ses bords. Quant à l'iris, immédiatement appliqué sur le cristallin, comme le prouve sa convexité très prononcée chez la plupart des animaux, il est dans l'adaptation à la vue de près et à une lumière moyenne, contracté pour accommoder les dimensions du diaphragme à la courbure de la lentille ; il peut même jouer un rôle important pour produire cette augmentation de courbure de la face antérieure de la lentille : car les milieux dioptriques, comprimés de toutes parts dans le sac irio-choroïdien, tendent naturellement à s'échapper, à faire hernie par l'orifice unique de ce sac, la pupille.

» Les modifications que subissent pour l'adaptation la poche irio-choroïdienne et son contenu sont tout à fait analogues à celles d'un muscle qui se contracte ; il n'y a ni augmentation ni diminution de masse, mais un simple changement de forme auquel se prête la sclérotique en arrière Quant à la chambre antérieure, la saillie du cristallin dans sa partie moyenne est compensée par l'élargissement de la gouttière irio-cornéenne et l'écartement des parois du canal de Fontana. Enfin, la tension augmentée des procès ciliaires peut trouver sa compensation dans la compression du réseau admirable choroïdien. »

M. *de Quatrefages* prend la parole pour faire connaître à l'Académie un résultat remarquable résultant des recherches de M. Dujardin sur la vision chez les insectes. D'après le professeur de Rennes, l'adaptation chez ces invertébrés est due à la présence d'un réseau de trachées qui se vide ou se gonfle selon les besoins. Ce réseau trachéen remplirait donc des fonctions analogues à celles que l'auteur du mémoire présenté par M. Cl. Bernard attribue au réseau admirable choroïdien qu'il a découvert. Le sang chez les oiseaux et les mammifères, l'air chez les insectes, seraient ainsi employés pour obtenir un résultat semblable. M. Dujardin n'a pas encore publié ses recherches, mais M. de Quatrefages ne croit pas être indiscret en prenant ainsi date pour un confrère absent.

Le mémoire de M. Rouget est renvoyé à l'examen de MM. *de Quatrefages* et *Cl. Bernard*.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Note concernant la découverte des sources de l'ozone atmosphérique*, par M. *Scoutetten* (communiquée par M. *J Cloquet*). — Nous publierons cette note dans le prochain numéro.

En outre, M. Scoutetten prie l'Académie de vouloir bien faire ouvrir un paquet cacheté déposé en son nom le 5 mai dernier, et qui renferme une note également relative à la découverte des sources de l'*ozone atmosphérique*.

L'auteur demande que cette première note et celle qu'a bien voulu communiquer M. Cloquet soient renvoyées à l'examen d'une commission ; il joint à sa lettre des échantillons de papier réactif, sur lesquels on peut observer les effets produits par l'eau et les végétaux, et un paquet de papier préparé pour les expériences que voudrait faire la commission.

Les deux notes et les pièces qui y sont jointes sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. *Becquerel*, *Regnault* et *Cloquet*.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Ozone atmosphérique ; son influence sur l'état sanitaire d'un pays*, extrait d'un lettre de M. *Wolf* (de Zurich) à M. *Élie de Beaumont*.

« L'été de 1855, dit l'auteur, a été marqué à Berne par une dysentérie épidémique qui causa, au mois d'août et de septembre, en moyenne 6 ou 7 décès par jour, au lieu de 2 1/2, moyenne ordinaire.

» En comparant avec ces faits les indications de l'ozonomètre, je viens de trouver les nombres suivants :

8,16 pour la réaction moyenne de tous les soixante et un jours des mois d'août et de septembre ;

9,55 pour la réaction moyenne des trente et un jours où il y avait au moins 5 décès par dysentérie ;

8,14 pour la réaction moyenne des quatorze jours avec 3 ou 4 décès par dysentérie;

7,12 pour la réaction moyenne des seize jours restants.

» Je dois en conclure que l'énergie de l'épidémie a augmenté et diminué avec la quantité de l'ozône.

» Les observations ozonométriques faites à Saanen (village du canton de Berne, 450 mètres au-dessus de la capitale), depuis le mois d'août jusqu'à la fin de l'année, confirment mes conclusions. Les indications de l'ozonomètre, à Saanen, surpassaient, en moyenne des cinq mois d'observations, celles de Berne de 1 degré de l'échelle de Schönbein ; mais pour les mois d'août et de septembre, elles étaient au contraire plus faibles de 2 degrés ; et pendant la période du 6 au 10 septembre, dans laquelle moururent à Berne, en maximum, 9 personnes de dysentérie par jour, cette différence s'élevait jusqu'à 5 degrés. »

CHIRURGIE. — *Observation de périnéoraphie pratiquée avec succès par la suture entrecoupée*, par M. *S. Laugier*.

L'auteur communique à l'Académie l'exposé d'une opération de périnéoraphie, qu'il a pratiquée à l'Hôtel-Dieu, avec un succès complet, sur une femme de trente-quatre ans, qui avait eu le périnée et la cloison recto-vaginale profondément divisés dans un accouchement. Après avoir rappelé les opérations de ce genre pratiquées par Guillemeau, qui employait la suture, entrecoupée, par Saucerotte, qui avait recours à la suture à surjet, enfin par Roux, qui avait adopté la suture enchevillée, l'auteur développe les motifs qui lui ont fait recourir de préférence à la suture entrecoupée : « Elle est très facile à appliquer ; elle permet de multiplier autant qu'il est nécessaire les points de suture, de leur donner la situation et la direction qu'on veut, d'embrasser dans l'anse des fils autant d'épaisseur de tissus et aussi peu qu'il semble utile de le faire. A ces divers titres, dit M. Laugier, je la crois préférable, et c'est à tort qu'elle a été négligée.

» Une autre modification que j'ai apportée dans le mode opératoire usité, c'est que j'ai fait l'opération en deux temps. Dans une première tentative, j'ai réuni la division la plus profonde, celle de la cloison vagino-rectale déchirée dans une longueur de plus de 3 centimètres. Trois points de suture ont suffi pour cela, et le succès a été complet.

» Une seconde opération a été pratiquée au bout d'un mois. Cinq points de suture m'ont permis de faire une réunion parfaite du périnée, complétement rompu. On distingue à peine la cicatrice linéaire qui maintient rapprochés l'un et l'autre côté de la déchirure.

» Une des plus grandes difficultés de la périnéoraphie est d'obtenir à la fois la réunion de la cloison recto-vaginale et du périnée. C'est à la base de l'éperon de la cloison que persiste l'orifice fistuleux dans les succès partiels. En faisant l'opération en deux temps, il est plus facile d'en surveiller les suites, d'enlever les points de suture sans tiraillements dangereux pour le succès de la réunion, et de limiter les phénomènes inflammatoires.

» En résumé, je crois préférable la suture entrecoupée pour opérer la périnéoraphie. Cette suture est d'ailleurs d'un usage général dans la restauration d'autres organes à l'aide de lambeaux autoplastiques. De plus, je crois utile, dans les divisions très profondes du périnée, de faire l'opération en deux temps. » (*Comm.* : MM. Velpeau, et Jobert de Lamballe.)

CHIRURGIE. — *Nouvelle méthode opératoire de la cataracte par débridement*, par M. *Tavignot*. L'auteur ayant décrit avec détail dans la *Gazette médicale* (année 1850) l'opération sur laquelle il rappelle aujourd'hui l'attention, les COMPTES RENDUS se bornent à extraire de son mémoire le passage relatif aux indications de ce procédé opératoire. Bien que la méthode par *debridement* ne soit pas une opération brillante dans son exécution ; bien qu'après elle, la pupille ne conserve plus sa position normale, et qu'elle cesse d'être contractile à l'instar de la pupille naturelle ; bien que dans le champ pupillaire primitif persistent des fragments capsulaires opaques qui altèrent plus ou moins l'expression du regard, et, par suite, le jeu de la physionomie, M. Tavignot pratique et conseille de pratiquer l'opération du *débridement* dans les cas de cataractes molles ou demi-molles existant sur des sujets plus ou moins avancés en âge. (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert.)

MÉDECINE. — M. *Dujardin* (de Lille), envoie pour le concours Montyon, un mémoire intitulé : *Observation d'œdème de la glotte, guéri par la trachéotomie*. (*Comm.* des prix de médecine et de chirurgie.)

M. *Baglian* adresse de Sesia (Piémont), une note concernant une méthode de traitement, qu'il annonce avoir employée avec succès contre la rage, et qu'il croit devoir être également efficace contre le choléra. (*Commission du legs Bréant.*)

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre dans la section de botanique. — Au scrutin de ballottage, M. *Gay* (*Claude*), ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département du Tarn. — *b*. Les rapports des médecins des épidémies pour l'arrondissement de Coutances, sur une épidémie de rougeole et de scarlatine, qui a régné dans cet arrondissement. — *c*. Le rapport de M *de la Montagne* (de Neufchâteau), sur une épidémie de rougeole dans la commune de Bollainville, en mars et avril 1856. (*Commission des épidémies*.) — *d*. Trois communications relatives à des remèdes secrets et nouveaux (*Renvoi à la commission*) — *e*. L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Vienne. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. le docteur *Juseppe di Martino* (de Naples), sur l'*otomiosia* ou rapetissement du pavillon de l'oreille, dans les cas où cette partie présente un développement anormal. (*Comm* : MM. Poiseuille et Jobert.) — *b*. Une note intitulée : Quelques détails au sujet de la variole manifestée en ce moment dans la commune de Castera-Bouzet (Tarn-et-Garonne), par M. *Laforêt*. (*Commission de vaccine.*) — *c*. Un mémoire sur la fièvre jaune, par M. le docteur *Dutrouleau*, premier médecin en chef de la marine. (*Comm.* : MM. Louis et Cérardin.) — *d*. Un mémoire pharmaceutique sur la pepsine associée au fer réduit par l'hydrogène et à l'iodure de fer sous forme de pilules, par M. *Hogg*, pharmacien à Paris. (Renvoi à la *Commission nommée* pour l'examen du travail de M. *Corvisart* sur le même sujet.) — *e*. Une lettre de *Marc d'Espine* (de Genève), avec un mémoire intitulé : De l'entière ignorance où on se trouve sur le rôle que jouent dans la mortalité de la France les divers accidents des diverses maladies, même les plus faciles à reconnaître, etc. (*Comm.* : MM Cuérard et Bégin). — *f*. Note sur une observation de kystes libres dans les cavités du cœur, par M. le docteur *Jules Dubois* (d'Abbeville). (*Comm.* : MM. Cruveilhier et Barth.) — *g*. Un mémoire de M. le docteur *Sales-Girons*, intitulé : Etude médicale sur les inhalations respiratoires d'eau minérale, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains (Oise). (*Comm.* : MM. Patissier et Henry.) — *h*. Une lettre de M. le docteur *Castorani*, contenant la description d'un nouvel ophthalmoscope exécuté par M. Henry *Soleil*, opticien à Paris. (*Comm. déjà nommée* pour un instrument du même genre.) — *i*. Une lettre de M. le docteur *Beau*, médecin de l'hôpital Cochin, qui fait connaître à l'Académie les heureux résultats obtenus, dans son service d'accouchement, de l'administration du sulfate de quinine à haute dose (1 gramme) dans le traitement de la fièvre puerpérale. L'*ivresse quinique*, suivant l'auteur de la lettre, est la condition indispensable de l'efficacité du sulfate de quinine (*Au Bulletin*).

Lectures et Rapports.

VACCINE. — *M. Bousquet* donne lecture d'un rapport sur une *note relative à un cas d'inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval à l'homme*, note communiquée à l'Académie le 29 avril dernier, par M. *Maunoury*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres et M. *Pichot*, médecin à la Loupe.

« Le mardi, 5 mars 1856, M. le docteur Pichot eut la visite du sieur Brissot, maréchal-ferrant. Ce jeune homme, âgé de vingt-huit ans, non vacciné, souffrait cruellement des mains ; elles étaient en effet très enflées, et sur ce gonflement s'élevaient des *pustules opalines confluentes, larges de 1 centimètre environ, déprimées au centre et traversées par une petite croûte linéaire : ces pustules avaient toutes les apparences des pustules vaccinales parvenues au huitième ou neuvième jour*.

» D'où venaient ces pustules? Le 11 février, Brissot avait ferré un cheval atteint de la maladie désignée en vétérinaire sous le nom d'*eaux aux jambes*, et, après quinze jours d'incubation, l'éruption décrite plus haut aurait commencé de se faire.

» Les pustules qui couvraient la face dorsale des mains de Brissot étaient au nombre de neuf, cinq à la main droite, quatre à la main gauche. M. Pichot en recueillit la matière sur deux plaques de verre.

» Le dimanche, 9 mars, M. Maunoury inocula le nouveau virus à un enfant, né huit jours auparavant dans l'hôpital de Chartres. Le quatrième jour de l'inoculation, une piqûre sur cinq se couvre d'un petit bouton rougeâtre ; au huitième jour, ce bouton apparaît comme une grosse lentille, rempli d'une sérosité jaunâtre, claire, entouré d'un cercle rosé de 1 centimètre environ d'étendue ; après quoi, il continue sa marche en suivant l'évolution ordinaire et bien connue des boutons de vaccine.

» M. Maunoury a repris le virus de ce bouton unique et l'a transmis à deux jeunes filles, dont l'une, âgée de vingt-deux ans, se souvenait d'avoir été vaccinée, sans succès, à sept ans, et la seconde n'avait pas moins de vingt-huit ans. Toutes les piqûres ont été

suivies de l'éruption d'autant de pustules tout à fait semblables à celles de la vaccine. Deux autres inoculations pratiquées, l'une à un enfant de six jours, l'autre à une petite fille de sept ans, ont eu le même succès.

» L'Académie a reçu deux échantillons de virus : l'un, de première génération, recueilli sur Brissot lui-même ; l'autre, de seconde génération, sur un des enfants inoculés par M. Maunoury. »

Dans ses expériences, M. Bousquet a porté, à dessein, les deux virus sur les mêmes enfants, l'un à un bras, l'autre à l'autre bras. Le virus issu des mains du maréchal a complétement échoué. Quant aux piqûres pratiquées avec le virus de seconde génération, toutes sans exception ont été suivies de pustules qui ne différaient en rien des pustules vaccinales ordinaires : tout était d'une vaccine classique et presque vulgaire ; rien d'une vaccine originale, vigoureuse, comme fut, par exemple, celle qui naquit du *cow-pox*, trouvé en 1836 aux portes de Paris.

Maintenant, que faut-il penser de la nouvelle éruption ? Est-ce bien là la bonne vaccine ? Elle en a toutes les apparences. M. Bousquet a éprouvé la nouvelle éruption par l'inoculation de la variole et de la vaccine en circulation : l'expérience n'a rien produit. La nullité du résultat témoigne assez du caractère et des vertus de la nouvelle vaccine.

Ce premier point éclairé, M. le rapporteur discute l'origine de la nouvelle éruption. Est-il bien certain qu'elle vienne du cheval, de ce cheval ferré par Brissot, le 11 février dernier ?

M. Bousquet rappelle que l'opinion de Jenner est que le *cow-pox* tire sa première origine du cheval ; et, bien que l'illustre médecin anglais ait échoué la seule fois qu'il a essayé d'inoculer les *eaux aux jambes* du cheval à la vache, son opinion ne faisait que se fortifier à mesure qu'il avançait en âge : il croyait que la matière des *eaux aux jambes* n'était pas préservative par elle-même, et qu'elle avait besoin de passer par la vache pour le devenir. Les expériences du même genre que celle de Jenner, tentées par MM. Bousquet et Leblanc n'ont pas réussi, et M. le rapporteur pense que Jenner lui-même n'était pas aussi sûr de la généalogie qu'il faisait au *cow-pox* qu'il voulait le paraître.

M. Bousquet rapproche du fait rapporté par MM. Maunoury et Pichot un cas tout à fait analogue dont il fut tant parlé en son temps. Il s'agit d'un cocher de Paris qui, après avoir pansé un cheval atteint des *eaux aux jambes*, vit se développer sur ses doigts fendus par des crevasses, des boutons qui avaient aussi toutes les apparences de la vaccine. On en prit la matière, on l'inocula, et l'on en reproduisit la vaccine. Mais, pour rendre la démonstration plus complète, il eût fallu reprendre le virus aux pieds mêmes du cheval et le transporter sur l'homme.

M. Bousquet déclare qu'il est persuadé sans être convaincu. Il n'y a qu'une seule supposition qui frapperait de nullité toute cette histoire et les histoires analogues, c'est que le cocher de Paris, en 1805 ou 1806, et Brissot en 1856, se seraient fait vacciner sur les mains pour tromper la bonne foi des médecins et se jouer de leur crédulité. Hors de là, s'il n'y a pas certitude absolue, il y a la plus forte présomption que si la vache engendre d'elle-même la petite vérole, elle peut aussi en recevoir le germe du cheval.

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre le rapport de la section de *thérapeutique* et d'*histoire naturelle médicale*.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le traitement des nævi materni vasculaires (*tumeurs érectiles*) **par l'inoculation vaccinale**, par F.-L. LEGENDRE.

Le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination constitue une méthode vantée par un grand nombre d'auteurs, et qui, convenablement appliquée, donne presque constamment d'excellents résultats, sans exposer à aucun danger. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est qu'elle n'est point applicable à tous les cas, car, d'un côté, elle ne saurait être mise en usage chez les enfants qui ont déjà été vaccinés ; d'un autre côté, on l'a vue échouer dans les circonstances où le mal était trop étendu ou trop profond. A cela, M. Legendre répond qu'à l'avenir ce serait une faute inexcusable de la part du médecin qui aurait vacciné un enfant sans s'être informé d'abord s'il n'existe pas chez lui quelque nævus, et que, si l'on opère de très bonne heure, on n'a affaire ordinairement qu'à des tumeurs d'un très petit volume. Cette pratique, il est vrai, expose à opérer des nævi qui auraient pu disparaître spontanément ; mais le nombre de ces derniers est relativement rare, et il serait beaucoup moins regrettable d'avoir pratiqué dans quelques cas une opération inutile, mais sans aucun danger, que d'avoir une seule fois laissé le mal prendre des proportions qui lui donnent une véritable gravité.

Pour assurer le succès de l'opération, le chirurgien doit suivre certaines règles dont le but commun est de provoquer une inflammation dans la totalité du tissu pathologique. Le vaccin, pour présenter toutes les garanties désirables, doit être pris sur le bras d'un enfant vacciné depuis sept jours révolus, ou au troisième jour de l'évolution de la pustule ; l'opération se fera d'après les préceptes donnés dans nos livres classiques ; le nombre des piqûres, toujours en rapport avec l'étendue de la lésion, sera tel, que les pustules, complétement développées, se touchent par leur base. M. Pigeaux a érigé en principe que, pour produire ce résultat, les inoculations doivent être faites à 1 centimètre de distance les unes des autres. Le choix des points où doivent être faites les inoculations vaccinales n'est point indifférent. Pour que l'inflammation, provoquée nécessairement par l'éruption de la pustule, portât tout entière sur le nævus maternus, et donnât, par conséquent, son maximum d'effet curatif, il importerait que les piqûres fussent faites sur la tumeur érectile elle-même. Mais, comme les téguments sont souvent fort amincis à ce niveau, on risquerait souvent de déterminer une hémorrhagie difficile à arrêter. En s'y prenant avec précaution, on réussira cependant sur certains points où la peau est moins altérée. M. Legendre veut que, dans les cas de nævus de la face, l'inoculation soit toujours faite sur le mal même, afin que la cicatrice, qui succédera à la chute des croûtes, n'ait pas plus d'étendue que le tissu anormal. S'il s'agissait d'une région habituellement couverte, et où, par conséquent, une cicatrice d'une certaine étendue n'aurait pas grand inconvénient, on pourrait faire les inoculations au pourtour du mal, sur la peau saine, mais de telle sorte que le bouton, en se développant, empiétât sur le nævus.

M. Legendre rapporte deux observations à la fin de son travail ; la seconde a trait à la guérison spontanée des nævi ; elle est, par conséquent, étrangère au sujet du mémoire. Nous donnons les détails principaux de la première observation, afin de rappeler la marche suivie par le mal dans les cas de guérison.

OBS. — *Nævus saillant ; vaccination par sept piqûres faites au pourtour de la tumeur érectile ; guérison complète au bout d'un mois.* — Tache érectile congénitale, saillante, de l'étendue d'une très petite lentille, située au-dessous et en arrière du grand trochanter droit. A deux mois, le mal a fait de grands progrès : il a 12 millimètres en largeur et 7 en hauteur. La tumeur se gonfle, et devient d'une couleur rouge vif quand l'enfant crie ; elle s'affaisse au niveau de la peau saine lorsque l'enfant est calme. A 7 millimètres en arrière, et un peu au-dessous de ce nævus, on trouve une petite tache rouge, à peine visible, formée par quelques varicosités vasculaires.

28 *août* 1855. Sept inoculations sont pratiquées autour de la tumeur érectile, à 5 millimètres environ de distance les unes des autres ; les piqûres faites sur la peau saine, mais très près du nævus, fournissent à peine du sang. Huitième piqûre au centre du petit nævus commençant, et neuvième, enfin, sur le bras droit, pour servir plus tard de témoignage de vaccination.

30. Deux petites papules sont visibles au bord inférieur de la tumeur, sans changement de couleur à la peau.

1er *septembre*. Sept papules répondant aux sept piqûres entourent le nævus ; elles sont déprimées au centre, du volume d'une tête d'épingle, peu saillantes. Mêmes caractères sur le petit nævus et sur le bras. Déjà le nævus principal paraît un peu flétri et moins vermeil.

3. Les pustules se touchent et forment un cercle complet, interrompu

seulement, vers le bord supérieur, dans une étendue de 3 millimètres. Boutons aplatis, légèrement ombiliqués, encore pâles ; ils empiètent sur le nævus, et offrent dans leur portion qui repose sur le tissu érectile, une couleur bleuâtre.

5. Le cercle pustuleux est complet ; au centre se trouve le nævus réduit à une étroite surface triangulaire. La pustule du bras suit son évolution normale.

7. Engorgement notable du tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous de l'auréole qui environne la plaque boutonneuse.

9. Pustules complétement desséchées, formant une plaque comme bulleuse, rénitente, de couleur ardoisée.

11. Une croûte sèche, noirâtre, festonnée, remplace le nævus et le cercle boutonneux ; elle commence à se détacher, et l'on voit au-dessous d'elle une exulcération un peu grisâtre.

14. Même état ; la croûte est plus décollée, et l'exulcération visible dans une plus grande étendue.

L'enfant est ensuite perdu de vue jusqu'au 16 *octobre*. Cicatrice légèrement déprimée, dont les bords festonnés sont un peu plus rosés que la peau normale environnante, et dont le centre uni, très blanc, est ponctué seulement d'une quinzaine de points rouges du volume d'une pointe d'aiguille, sans saillie aucune. A la place des petites varicosités qu'on observait près de la tumeur érectile, on constate aujourd'hui une cicatrice de vaccine blanchâtre, gaufrée, n'offrant aucune injection. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1856.)

De la gélatinisation du chloroforme.

Depuis les recherches de M. Grimault sur le moyen de convertir l'éther en une substance demi-solide, propre à maintenir plus longtemps sur les parties l'action calmante, diverses tentatives ont été répétées pour obtenir, par la même opération, les mêmes propriétés, du plus puissant des anesthésiques, du chloroforme. M. Ruspini, à Bologne, MM. Aldir, Ortega et Espina, à Madrid, ont appliqué à ce sujet plein d'avenir, les uns leurs connaissances pharmaceutiques, les autres le contrôle de l'expérimentation clinique.

Le chloroforme, ainsi que l'a observé M. Ruspini, est, en raison de sa densité supérieure, un peu plus difficile que l'éther à incorporer à l'albumine de l'œuf. Mais le mélange finit néanmoins par s'opérer intimement. Il a constaté, en lavant ce produit avec de l'eau distillée, que l'eau exhale ensuite une forte odeur de chloroforme, preuve que le chloroforme était à l'état de pureté dans cette agrégation nouvelle. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna* et *Gazzetta medica Italiana*; Stati sardi, 24 mars 1856, p. 404.)

M. Aldir s'est proposé le même but en déterminant exactement les proportions les plus convenables de chloroforme et d'albumine qui doivent être employées pour obtenir le mélange. A la température ordinaire, il faut les mettre en parties égales, et la combinaison ne s'opère que lentement. Elle est beaucoup plus prompte si l'on élève, au bain-marie, la température jusqu'à 50 ou 60 degrés. Et, dans ce cas, on peut mettre en présence quatre parties de chloroforme et une d'albumine.

Il a encore observé que la gelée de chloroforme se conserve sans altération beaucoup plus longtemps que celle de l'éther.

On pressent le mode d'emploi et les avantages de ce nouveau composé. En frictions, sur des bandelettes comme pansement de certains ulcères, ou déposée, selon les principes de la méthode endermique, à la surface d'un vésicatoire, elle peut rendre, comme sédatif, des services variés. Déjà MM. Ortega et Espina ont cherché à apprécier ses qualités à ce titre. Mais nous voyons avec regret que les conditions d'une expérimentation probante n'ont pu encore être réalisées complétement. Nous aurions désiré que l'application de ce composé eût été faite exclusivement pour des affections douloureuses, et sans qu'aucun autre moyen eût été préalablement mis en usage pour combattre la douleur. Or, M. Ortega n'a mis en œuvre la gelée de chloroforme que contre des gastro-entérites aiguës, maladies où la douleur ne dépend qu'en faible partie d'une lésion du système nerveux, et dont on ne pouvait d'ailleurs raisonnablement abandonner la cure au seul emploi d'un liniment anodin.

M. Espina a usé du chloroforme mou contre des rhumatismes avec ou sans fièvre. Ici l'indication était formelle, et le contrôle pouvait devenir décisif. Il est vrai que, dans les deux seuls cas dont il donne la relation avec détail, plusieurs émissions sanguines avaient été faites, *loco dolenti*, avant qu'on y eût étendu la gelée de chloroforme. Néanmoins, son effet narcotique a paru à l'habile clinicien être fort énergique. Il cite principalement un rhumatisme qui s'était fixé sur les muscles de la fesse et dans la région coxo-fémorale droite, et qui avait résisté aux antiphlogistiques. Le soulagement fut très prompt, et la guérison complète en huit jours.

D'après ces essais, M. Espina n'hésite pas à déclarer qu'il préfère le chloroforme solidifié comme topique au baume opodeldoch, au liniment sédatif et autres anodins en usage jusqu'ici.

Il termine cependant en exprimant l'avis que son pouvoir ne sera hors de doute que lorsqu'il aura été éprouvé contre les névralgies. (*La Cronica de los hospitales*, 24 mars 1856, p. 166.)

Curieux cas d'inoculation par un cadavre,
par M. Kirkman.

Il y a, ce nous semble, dans ce fait, quelque chose de plus que les accidents habituellement produits par le contact des matières putrides à l'influence desquelles on est exposé pendant certaines autopsies. Ici la prompte apparition des symptômes, leur similitude avec ceux dont le sujet était porteur, justifient bien le nom d'*inoculation*, que l'auteur n'a pas donné sans motif à une pareille transmission.

Obs. — Un aliéné étant mort des suites d'un large anthrax, M. Kirkmann en fit l'autopsie, cinquante-six heures après la mort, au mois de novembre. La putréfaction était commencée. Le lendemain, il sentit un chatouillement à ses mains, et vit sur la droite huit ou neuf, et sur la gauche deux, petits furoncles très enflammés. Il crut à une absorption opérée, soit par des crevasses qu'il portait aux doigts, soit par l'immersion prolongée des mains dans la cavité thoracique du cadavre.

Le troisième jour, les furoncles s'étaient réunis sur la main droite, aux quatrième et cinquième métatarsiens. Une vive réaction générale s'ensuivit. Plusieurs abcès en furent la conséquence. Dans les quinze jours suivants, une vingtaine de furoncles se développèrent au poignet, au bras et à l'épaule du côté droit; ceux-ci se terminèrent par la suppuration de leur sommet ; mais ceux du bras gauche rendirent longtemps un pus sanieux et irritant. Ce n'est qu'à la fin de janvier que le rétablissement fut complet. (*The Lancet*, 19 avril 1856, p. 429)

Traitement de la fistule lacrymale, par M. Debout.

Nous avons si souvent déjà abordé l'histoire du traitement de la fistule lacrymale par la trépanation de l'os unguis, qu'il ne nous resterait rien d'original à ajouter. Aussi, d'un remarquable article publié sur ce sujet par M. Debout, ne voulons-nous extraire que l'observation instructive citée par lui en faveur du traitement *médical* de cette infirmité, qu'on se hâte beaucoup trop souvent de soumettre à l'*ultima ratio* de l'art.

Obs. — Une blanchisseuse affectée de fistule lacrymale (et dont le frère avait eu une maladie semblable) avait reçu le conseil, après plusieurs mois de tentatives inutiles et un traitement prolongé par l'iodure de potassium, de se laisser opérer. D'un tempérament très lymphatique, elle portait une carie de l'os unguis, et M. Debout trouva, dans cette circonstance, une indication de recourir à l'iodure de fer. Il prescrivit, comme boisson aux repas, une infusion à froid de cônes de houblon, et l'usage de pilules de 5 centigrammes de proto-iodure de fer, qu'on porta progressivement à la dose de trois, matin et soir. Quinze jours après, les abcès de la tumeur, qui se reproduisaient sous l'influence du moindre refroidissement, ne se sont plus manifestés. A la fin du troisième mois, la saillie de l'os unguis avait disparu ; l'exfoliation s'en était faite insensiblement, et cette femme était guérie de sa tumeur.

Ce succès, ajoute M. Debout, n'est pas le seul que nous pourrions enregistrer. (*Bull. de thérap.*, 15 avril 1856, p. 297.)

VII.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Fonssagrives vient d'être nommé second médecin en chef de la marine.

— M. le docteur Murel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville, passe en la même qualité à l'asile de Saint-Yon, près Rouen.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce a accordé les récompenses suivantes pour les services rendus pendant le choléra de 1855 qui a sévi dans le Bas-Rhin :

Médailles d'or. — MM. Birckel, docteur en médecine à Colmar; West, idem, à Soultz ; Pourcelot, id., à Altkirch ; Arnold, officier de santé à Soultzmatt.

Médailles d'argent. — MM. Baur, docteur en médecine à Mulhouse ; Halbedel, id. à Bergheim; Amrein, id. à Thann; Triponel père, id. à Rouffach ; Michels, id. à Rouffach ; Belin, élève en médecine à Strasbourg; Triponel fils, id. à Strasbourg; Picard, id. à Strasbourg.

Médailles de bronze. — MM. Salathé, docteur en médecine à Mulhouse ; Muller, id. à Dornach; Déléviéleuse, id. à Soultz ; Weisgerber, id. à Ribeauwillé ; Rudolph, id. à Guémar ; Graa, médecin de la légion britannique à Huningue.

— Par décret du 26 avril dernier, M. A. Millet, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, et M. J. Sichel, médecin oculiste à Paris, ont été autorisés à porter, le premier, la décoration de chevalier de l'ordre de Léopold (Belgique), le second, celle de commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne).

— S. M. le roi de Wurtemberg vient de conférer à M. le docteur Constantin James la croix de chevalier de l'ordre de Frédérick.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Dewulf, inspecteur-suppléant du service de la vérification des décès, est nommé inspecteur titulaire, en remplacement de M. Sandras, décédé.

M. le docteur Josat est nommé inspecteur suppléant, en remplacement de M. Dewulf.

— La science vient de perdre M. Benoiston (de Châteauneuf), associé libre de l'Académie des sciences, et M. le docteur Vuillomenet, de Phalsbourg (Meurthe).

— Le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris aura lieu le 12 juin 1856, à sept heures du soir, à l'hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 15 francs.

Les souscriptions sont reçues chez MM. les commissaires :

A La Riboisière, M. Binet ; aux Enfants Malades, M. Parrot ; à la Charité, M. Garreau ; à l'Hôtel-Dieu, MM. Gumbault et Wieland ; à Beaujon, M. Devers ; à Lourcine, M. Londe ; à la Pitié, M. Marey ; à Bicêtre, M. Ball, et à l'hôtel du Louvre.

La souscription sera close le 10 juin.

MM. les souscripteurs sont priés d'envoyer leur adhésion, ou un mandat sur la poste.

— La *Presse médicale belge* annonce que M. le ministre de l'intérieur vient de soumettre aux délibérations de la chambre des représentants de Belgique un projet de loi ayant pour objet l'introduction de la nouvelle pharmacopée. Cette pharmacopée offrira les textes français et latin réunis.

— Le conseil supérieur d'hygiène de la Belgique vient d'être constitué. M. Lieds, gouverneur de la province, a été nommé président, et M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, vice-président.

— Un arrêté en date du 20 mai 1856 nomme M. le docteur Parigot membre du comité d'inspection des établissements d'aliénés et des asiles provisoires de l'arrondissement de Bruxelles, en remplacement de M. André Uytterhoeven, dont la démission est acceptée.

— On nous écrit de Würzbourg : « M. le docteur Linhardt (de Vienne) est définitivement nommé à la chaire de clinique chirurgicale de notre Faculté, vacante par la mort de M. Morawek. — M. le professeur Virchow nous quitte; il n'a pu résister aux offres brillantes qui lui ont été faites par le gouvernement prussien, pour l'engager à prendre la chaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin. On ne sait encore qui le remplacera à Würzbourg. »

— M. le docteur Benoiston (de Châteauneuf), membre associé libre de l'Académie des sciences, vient de mourir à l'âge de 84 ans.

— Par décret du 26 avril, M. le docteur Scrive, médecin en chef de l'armée d'Orient, a été autorisé à porter la décoration de l'ordre du Bain, qui lui a été récemment conférée par S. M. la reine d'Angleterre.

— Par décret du même jour, M. le docteur Levavasseur, chirurgien-major en retraite, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Carcassonne, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 14e livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario.* — Fièvre intermittente éclamptiforme chez l'adulte, par *Liégey.* — Sur le forceps-scie de M. Vanhcuvel, par *G. Lauwers.*

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — T. XV. Nos 4. — Rapports concernant : la suette, par *Fossion* ; les asthénies, par *Lebeau* ; le choléra, par *Tallois* ; un cadre-hamac pour les enfants, par *Graux* ; la syphilis comme cause de scrofule, par *Hairion.* — 5. Rapports concernant : les kystes du cœur et les anévrysmes des artères coronaires, par *Raikem* ; l'influence de la pesanteur sur le corps humain, par *Mareska* ; la statistique, par *Marinus.*

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 17. Erreurs du diagnostic au point de vue de la syphilis, par *Thiry.*

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 21 à 29. — 22. Sur la modification des nerfs moteurs produits par les courants électriques constants, par *Pflüger.* — 25. Névralgie de la mamelle, par *J. Alfter.*

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — Avril 1856. Modifications apportées par l'âge dans les cartilages intervétébraux, par *Luschka.* — Contributions à la physiologie et à la pathologie du cœur, par *Bamberger.* — Sur l'inflammation des sinus cérébraux, par *Lebert.*

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 14 à 17. — 14. Sur la sclérose du cerveau et de la moelle épinière, par *Valentiner.* — 16. Respiration et cris d'un enfant nouveau-né, l'œuf étant intact, par *Hüter.*

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — VIIe vol. 3e cah. Remarques sur les bruits circulatoires qu'on perçoit dans l'abdomen des femmes enceintes, par *E. Martin.* — Sur l'opération césarienne, par *Barstcher.*

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE UND OEFFENTLICHE MEDICIN, de Casper. — T. IX, 2e cahier. Sur les effets nuisibles des tanneries sur la santé, par *Richter.*

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE — IIe vol. 1856. Phlébite à la suite de la flexion forcée du genou ankylosé, opérée sans ténotomie et sans machines, sous l'influence du chloroforme, par *H. Friedberg.* — Sur la roideur cadavérique et les roideurs musculaires qui s'en rapprochent, par *A. Kussmaul.*

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 15 et 16. — 15. Notice sur l'étude du mercure, par *H. Beigel.* — Excroissance papillaire sur la valvule semi-lunaire de l'aorte, par *Lambl.*

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — Nos 16. Sur les éléments actifs de la rhubarbe et sur le rheum palmatum, par *Schroff.*

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Mars. Résultats de l'expérience concernant les symptômes des inflammations internes et les effets de la saignée pendant les quarante dernières années, par *Alison.* — Valeur diagnostique du bruit du pot fêlé, par *Bennett.* — Histologie des évacuations cholériques, par *L. Lindsay.* — Observations médico-légales sur la strangulation manuelle et la mort par violence ; expériences, par *Al. Keiller.* — Remarques sur le choléra, par *T.-M. Lowads.* — Anévrysme poplité guéri par la compression, par *Miller.* — Clinique, par *H.* et *B. Bell.* — Avril. Sur le croup, par *G. Wilson.* — Sur les mouvements latéraux du pied, par *R. Beveridge.* — Plaies de la tête et de la face, par *R. Wiseman.* — Sur la formation du rachitisme et des déformations du bassin, par *M. Duncan.*

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 302. Remarques sur le rhumatisme, par *W. Ramsay Steuart.* — Sur l'inaptitude à distinguer les couleurs, par *E. Bronner.* — 303. Sur un cas d'hématémèse, par *Parker Laurence.* — Opération de rhinoplastie, par *N. Ward.*

THE LANCET. — Nos 15 Traitement de l'asphyxie, par *Marshall Hall.* — Pathologie utérine, par *Bennet.* — Sur un nouveau stethoscope, par *E. Pollock.* — Traitement de la fistule urinaire, par *Thompson.* — Empoisonnement par l'antimoine, par *Richardson.* — 16. Pathologie utérine, par *Bennet.* — Adaptation d'un tube de caoutchouc à la canule après la paracentèse abdominale, par *Birkett.* — Empoisonnement par la strychnine, par *F. Ogston.* — Cas curieux d'inoculation par un corps mort, par *Kirkmann.*

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 16. Ophthalmie blennorrhagique et son traitement, par *Salvolini.*

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 10. Sur le choléra de Molta-Baluffi et Solarolo-Monestirolo, par *C. Scamoni.* — Observations sur le système nerveux, par *F. Lussana.* — 11. Sur l'emploi thérapeutique de la pepsine, par *C. Tosi.* — 12. *Idem.* — Maladie de Bright guérie par l'acide nitrique, par *B. Ettori.* — 13. Sur la pepsine, par *Tosi.* — Tubercules du cerveau, par *Ettori.* — 14. Quel est l'élément principal de la chorée électrique, par *G. Clerici.* — Choléra de Gandino, par *Lussana.* — Ischurie guérie par l'électricité, par *Viglezzi.* — 15. Du régime des malades et des convalescents, par *Poggiali.* — 16. Cas de tétanos traumatique, par *Pieri.* — Choléra de Castello dell' Isola de Giglio, par *Betti.*

IL SIGLIO MEDICO. — Nos 118. — Analyses et revues. — 119. Remarques sur un monstre sans bras ni jambes, par *R. Martinez y Molina.* — Sur la prophylaxie du choléra, par *Mendez Alvaro.* — Clinique.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 78. Cas de monstruosité : absence des extrémités supérieures et inférieures, par *Cuhna Vianna.* — Clinique et revues.

O ESCHOLIASTE MEDICO. — N° 30. Analyses et revues.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | Prix : 24 francs par an

TOME III. | PARIS, 5 JUIN 1856. | N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Besançon.

Napoléon,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 3 mars 1841, qui constitue l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu la délibération du Conseil municipal de la ville de Besançon, en date du 15 mai 1856, par laquelle ledit conseil s'engage à comprendre au budget de 1857 les sommes nécessaires à la réorganisation de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon est réorganisée de la manière suivante, à partir du 1er janvier 1857 :

L'enseignement comprendra :
1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire d'anatomie et physiologie ;
A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de chimie et de toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 31 mai 1856.

Napoléon.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 30 mai 1856, M. Lévesque, docteur en médecine, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 28 mai au 4 juin 1856.

133. Sée, Marc-Daniel, né à Ribeauvillers (Haut-Rhin). [*De l'accommodation de l'œil et du muscle ciliaire.*]
51. Bouvier, Alexandre, né à Damrémont (Haute-Marne). [*Choléra ; de la réaction.*]
134. Guérin, Isidore, né à Paris (Seine). [*Propositions médicales sur 1° les irrigations continues dans le traitement des blessures ; 2° l'héméralopie à bord des bâtiments.*]
135. Lesage, Charles, né à Cateau (Nord). [*Des purgatifs.*]
136. Lesage, Adolphe, né à Cateau (Nord). [*Des ulcérations simples du col de l'utérus.*]
137. Versepuy, Gilbert-Jules, né à Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme). [*De l'intoxication puerpérale.*]

138. RÉMY, Lin-Ange-Alexandre, né à Châtillon-sur-Marne (Marne). [*Du scorbut.*]

139. VAUVERTS, Alfred-Victor, né à Lille (Nord). [*De la cure radicale des hernies.*]

140. PAYRAN, Pierre-Antoine-Baptiste, né à Saint-Gaudens (Haute-Garonne). [*Études sur les manifestations héréditaires de la syphilis chez les nouveau-nés.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 juin 1856.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE, A L'OCCASION D'UN PROCÈS RÉCENT.

Est-il possible, dans un empoisonnement par la strychnine, de constater la présence du poison? Cette question, qui préoccupe en ce moment les esprits, paraîtrait, aux yeux des gens du monde, avoir été résolue négativement dans l'affaire criminelle qui vient d'être jugée en Angleterre et qui a eu tant de retentissement. Ne pouvant, ni ne voulant nous arrêter à toutes les considérations qui, en dehors de la sphère médicale, se sont produites dans le cours des débats, nous examinerons ici la question toxicologique seulement à deux points de vue: premièrement, et surtout, au point de vue de la recherche du poison et de la constatation de sa nature par les réactifs chimiques; secondement, au point de vue de la signification des phénomènes symptomatologiques.

Introduits dans l'économie, les poisons minéraux et végétaux ne se comportent pas tous de la même manière. Les uns irritent, enflamment et détruisent même quelquefois les parties avec lesquelles ils sont mis en contact, et amènent la mort par des effets que l'on peut regarder comme sympathiques. Beaucoup d'autres, au contraire, ne produisent point de désordres locaux et n'agissent que lorsqu'ils ont, par absorption, passé dans le système circulatoire, pour produire sur le sang, et par suite sur le système nerveux, des modifications quelquefois instantanées, foudroyantes, qui le plus souvent échappent à toute investigation et demeurent inexplicables. Enfin, il en est d'autres qui, comme l'acide arsénieux, par exemple, déterminent la mort en agissant tout ensemble localement et par absorption.

Il résulte de ces différents modes d'action des matières toxiques que, dans la plupart des cas où le poison, balayé par des vomissements, ne pourra être retrouvé dans l'estomac, on aura la ressource de pouvoir aller le rechercher dans la profondeur des organes, notamment dans les plus vasculaires: le foie, le poumon, les reins, etc. Malheureusement cette recherche n'est pas toujours possible: le poison, en passant dans le sang, ne tarde pas à se combiner avec les éléments de ce liquide et à former des composés dans lesquels sa présence se trouve complétement dissimulée et soustraite à l'action des réactifs. Pour rendre à ceux-ci leur puissance ordinaire, on carbonise avec précaution les tissus, afin d'isoler le poison en détruisant la matière organique qui en masque la présence; mais ce procédé, si sûr et si précieux pour la recherche des substances métalliques, devient évidemment impraticable lorsqu'il s'agit de retrouver des poisons végétaux, qui seraient eux-mêmes détruits en même temps que les autres matières organiques.

Donc, dans les empoisonnements par les alcalis végétaux, et notamment dans l'empoisonnement par la strychnine, qui fait l'objet de cet article, le seul procédé praticable et auquel on puisse avoir recours, consiste dans l'analyse chimique des matières trouvées dans le tube digestif. Or, plusieurs cas peuvent se présenter.

1° Supposons que la strychnine ait été donnée à la dose de 1 à 2 décigrammes; qu'il n'y ait point eu de vomissements, et que l'estomac, au moment de l'expertise, ne contînt que peu de matières. Il sera, dans ce cas, assez facile de retrouver le poison; on pourra même l'obtenir cristallisé à l'état de sel et vérifier ses caractères chimiques. La difficulté augmenterait, sans pour cela devenir insurmontable, si la strychnine se trouvait mêlée, dans l'estomac, à une grande quantité d'aliments. Mais si des vomissements avaient expulsé les liquides au point que l'estomac eût été trouvé dans un état de complète vacuité à l'autopsie (ce qui est arrivé dans l'affaire Palmer) (1), il faudrait alors espérer peu de résultats de l'épreuve.

2° Si la dose de strychnine n'a pas dépassé 5 centigrammes, la recherche en deviendra très difficile, et ne sera d'ailleurs possible qu'autant qu'il n'y aura pas eu de vomissements, et que la quantité de matière qui se trouvera mélangée au toxique sera peu considérable. Mais si la dose de strychnine ingérée n'excède pas 2 centigrammes, et si surtout cette quantité a donné la mort, il faudra perdre tout espoir de la retrouver dans aucun cas. On a pu, dans certains ouvrages, écrire le contraire, mais autre chose est de rédiger un article dans le calme du cabinet ou de rechercher, comme expert, dans un cas d'empoisonnement, la pièce de conviction la plus importante, au milieu des émotions d'une affaire criminelle.

Si maintenant nous examinons la valeur des réactions chimiques qui caractérisent la strychnine, alors qu'on est parvenu à l'isoler à l'état de chlorhydrate alcaloïdique, nous rappellerons que la saveur excessivement amère de la solution, le précipité blanc que le chlore y produit, et la coloration violette obtenue par l'oxyde pur de plomb additionné d'acide sulfurique, sont les trois caractères essentiels et distinctifs de la strychnine et de ses sels. Or, les deux premiers n'ont de valeur réelle pour établir la conviction intime de l'expert que lorsqu'ils se trouvent réunis au troisième, qui lui-même n'offre pas de garanties très sérieuses, étant basé sur la production d'une coloration éphémère, d'abord violette, puis rouge, et enfin jaune.

Il est donc, comme on vient de le voir, très difficile, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, d'isoler la strychnine dans les cas d'empoisonnement, et plus difficile encore d'en constater la nature chimique avec assez de certitude pour donner cette pleine conviction que tout honnête homme doit avoir, lorsqu'il vient, devant un tribunal, porter un jugement du quel dépend la vie d'un de ses semblables.

Quant à la confusion qui pourrait être faite de l'empoisonnement par la strychnine avec le tétanos idiopathique, en l'absence du secours de la chimie, elle est loin d'être impossible. Néanmoins elle ne pourrait naître que d'un concours

(1) Les experts, dans cette affaire, n'ont pas retrouvé la strychnine, mais ils ont constaté la présence de l'antimoine. En dehors de toute application individuelle, on peut faire remarquer que les choses se passeraient de cette manière si le coupable avait donné en même temps à sa victime de la strychnine et de l'émétique, afin d'obtenir, d'abord, l'empoisonnement par l'absorption d'une certaine quantité d'alcaloïde, puis des vomissements pour expulser le reste du poison; de cette façon l'on pourrait rendre impossible l'expertise médico-légale.

de circonstances qui ne se présente pas d'ordinaire. Dans les deux cas, surtout si le poison n'a pas été donné à fortes doses, la scène s'ouvre par de la roideur musculaire, suivie de petites secousses convulsives, qui se répètent en augmentant d'intensité et sont enfin remplacées par une rigidité permanente. Mais, dans le tétanos, la contracture continue est, pour ainsi dire, le fond que traversent par intervalles des accès de secousses convulsives, tandis que, dans le cas d'intoxication par la strychnine, les secousses sont le caractère dominant. Le tétanos a une durée relativement longue; il dure plusieurs jours, et, s'il n'a pas emporté le malade, se dissipe graduellement pour ne plus revenir. Il est rare qu'une dose de strychnine suffisante pour tuer opère aussi lentement. Que si la dose a été trop faible et que la mort ne s'ensuive pas, comme le sujet se remettra rapidement, le doute sur la cause des accidents pourra subsister; mais alors le retour de ces accidents suffirait pour faire rendre suspectes tout à la fois la première crise et la seconde, et pour faire soupçonner deux tentatives successives d'empoisonnement; car l'existence du tétanos intermittent est plus que rare; elle est encore douteuse. Mais il faut reconnaître que l'embarras pourrait devenir assez grand si l'on administrait de très petites doses de strychnine à des intervalles assez rapprochés. On pourrait probablement simuler ainsi le vrai tétanos.

— L'expérience commencée il y a quelque temps déjà par M. Leverrier, dans le but de constater l'état météorologique de la France sur un grand nombre de points à la fois se poursuit activement. D'après une déclaration faite à l'Académie des sciences par l'illustre astronome, 25 postes météorologiques répartis entre les villes les plus importantes de l'Empire fonctionnent régulièrement et envoient chaque jour à l'Observatoire, par le télégraphe électrique, le résultat d'observations faites simultanément sur ces différents points et relatives à la température, à la pression atmosphérique, à la quantité de pluie tombée, à la direction des vents, etc. Nous ne savons pas jusqu'à quel point de telles expériences pourront concourir au progrès de la météorologie ou de la physique proprement dite; mais nous savons bien le parti qu'en pourrait tirer l'étude étiologique des constitutions médicales, si les médecins des villes où les postes sont établis voulaient s'entendre pour observer simultanément les changements survenus dans la santé publique. On met aisément sur le compte des vicissitudes atmosphériques les variations générales que les maladies subissent quant à leur forme, à leurs caractères, à leur marche, à l'action des moyens thérapeutiques. On sait aussi l'influence des saisons, qui très certainement diffère d'une manière essentielle de l'influence des conditions barométriques, thermométriques, hygrométriques ou anémologiques. Il nous semble qu'une observation poursuivie sur une grande échelle, et fonctionnant partout simultanément, avec une certaine uniformité de plan, avec certaines garanties d'exactitude, permettrait de mieux établir la part de ces deux ordres d'influence, et de les mieux isoler eux-mêmes de toutes les autres causes de perturbation qui peuvent s'y joindre. C'est un vœu que nous nous contentons d'émettre aujourd'hui, mais qu'il serait facile de réaliser.

HÉBERT et A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU MODE D'ACTION DU CHLORATE DE POTASSE DANS LA STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE, par M. GIBERT, interne des hôpitaux de Paris.

Depuis quelque temps, on s'est beaucoup occupé de l'emploi du chlorate de potasse dans plusieurs maladies de la bouche et de la gorge.

L'efficacité de ce médicament a été reconnue par tous les médecins qui l'ont expérimenté, et entre autres par M. Chanal, à Genève, dans plusieurs sortes de stomatites; par MM. Herpin et Aran, dans la stomatite mercurielle; par M. Blache, aux Enfants malades; par M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie; et par M. Bergeron, à l'hôpital du Roule, dans la stomatite ulcéro-membraneuse.

Conduit sans doute par l'analogie, et sans avoir l'intention de préjuger le mode d'action du remède, M. Blache a étendu son expérimentation à d'autres maladies, et notamment à l'angine couenneuse et au croup.

Les résultats obtenus par ce savant médecin doivent engager les praticiens à suivre son exemple; mais, tout en le faisant, il semble utile de rechercher et de déterminer d'une manière aussi exacte que possible le mode d'action du chlorate de potasse.

Ce sel doit-il être assimilé aux médicaments qui, absorbés et répandus dans l'économie, modifient la crase du sang, et par suite la constitution, de manière à détruire le principe morbide qui a donné lieu à la lésion locale? Ou bien agit-il à la manière d'un topique qui peut modifier cette lésion, quelles que soient les causes qui lui ont donné naissance?

La stomatite ulcéro-membraneuse se prête parfaitement, par son peu de gravité, par la facilité de l'observation, à une étude détaillée de l'action des moyens thérapeutiques; c'est ce qui nous a permis d'arriver à des résultats que nous dirions certains si le nombre de faits que nous avons vus était plus considérable.

Pour apprécier l'influence réelle du remède, il est utile de connaître la marche naturelle de la maladie.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître son caractère rebelle et son peu de tendance à guérir par elle-même; mais cette opinion ne doit pas être acceptée d'une manière absolue. Déjà MM. Barthez et Rilliet disent, dans la seconde édition de leur ouvrage: « Avec les seules précautions hygiéniques et les soins de propreté, on pourra empêcher le développement de la maladie, quelquefois la guérir, souvent en prévenir les récidives. »

C'est qu'en effet, soustraire l'enfant aux causes qui ont donné naissance à la stomatite, entretenir une propreté minutieuse sur les surfaces malades au moyen de lavages à l'eau tiède, c'est, par une hygiène convenable, mettre la maladie dans des conditions où elle peut suivre sa marche naturelle. Et des observations assez nombreuses prouvent en effet que des stomatites, anciennes ou récentes, soustraites à la cause qui les a entretenues, peuvent guérir par les soins de propreté, et sans le secours d'aucun agent thérapeutique.

L'observation suivante, prise entre plusieurs, en fait foi.

OBS. I. — La nommée Viart, âgée de dix ans, entre le 27 mars 1856 dans nos salles. — Cette enfant est malade depuis huit jours. Les gencives supérieure et inférieure, surtout à la partie moyenne et du côté gauche, sont d'un rouge vif, ulcérées à leur

bord alvéolaire, taillées à pic, avec un liséré grisâtre. Elles sont saignantes au moindre contact et douloureuses. Sur la lèvre inférieure, à gauche du frein, il existe une petite ulcération à bords déchiquetés, recouverte de détritus grisâtre. Tuméfaction d'un des ganglions sous-maxillaires.

Traitement. Nettoyage bien fait de chaque dent, lavages à l'eau tiède des gencives, gargarismes d'eau simple.

Le 28, amélioration sensible dans l'aspect du liséré, qui n'est plus grisâtre.

Le 29, gencives moins rouges, moins saignantes, le bord ulcéreux devient rouge et disparaît.

Le 31, guérison complète, les gencives sont rosées et fermes, l'ulcération de la lèvre inférieure a complétement disparu.

Il est vrai cependant que la plupart des stomatites ne se guérissent pas, ou se guérissent lentement et mal, sans traitement actif. J'en rapporterai plus loin une observation très convaincante, parmi celles où le chlorate a été employé comme topique.

Il est donc indispensable de distinguer d'avance les cas rebelles de ceux que l'expectation suffit à guérir. Sans cette précaution, on s'exposerait à regarder comme un succès dû à l'emploi du chlorate une guérison qui pourrait être l'ouvrage des seules forces naturelles.

Il nous a semblé que toutes les fois que les gencives conservaient leur fermeté et n'étaient pas tout à fait décolorées, elles pouvaient guérir par le nettoyage seul. Toutes les fois, au contraire, qu'elles sont mollasses, flasques, décolorées, saignantes au plus léger attouchement, il faut un modificateur assez puissant pour obtenir la guérison.

Mais comme ce caractère différentiel n'a pas encore été assez étudié pour que nous voulions en user exclusivement, il est convenable, si l'on veut apprécier l'action du médicament, de laisser la stomatite marcher d'elle-même pendant quelques jours avec le simple nettoyage, et de ne donner le chlorate que lorsqu'il est prouvé que l'expectation est insuffisante.

C'est d'ailleurs une précaution qui a souvent été prise dans le service de Sainte-Eugénie, et qui a fait connaître un bon nombre de guérisons spontanées.

Sur 11 cas (1) dans lesquels le nettoyage accompagné de lavages a d'abord été essayé, 6 ont été guéris sans le secours d'aucune autre médication. Le minimum de durée a été de quatre jours, le maximum de quatorze.

Dans les 5 autres, après une modification très évidente et très rapide pendant les premiers jours, la maladie restait stationnaire, les ulcérations ne se cicatrisaient pas, et si l'on attendait encore, l'amélioration observée d'abord ne tardait pas à disparaître. L'intervention du chlorate de potasse a amené une guérison rapide.

On voit donc qu'on a singulièrement exagéré la ténacité de la stomatite. Si les faits sur lesquels nous nous appuyons étaient plus nombreux, il faudrait admettre que les soins de propreté bien entendus suffisent à guérir la maladie au moins une fois sur deux. Ce résultat vaut bien la peine d'être pris en considération lorsqu'on recherche la valeur et l'influence réelles du nouveau moyen thérapeutique. Cette influence est néanmoins bien remarquable, car sur 24 cas (dont 18 recueillis par M. Rabaud et 6 cette année), il y a eu 24 guérisons rapides.

Le chlorate était administré dès le second jour de l'entrée.

(1) Dix de ces observations ont été recueillies en 1855 par M. Rabaud, interne du service, et une en 1856.

Le minimum de durée a été de trois jours et cinq jours, le maximum treize jours, et dans un cas dix-sept; mais la présence d'une esquille expliqua alors la lenteur de la guérison. La moyenne de durée a été de six à huit jours.

Le chlorate de potasse étant donné à la dose de 2 à 3 grammes par jour dans un julep gommeux. Dès le second jour, une modification très évidente a lieu sur toutes les surfaces ulcérées, quel que soit, du reste, le degré de la maladie. Que l'ulcération de la muqueuse soit profonde, avec bords déchiquetés, avec produits putrilagineux souvent mêlés de petits caillots sanguins; que le liséré gingival soit très prononcé, les dents déchaussées, les gencives tout à fait fongueuses; ou qu'au contraire il n'y ait que des ulcérations superficielles de la muqueuse buccale et des gencives la modification par le chlorate est toujours visible dès le lendemain, et plus manifeste qu'avec tout autre traitement. L'ulcère se déterge, les gencives prennent tout de suite une coloration rosée qui tranche avec la pâleur du jour précédent. Mais ensuite la cicatrisation met un temps assez long à s'opérer, et la marche modificatrice va en s'amoindrissant, quoique les mêmes quantités de sel soient prises. Quelquefois on est obligé de recourir au nitrate d'argent pour quelques points ulcéreux rebelles, surtout quand ils siégent sur le frein de la lèvre inférieure ou supérieure.

Ces résultats sont tout à fait analogues à ceux que donne M. Isambert, dans sa thèse inaugurale, et qui sont tirés du service de M. Blache.

Au mois de février dernier, la pensée que le chlorate de potasse n'agissait que comme topique me vint à l'esprit. Un de mes collègues de Sainte-Eugénie, M. Toizelin, avait guéri en ville une stomatite avec des gargarismes au chlorate, l'administration de ce sel à l'intérieur ayant déterminé des accidents graves.

Mais au lieu de l'employer en gargarismes, les enfants ne sachant presque jamais se gargariser, j'essayai de toucher directement toutes les parties malades, d'abord avec le chlorate en solution, ensuite avec le sel lui-même.

Je taillai un morceau de bois en pointe et l'entourai d'une très petite quantité d'ouate; en la mouillant, je pouvais retenir une quantité suffisante de chlorate pulvérisé, quelques centigrammes à peine.

Je touchais ainsi toutes les parties malades, en ayant soin de n'en laisser aucune échapper à l'action du chlorate. Dans tous les cas, j'avais soin d'empêcher l'enfant d'avaler des particules de sel, afin d'éviter l'objection qu'une partie avait été ingérée et absorbée.

Constamment la modification a été très complète et la guérison très rapide.

Les observations suivantes, dont je donne seulement le résumé, montreront l'efficacité de ce traitement.

Obs II. — Bloudeau, garçon âgé de cinq ans, constitution affaiblie. Huit jours de début. Ulcérations des gencives supérieures et inférieures de tout le côté droit et de la ligne médiane. Ulcérations de la lèvre inférieure, l'une de 2 centimètres d'étendue, l'autre moins grande. Ulcérations de la commissure labiale droite avec croûtes impétigineuses. Dépôt pseudo-membraneux à la surface des ulcérations.

Deux applications topiques de chlorate sec. Guérison en trois jours.

Obs. III. — Vergne, fille âgée de cinq ans, un mois de début. Ulcérations des gencives supérieure et inférieure sur la ligne médiane. Incisives et canines de la mâchoire supérieure déchaussées, celles d'en bas moins malades. Liséré gris, sanieux, très épais,

pas d'ulcérations des joues. Quatre applications de chlorate, guérison en cinq jours.

Obs. IV. — Michaud, fille âgée de quatre ans. Début indéterminé. Ulcérations de la lèvre supérieure dans le cul-de-sac gingivo-buccal. Liséré ulcéreux des gencives supérieures et inférieures sur la ligne médiane. *Traitement :* Deux jours d'expectation sans modification importante, trois applications de chlorate; guérison en quatre jours après l'expectation.

Obs. V. — Lafaye, fille âgée de huit ans. Quinze jours de début. Ulcération étendue de la joue au niveau des molaires inférieures, de la grandeur d'une pièce de deux francs; dépôt pseudo-membraneux, rougeur très vive des gencives inférieures sans ulcération. Quatre applications de chlorate, guérison complète en six jours.

Obs. VI. — Je donnerai cette observation avec plus de détails, parce que le nettoyage simple a été mis en usage sans réussir complétement et que le chlorate employé en topique a amené rapidement la guérison. David Malvina, âgée de onze ans, entre le 3 avril au n° 10 de la salle Sainte-Mathilde. Cette enfant est d'une très bonne santé ordinaire. Depuis bien des mois, la première molaire droite de la mâchoire inférieure est cariée et a été le point de départ de la stomatite.

Etat actuel, 4 avril : La couronne de la première molaire est en partie détruite, il n'en reste que des pointes acérées qui déchirent la joue. A son niveau, la muqueuse buccale de la joue droite est boursouflée, très rouge, végétante, avec quelques points ulcérés recouverts de petites plaques pseudo-membraneuses grisâtres. Au même niveau, la langue présente à son bord droit une ulcération profonde de 2 à 3 centimètres d'étendue, d'aspect grisâtre Les autres dents du même côté sont enduites de tartre, les gencives sont ulcérées à leur bord alvéolaire, avec liséré sanieux. En outre, la muqueuse de la lèvre supérieure est fendillée en cinq ou six endroits par des gerçures profondes, très douloureuses au moindre mouvement des lèvres. Toutes les parties malades sont saignantes dès qu'on le touche. Tuméfaction de la joue avec dureté du côté droit.

Du 4 au 8 avril on arrache la première molaire, on enlève le tartre. Chaque jour les gencives et les ulcérations sont nettoyées par des lavages à l'eau tiède et avec un linge fin. Sous l'influence de ce traitement hygiénique, les gencives deviennent rouges, plus fermes, moins saignantes; leur ulcération disparaît. Mais les ulcérations de la joue et de la langue ne font aucun progrès vers la guérison et leur aspect est le même ; le 9 avril il semble que le bord gingival commence de nouveau à s'ulcérer.

Quatre applications de chlorate sec sur les ulcérations persistantes suffisent pour les déterger, réprimer le bourgeonnement de la muqueuse, et le 14 avril l'enfant sort complétement guérie.

L'action du chlorate appliqué en topique a donc été bien évidente. Il est évident aussi que cette action a été très rapide, et cela malgré les quantités très faibles qui ont été employées : quatre applications de chlorate faites dans un intervalle de quelques jours ne dépensent pas une quantité du médicament égale à celle qui est donnée en une seule journée par la méthode habituelle.

En outre, la durée de la maladie a été moindre dans les cinq observations précédentes que lorsque le sel est donné en potion, puisque le maximum a été de six jours et le minimum de trois.

M. Barthez a voulu aussi s'assurer du degré d'influence exercée par le sel absorbé, et en évitant tout contact direct avec les surfaces malades.

Dans ce but nous donnâmes à un enfant, atteint d'une stomatite gingivale avec déchaussement de quelques dents, 3 grammes par jour de chlorate de potasse dans du pain azyme. La guérison a eu lieu en huit jours.

Le sel agissait donc par absorption seule comme par contact direct; et si l'on pouvait juger la question d'après un trop petit nombre de faits, je serais porté à croire que la première action est moins rapide que la seconde. C'est au moins ce qui a eu lieu dans le fait suivant, où il a fallu recourir au chlorate en topique après l'avoir donné en substance.

Obs. VII. — Nicolas, fille âgée de trois ans et demi, entre le 17 avril dans la salle Sainte-Mathilde. Le début de la stomatite remonte à plusieurs semaines. Les gencives des mâchoires supérieure et inférieure, à gauche et jusqu'à la ligne médiane, sont ulcérées, taillées à pic, avec liséré grisâtre ; elles sont fongueuses, mollasses, décolorées. Les dents sont noires et déchaussées. Trois petites ulcérations sur la lèvre inférieure et la joue droite, avec dépôt couenneux.

Expectation, c'est-à-dire simple nettoyage pendant trois jours. Aucune modification.

Le 21 avril, chlorate de potasse 4 grammes, dans du pain azyme.

Le 22, modification très sensible des gencives qui sont plus rosées et plus fermes.

Le 23, l'ulcération gingivale se déterge, mais au moindre attouchement il y a du sang.

Du 24 au 27, mêmes doses de chlorate, l'ulcération gingivale ne tend pas à disparaître, les gencives sont plus fermes, mais toujours saignantes à leur bord ulcéré.

Le 28 et le 29, attouchement avec le chlorate sur les points encore malades et saignants. *Exeat* le 30, guérie.

La signification de ces faits cliniques est pour nous celle-ci:

Le chlorate de potasse donné dans la stomatite pseudo-membraneuse n'agit probablement que comme topique.

Il résulte encore de ce qui précède, que le traitement le plus complet et le plus sûr consistera dans les moyens suivants:

1° Nettoyer complétement la bouche et les dents, avoir soin d'enlever le tartre qui les recouvre et qui à lui seul entretient l'affection et cause les récidives;

2° Détruire les autres causes locales de la stomatite, dents cariées, esquilles, etc. ;

3° Apprendre aux enfants à se gargariser avec une potion au chlorate de potasse, puis à l'avaler;

4° Enfin, toucher directement avec le sel toutes les parties qui paraissent plus malades.

De cette manière, quelques jours de traitement suffisent pour amener une guérison complète.

Telle était notre conclusion avant la publication de la thèse de M. Isambert (1); ce travail la confirme encore, et nous avons été surpris de voir l'auteur (p. 121) nier ou mettre en doute l'action topique du chlorate.

Son travail, en effet, nous engagerait presque aujourd'hui à retrancher le mot probablement que nous écrivions tout à l'heure.

Le chlorate de potasse absorbé n'est pas décomposé dans l'économie; il est éliminé en nature, et la voie principale d'élimination est la salive. C'est donc une quantité notable de chlorate pur qui vient sourdre continuellement à la surface

(1) Le travail très intéressant et consciencieux que vient de publier M. le docteur Isambert sera utile à toutes les personnes qui voudront étudier l'action du chlorate de potasse. Parmi les faits importants que nous trouvons dans cette thèse, nous citerons un réactif du chlorate de potasse, assez sensible pour qu'on puisse reconnaître des traces de ce sel dans les urines, la salive, etc. On teint la solution du chlorate en bleu clair avec du sulfate d'indigo, et en y faisant tomber quelques gouttes d'acide sulfureux dissous dans l'eau, la coloration bleue disparaît; l'acide sulfureux enlève à l'acide chlorique son oxygène, met en liberté le chlore qui détruit presque aussitôt la couleur bleue de l'indigo. (*Thèse inaugurale*, p. 21.)

de la bouche et qui est ainsi en contact incessant avec les surfaces malades. C'est là une véritable action locale. L'absorption est une manière commode d'employer le médicament en topique.

Parce que les fausses membranes disparaissent rapidement et que l'ulcération persiste, M. Isambert conclut presque à la spécificité de ce médicament contre la fausse membrane, et à son impuissance à guérir une ulcération simple.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette question. Il nous suffira aujourd'hui de faire remarquer que, sans doute, la quantité de chlorate contenue dans la salive, qui suffit pour déterger l'ulcère, n'est pas assez considérable pour lui imprimer une marche très rapide vers la guérison. Mettez directement du chlorate sur cette ulcération, et vous la verrez guérir en peu de temps. N'oubliez pas, d'ailleurs, que si une fausse membrane peut disparaître en un ou deux jours, il n'en est plus de même d'une ulcération qui exige nécessairement du temps pour se cicatriser.

Ces remarques nous engagent donc à ne pas accepter encore l'opinion de M. Isambert sur l'action toute spéciale exercée par le chlorate de potasse sur les produits inflammatoires fibrineux. Nous y sommes d'autant plus porté que nous voyons ce remède agir très efficacement dans une maladie où les produits pseudo-membraneux n'existent pas : la stomatite mercurielle.

Voici les conclusions qui ressortent de ce court travail :

1° La stomatite ulcéro-membraneuse guérit souvent et assez rapidement par l'usage bien entendu des soins de propreté.

2° La guérison est constante et plus rapide si l'on y joint l'emploi du chlorate de potasse.

3° La guérison a lieu, que ce remède soit employé en topique ou ingéré dans l'estomac ; elle paraît être plus rapide par la première méthode que par la seconde.

4° M. Isambert ayant démontré que le sel ingéré dans l'estomac est éliminé en nature par les muqueuses, et notamment dans la salive, on peut sans doute conclure de ce fait et des précédents que le chlorate de potasse agit exclusivement à la manière des topiques.

III.

REVUE CLINIQUE.

Hernie inguinale réduite en apparence ; mort par étranglement sans gangrène ni péritonite, par M. le docteur Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne, etc.

Obs. Le 1er novembre 1855, le nommé Gyger, âgé de vingt-huit ans, domestique de campagne, entra à l'hôpital de Lausanne, atteint, au dire du médecin qui l'avait soigné, d'entérite succédant à la réduction d'une hernie inguinale. Il raconta que depuis longtemps il portait à l'aine droite une tumeur herniaire qu'il réduisait sans difficulté et qu'il n'avait contenue jusqu'ici par aucun brayer. Le 30 octobre au soir, disait-il, sa hernie était sortie sans qu'il pût la réduire ; des symptômes d'étranglement s'étant manifestés, il avait fait appeler un chirurgien qui l'avait réduite avec beaucoup de peine et de temps. Une forte dose d'huile de ricin, puis des lavements de tabac, n'avaient amené aucune évacuation ; l'huile avait été rejetée par les vomissements. Les efforts qui en résultèrent firent sortir de nouveau la hernie le lendemain matin. Le même chirurgien la réduisit une deuxième fois avec moins de difficulté ; malgré cela les vomissements persistèrent, et le malade fut alors dirigé sur l'hôpital cantonal.

A son arrivée, Gyger a la face profondément étirée et souffre de vives douleurs d'entrailles. Ces douleurs sont exaspérées par la moindre palpation. Depuis le matin, les vomissements ont cessé ; cependant le malade a fait un trajet de huit lieues, tant en bateau à vapeur qu'en voiture et à pied. Depuis le moment où sa hernie s'est étranglée, il n'a pas eu de selles. La langue est nette ; la soif est vive. La hernie est parfaitement réduite ; on ne sent aucune tumeur au pli de l'aine ni au-dessus de lui. L'orifice inférieur de l'anneau inguinal est dilaté, parfaitement libre, et admet l'extrémité du doigt et les téguments refoulés par lui. L'abdomen est légèrement ballonné, particulièrement douloureux à la pression au-dessus de la région inguinale droite. Le pouls est petit, faible, contracté et fréquent. Un lavement d'infusion de séné ne produit aucune selle.

Je vois le malade pour la première fois le 2 novembre au matin. Tous les symptômes étaient ceux d'un étranglement de l'intestin. Quoique l'abdomen fût distendu, on pouvait percevoir au travers de ses parois les circonvolutions intestinales se contractant fortement sous forme de tumeurs gazeuses, très sensibles à la pression. Ces contractions s'accompagnaient d'une profonde altération des traits et de douleurs très aiguës, et bientôt d'envies de vomir ou de vomissements.

Le pli de l'aine droite n'offrait *pas trace* de tumeur ; il en était de même de sa partie supérieure et externe. Aucune évacuation alvine, malgré les efforts fréquents que fait le malade pour en obtenir. Pas de vomissements depuis le matin du 1er. Je prescris une émulsion d'amandes douces avec sirop d'althæa, etc.

Huile de ricin, à prendre d'heure en heure par cuillerées à soupe. Je craignais que, pour forcer le passage, on eût jusqu'ici fait usage de laxatifs trop actifs.

Dans l'après-midi, le soir du même jour, les vomissements se reproduisent ; les derniers amènent un liquide verdâtre, peu abondant. La face se grippe de plus en plus, et les yeux s'enfoncent dans leurs orbites. Le pouls est le même ; pas de selles.

Le 3 novembre, l'état s'est plutôt aggravé. Le ballonnement a augmenté ; les tumeurs formées par les intestins sont plus saillantes et les coliques sont continuelles et très vives. Le pouls est filiforme, accéléré. Fréquentes envies d'aller à la garderobe ; vomituritions ; angoisses et gémissements continuels. Vers le soir, les matières vomies ont une odeur stercorale. (Cesser tout médicament interne. Une forte friction d'onguent napolitain sur l'abdomen.)

4 novembre. — Même état. Soif ardente, face cadavéreuse, langue sèche, vomissements de matières fécales. Le malade expire vers le soir de ce jour. On avait réitéré la friction mercurielle et prescrit l'opium à doses un peu fortes (*black-drops*).

Complétons maintenant cette esquisse par les renseignements que m'a fait parvenir le docteur E. Begencenet, appelé à soigner le malade avant son entrée à l'hôpital.

« Le 30 octobre, à neuf heures du soir, je vis pour la première fois S. Gyger ; je le trouvai vomissant et présentant tous les symptômes d'une hernie incarcérée ; il me fut facile d'en constater la présence à l'aine droite. La tumeur était fort dure et de la grosseur d'un petit œuf de poule. Elle se produisait fréquemment depuis sept ans environ, mais le malade l'avait jusqu'alors toujours aisément réduite. La tumeur ne descendait point dans le scrotum t semblait fixée au-dessus de l'anneau inguinal inférieur sans s'y engager. Au-dessous d'elle le canal inguinal restait libre, puisque le liquide renfermé en certaine quantité dans la vaginale pouvait refluer par la pression jusque sous la tumeur. Il fallut de la peine, du temps et des efforts pour obtenir la réduction de la hernie ; car ce ne fut qu'à onze heures du soir que je pus me retirer après avoir appliqué un bandage contentif en huit de chiffre sur l'aine droite. Après la réduction, une chose me surprit ; le liquide de la petite hydrocèle ne pénétrait point dans l'abdomen lorsqu'on le refoulait dans le canal inguinal, mais s'arrêtait au haut de ce canal. Si la hernie était renfermée dans un sac, il n'y avait là rien de surprenant ; mais alors pourquoi la vaginale était-elle restée sans s'oblitérer au-dessous de la hernie ? Si la hernie datait de la naissance et descendait dans la tunique vaginale, pourquoi, une fois réduite, le liquide ne pouvait-il pas refluer jusque dans le péritoine ?

» A cinq heures du matin, le lendemain, le malade enleva l'appareil que j'avais posé et se leva ; la hernie reparut alors. Appelé vers les huit heures, je la réduisis de nouveau, mais cette fois sans peine. A onze heures (31 octobre), l'abdomen était chaud, très sensible à la pression dans la région hypogastrique droite ; le pouls était fort accéléré et déprimé, la peau sèche, la face fortement grippée. Il n'y avait pas eu de selles, mais de fréquents vomissements malgré les purgatifs administrés (huile de ricin). Ne percevant pas trace de tumeur à l'aine, j'en conclus que l'intestin, fortement étranglé et violenté, s'était enflammé, et que l'inflammation seule était maintenant la cause de l'étranglement.

» Le soir du même jour, mon père visita le malade sur ma demande et déclara qu'il existait un étranglement interne mécanique, qu'il croyait même sentir une tumeur obscure dans l'abdomen, derrière l'anneau inguinal interne (supérieur). Il se pourrait, ajoutait-il, que cette tumeur fût due à des matières fécales durcies et arrêtées. C'est dans cette supposition que je fis administrer des lavements de savon, de sel d'Angleterre, puis ensuite de tabac, mais sans aucun effet.

» Le malade fut conduit à l'hôpital le lendemain matin 1er novembre, de bonne heure : les symptômes d'étranglement n'avaient point cessé. »

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — L'abdomen est distendu par des gaz. Une incision cruciale met à nu les viscères, qui occupent tous leur position normale. Le grand épiploon est étendu sur les intestins grêles jusques à la hauteur de l'ombilic. Sa portion droite se prolonge sous forme de lambeau étroit, allongé, épaissi et roulé à sa base, étendu en lame épaisse à son extrémité, et sur ce point très irrégulièrement frangé. Ce lambeau est plus fortement engorgé de sang que le reste de la membrane ; ses vaisseaux sont variqueux. Sa base, arrondie en forme de queue, de l'épaisseur du doigt, porte les traces d'un léger étranglement au niveau duquel les membranes sont soudées les unes aux autres. Il est impossible de ne pas reconnaître dans cette disposition que cette portion d'épiploon a fait partie de la hernie réduite. L'étranglement n'a cependant pas produit sur lui d'inflammation, puisqu'il n'existe aucune exsudation plastique à la surface du péritoine, ni d'infiltration séreuse dans le parenchyme de l'épiploon. L'état du pédicule indique cependant qu'il a dû être longtemps comprimé.

La masse des intestins grêles qui se présente à la surface n'offre aucune altération de texture, ni aucune adhérence des circonvolutions. Leur couleur est plus foncée qu'à l'état normal ; de nombreuses arborisations vasculaires se dessinent à leur surface ; celle-ci reste lisse et polie, quoique moins humide que dans l'état naturel. Il n'existe pas trace d'exsudation séreuse ou fibrineuse, ni d'adhérences dans toute la cavité abdominale.

Tout au bas de l'abdomen, au-dessus du pubis, se présente une anse des intestins grêles très distendue, dont la couleur brun-noir contraste avec celle des autres intestins. Cette anse n'est cependant point encore enflammée, car la séreuse y conserve son poli et n'est recouverte d'aucune exsudation. Une injection sanguine très forte qui passe à l'état d'ecchymose, lui donne seule sa couleur particulière. Entre cette anse et les autres distendues par des gaz on découvre, en soulevant la masse, une troisième anse flétrie, revenue sur elle-même et vide. L'étranglement doit donc se trouver entre cette dernière et les précédentes, très près de la portion brunâtre : c'est d'ailleurs dans le voisinage de cette dernière qu'existe l'orifice interne du canal inguinal.

Pour ne pas déranger les rapports des parties, je passe à l'examen du sac herniaire et de l'anneau inguinal externe, en procédant de dehors en dedans. Une incision dirigée perpendiculairement à l'arcade crurale ouvre le canal inguinal dans sa partie inférieure. Ce canal béant, lisse dans son intérieur, rempli de sérosité rougeâtre, est formé par le prolongement de la vaginale qui n'est point oblitérée. Le doigt descend d'ailleurs par ce canal dans le scrotum et en ramène le testicule avec son épididyme, parfaitement sains. Il s'agissait donc, selon toutes probabilités, d'une hernie de naissance, et je m'expliquais dès lors très difficilement l'existence d'un étranglement à l'orifice supérieur du canal, à moins qu'il existât plus haut un sac herniaire engagé dans ce canal : mais s'il existait un sac péritonéal, comment alors le canal ne s'était-il point oblitéré, puisque la hernie avec sac ne pouvait s'être formée qu'après cette oblitération ?

Le canal inguinal, fendu dans toute sa longueur, présente une étendue d'environ 6 centimètres. Sa cavité admet aisément le doigt indicateur. A sa partie supérieure, il est complétement fermé par une tumeur molle, ovalaire, d'un noir rougeâtre, de la forme et de la grosseur d'une prune sauvage. Cette tumeur, étranglée à l'orifice supérieur du canal, adhère intimement aux bords de l'orifice ; les adhérences se détruisent sans tiraillement. En fendant l'anneau constricteur, on pénètre dans la cavité abdominale et l'on s'assure en même temps que la tumeur est formée par un segment de l'intestin grêle dépendant de l'anse intestinale brunâtre vue dans l'intérieur.

Ce segment comprend les trois quarts du calibre de l'intestin grêle : la portion non comprise dans l'étranglement ne laisse pas passer les matières renfermées dans l'intestin ; car en dessous du point pincé le canal intestinal est flasque, flétri et revenu sur lui-même, tandis qu'au-dessus il est distendu par des gaz et renferme des fèces demi-liquides et jaunes. La distance du point pincé au cæcum est d'environ 6 décimètres. Aussitôt après la section de l'anneau constricteur, l'intestin étranglé perd sa forme, se dilate ; et lorsqu'il est étendu, on n'aperçoit sur la séreuse aucune trace de l'étranglement qu'il a subi, à part l'injection foncée des membranes. Il n'existe sur ce point aucune trace d'inflammation exsudative. L'étranglement n'était donc ni ancien, ni très fort.

L'anneau supérieur du canal inguinal où siége la constriction est sensiblement plus étroit que le canal auquel il sert d'orifice ; tandis que celui-ci admet aisément le doigt indicateur, celui-là admet à peine l'extrémité de l'auriculaire ; de telle sorte qu'à son extrémité supérieure, le canal forme un entonnoir qui, vu du côté de l'abdomen, représente un cône tronqué faisant saillie d'environ 1 centimètre dans la cavité abdominale. L'anneau constricteur lui-même forme une espèce de cordon fibreux, très résistant, se continuant en bas et en haut avec la séreuse et en dessous avec du tissu cellulaire dense qui le rattache aux fascias voisins. Ce cordon est surtout épais du côté de la paroi postérieure du canal ; là se détache de lui un petit prolongement membraneux et épais qui semble se perdre dans cette paroi : en tiraillant ce prolongement, il cède peu à peu sans déchirement et l'on extrait ainsi d'une petite cavité latérale, un lambeau de la grandeur d'une pièce de 5 francs qui était pelotonné et niché dans ce diverticulum. Ce lambeau représentant une espèce de tablier fixé solidement au bord postérieur de l'anneau, était formé de lamelles fibreuses, renfermant du tissu graisseux, plusieurs vaisseaux variqueux et quelques épanchements sanguins de la grosseur d'un grain de chènevis ; c'était évidemment un fragment d'épiploon adhérent à l'anneau, qui avait été déchiré par le taxis et était resté dans le canal inguinal. Ce fragment avait été pelotonné par les efforts de réduction et poussé dans une cavité latérale, espèce de petit sac herniaire qu'il avait produit lui-même en refoulant la séreuse le long du cordon déférent ; à cette place en effet ce cordon quittait le canal inguinal pour s'enfoncer dans le bassin. La distance de ce diverticulum à l'anneau inguinal supérieur était d'un centimètre. Il n'existait donc pas de sac herniaire et les débris membraniformes que j'avais pris d'abord pour les restes d'un sac n'étaient que des fragments d'épiploon restés adhérents à l'anneau en se détachant du corps de l'épiploon. La hernie datait de la naissance et s'avançait dans la vaginale qu'elle avait maintenue ouverte ; elle avait été, en majeure partie du moins, épiploïque.

Le cordon spermatique est placé en arrière du canal inguinal ; vers le haut il se porte à sa partie interne et le quitte un peu au-dessous de son orifice supérieur.

La portion d'intestin pincée par l'étranglement est séparée pour être examinée plus complétement. En dessous du point étranglé le canal intestinal est à l'état normal, à part deux ou trois plaques de Peyer, d'un rouge vif, plus veloutées que la muqueuse adjacente, mais non proéminentes. Sur le point de l'étranglement, les membranes intestinales sont toutes d'un rouge noirâtre, fortement injectées de sang noir, sensiblement épaissies par l'infiltration san-

guine, mais ne présentent aucun des produits anatomiques de l'inflammation, bien moins encore les traces de la gangrène. Une plaque de Peyer située sur le point étranglé est d'un rouge très foncé, pointillé. Au-dessus du point de l'étranglement, l'intestin passe graduellement du rouge brun au rouge grisâtre, puis au rose vif, mais sans aucun produit anatomique d'inflammation. Quelques plaques de Peyer se montrent encore çà et là.

D'après ce qui précède, il est permis d'établir de la manière suivante l'enchaînement des faits qui amenèrent la mort de S... G... Cet homme portait une hernie épiploïque de naissance qu'il ne contenait pas, et que probablement il ne réduisait qu'imparfaitement. L'épiploon hernié avait contracté des adhérences avec l'orifice supérieur du canal inguinal et l'avait en partie obstrué. Au jour de l'étranglement fatal, une anse intestinale s'engagea dans la hernie à côté de l'épiploon et produisit les symptômes constatés en premier lieu. Le chirurgien parvint, par un taxis laborieux, à refouler l'épiploon dans l'abdomen; cet organe ne reprit sa place qu'en laissant derrière lui un lambeau de son tissu adhérent à l'orifice supérieur du canal inguinal; ce lambeau, durant les efforts de réduction, se hernia à son tour et se fixa dans un diverticulum du canal inguinal. La hernie de l'intestin grêle ne fut point réduite avec l'épiploon, ou, si elle le fut un instant, elle s'engagea de nouveau dans le canal, fut réduite en partie, puis s'étrangla à son orifice. Cette dernière hernie, fort petite, placée au haut du canal inguinal, ne pouvait être constatée par le toucher au travers des parois épaisses de l'abdomen, parce qu'elle pendait, en quelque sorte, dans la cavité abdominale. L'étranglement persistant, la mort devait en être la suite.

Qu'on me permette quelques réflexions sur un fait que je qualifierais de singulier si, à l'endroit des hernies incarcérées, l'imprévu n'était pas aussi l'habituel.

Quelle conduite eût-il fallu tenir, dans ce cas, pour tenter d'arracher ce malade à la mort? — Provoquer, comme on l'a conseillé, la reproduction de la hernie réduite? Des efforts dans ce but n'eussent abouti à rien, car après avoir ôté le bandage que S... G... portait, les efforts fréquents de vomissement et de défécation n'eurent aucun résultat. — Ouvrir le canal inguinal et l'examiner dans toute sa longueur, ce qui eût amené la découverte de la petite hernie? Je regrette, en effet, de n'avoir pas agi dans ce sens. Il est vrai que je n'étais point convaincu de l'existence du canal de la vaginale, et que je ne pensais point avoir devant moi une hernie de naissance. Si son existence m'eût été démontrée, encore n'eussé-je admis que fort difficilement la possibilité d'un étranglement à l'orifice supérieur du canal vaginal lorsqu'il n'existe pas de sac. Quoi qu'il en soit, l'expérience acquise devait plutôt m'enhardir à opérer. J'avais pratiqué avec succès l'herniotomie dans une petite hernie crurale incarcérée qui ne révélait sa présence par aucun signe physique, parce qu'elle était recouverte par un large phlegmon : après avoir fendu et traversé le phlegmon, j'arrivai sur le sac, je débridai et je réduisis un segment du cæcum accompagné de son appendice. Dans un autre cas, j'avais vu succomber une femme qui présentait tous les symptômes rationnels d'un étranglement, quoique sans constipation, chez laquelle un pli de l'intestin grêle gisait pincé sous une glande inguinale mobile et indolente.

Ces exemples, auxquels on pourrait en joindre bien d'autres, m'engagent à affirmer qu'*il faut tenter l'opération toutes les fois que l'on a lieu de soupçonner l'existence d'un étranglement herniaire dans le voisinage de l'un des points de l'abdomen où ils se forment.* Faudra-t-il, même dans ces cas, pénétrer dans l'abdomen après avoir agrandi le collet du sac trouvé libre, puis chercher à faire paraître au dehors le point étranglé? C'est ce que je ne déciderai point *à priori* : chaque cas particulier présente des chances de succès ou d'insuccès que tout opérateur doit ici savoir apprécier à leur valeur.

L'histoire de S... G... établit d'une manière irréfragable que la mort, dans l'étranglement intestinal, peut survenir par le seul fait de la constriction de l'intestin, avant que la péritonite ou la gangrène aient eu le temps de se développer. La douleur peut donc, dans certaines circonstances, être mortelle par elle-même. Conclusion qui n'est pas sans importance pour le médecin légiste.

Le ténesme et les épreintes vaines, qui sont l'un des symptômes de l'étranglement par intussusception du côlon, étaient ici le résultat de l'irritation produite par les clystères purgatifs; sans eux, je ne pense pas qu'ils eussent existé. La portion de l'intestin située au-dessous de l'étranglement est toujours, dans la hernie, frappée d'inertie, tandis que la supérieure éprouve des contractions violentes et douloureuses. Ce sont ces contractions qui donnent lieu aux tumeurs gazeuses observées. Un étranglement à l'orifice supérieur du canal inguinal, dans une hernie de naissance, me paraissait, je l'avoue, un accident bien peu probable. L'absence de sac, et par conséquent de collet, militait en faveur de cette opinion. Le mécanisme de la formation de la hernie devait aussi, à mon sens, produire plutôt la dilatation que la constriction de cet orifice. Le cas cité réfute cette argumentation : il en existe probablement d'autres semblables dans les archives de la science. Ici cependant une circonstance, l'adhérence de l'épiploon à l'orifice du canal, dut avoir une grande influence sur la formation d'un collet, car sa présence était bien évidente malgré l'absence de sac. Cette adhérence résultant de l'inflammation lente de l'épiploon comprimé et de la séreuse en contact avec lui, eut pour conséquence l'épaississement de cette dernière et la formation d'un bourrelet annulaire de produits inflammatoires autour du point enflammé. Ce bourrelet se condensa, s'accrut peu à peu aux dépens de l'orifice, et prépara ainsi l'étranglement auquel le malade succomba dès que l'intestin s'y engagea.

NOTE DE LA RÉDACTION. — Il n'est pas douteux, ainsi que le reconnaît loyalement l'auteur, que l'indication d'opérer était formelle en présence de symptômes persistants d'étranglement. Il eût fallu inciser, puis examiner l'état des parties profondes. Le précepte formulé à cet égard par M. Delaharpe, non-seulement est bon, mais doit entrer dans les règles du traitement chirurgical.

Un autre précepte qui nous paraît résulter de cette observation, c'est d'explorer plus attentivement qu'on ne le fait d'ordinaire, dans des cas de ce genre, la *partie supérieure* du canal : si l'on y constate la présence d'une tumeur, on comprend combien c'est un élément précieux de diagnostic. Or ici un chirurgien *avait cru* sentir une dureté vers l'anneau supérieur; c'en était assez pour se décider à aller à la recherche.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 19 MAI 1856.

Note concernant la découverte des sources de l'ozone atmosphérique, par M. SCOUTETTEN.

« Les recherches de M. Schœnbein, celles de MM. Marignac et de la Rive, et surtout l'important mémoire de MM. E. Fremy et Edm. Becquerel, ont constaté que l'oxygène peut être électrisé positivement et constituer le corps nommé *ozone* par le premier de ces auteurs. Un grand nombre d'observateurs ont constaté la présence fréquente de l'ozone dans l'air atmosphérique, mais la divergence de leurs opinions, l'absence de toute corrélation entre l'existence de l'ozone atmosphérique et d'autres phénomènes de la nature ont rendu les recherches stériles et ont faiblement attiré l'attention des savants. C'est qu'en effet on s'était borné à signaler un fait sans en indiquer la cause, sans en apprécier l'importance.

» Nous espérons avoir été plus heureux en découvrant que l'ozone est formé : 1° par l'électrisation de l'oxygène sécrété par les végétaux; 2° par l'électrisation de l'oxygène qui s'échappe de l'eau; 3° par l'électrisation de l'oxygène dégagé dans les actions chimiques ; 4° par des phénomènes électriques réagissant sur l'oxygène de l'air atmosphérique.

» L'expérience suivante constate immédiatement le phénomène signalé. On se munit d'une cloche de verre blanc au sommet de laquelle on attache, au moyen d'un peu de cire, une bandelette de papier ozonoscopique suspendue à un fil ; on pose cette cloche sur une plante quelconque, fixée au sol ou détachée (des feuilles d'arbre suffisent même pour l'expérience) ; on expose le tout à la lumière directe, et l'on constate bientôt les phénomènes suivants : des vapeurs d'eau se répandent dans la cloche, bientôt elles forment gouttelettes contre les parois du vase ; le papier commence bientôt à se colorer; il est d'abord jaune-paille, il passe à la couleur chamois, et, s'il y a beaucoup d'ozone, à la couleur feuille morte. L'expérience terminée, le papier trempé dans l'eau prend une couleur bleue plus ou moins foncée.

» Si l'expérience commence à sept heures du matin, le papier se colore faiblement vers huit heures et demie ou neuf heures ; à onze heures, la coloration augmente rapidement, elle progresse jusque vers trois heures après midi; au delà de ce temps, on ne remarque plus de progrès sensible. L'ordre de ces phénomènes est constant, mais ils se produisent avec plus ou moins de rapidité et d'intensité, selon l'élévation de la température et la vivacité de la lumière solaire. Nous avons vu la vaporisation de l'eau, et, peu de temps après, la coloration du papier commencer vers sept heures et d'autres fois vers dix beures du matin. Si vous répétez la même expérience sur l'eau de source, de rivière ou de pluie contenue dans des vases posés sur le sol ou soulevés sur des pieds de verre, vous obtenez des résultats identiques à eeux fournis par les plantes. Une série d'expériences variées et fréquemment répétées nous ont permis de constater : 1° que les végétaux, ainsi que l'eau, fournissent constamment à l'atmosphère de l'ozone pendant le jour; 2° que ce phénomène cesse pendant la nuit ; 3° qu'on le suspend durant le jour en soustrayant l'eau ou les plantes à l'action de la lumière directe; qu'il suffit pour cela de mettre un morceau de linge ou une feuille de papier sur la cloche ; qu'on le suspend encore en se bornant à mettre l'eau ou les plantes dans un appartement où elles ne recevaient que la lumière diffuse; 4° que l'ozone ne se produit pas lorsqu'on se sert d'eau distillée bouillie; qu'il en est de même lorsqu'on y met des plantes introduites dans une cloche remplie de cette eau bouillie ; qu'on peut même se dispenser d'eau distillée, l'expérience réussissant également avec de l'eau ordinaire bouillie et sur laquelle on jette ensuite une couche d'huile pour empêcher l'absorption de l'air atmosphérique ; 5° que la formation de l'ozone a également lieu lorsque l'eau ou les plantes sont enfermées dans un ballon de verre qu'on suspend loin du sol avec une corde de soie.

» En ce qui touche les actions chimiques, nous sommes parvenu à démontrer, par des expériences rigoureuses, que l'oxygène naissant est de l'ozone, et que c'est aux propriétés que l'oxygène acquiert par l'électrisation positive qu'il doit de former des combinaisons impossibles avec l'oxygène pur.

» Enfin l'ozone se forme dans l'air atmosphérique sous l'influence de courants électriques continus et invisibles, ou par une succession d'étincelles plus ou moins fortes; mais ces derniers faits avaient déjà été entrevus par plusieurs observateurs.

» Il découle de ces expériences des aperçus nouveaux, tout à fait inattendus, éclairant tout à coup des actes nombreux de la physiologie végétale et animale, expliquant un grand nombre de phénomènes météorologiques restés obscurs, ainsi que les réactions chimiques où l'oxygène joue le principal rôle. Nous nous réservons de présenter ultérieurement les faits avec tous les développements qu'ils nécessitent et d'en tirer les conséquences qui en sont une suite naturelle. »

SÉANCE DU 26 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *De l'influence de la cryptorchidie sur la génération*, par M. *Puech*. — La cryptorchidie, chez l'homme et les animaux domestiques, ayant été l'objet d'une communication récente de la part de MM. Goubaux et Follin (*Compte rendu*, séance du 24 mars 1856), M. Puech adresse quatre observations qu'il avait recueillies sur ce sujet, considéré seulement dans l'espèce humaine. (*Comm.:* MM. Velpeau, Cloquet.)

— *Recherches électro-physiologiques sur les fonctions des muscles qui meuvent le pied*, par M. *Duchenne* (de Boulogne). — Dans ce travail, qui se lie à ses précédentes communications, l'auteur poursuit l'étude des fonctions des divers muscles de l'appareil locomoteur, en déterminant, au moyen de l'électricité, la contraction de chaque muscle isolément, et observant le mouvement qui en résulte. Il profite ensuite de ses observations pour établir le diagnostic des paralysies partielles et savoir précisément quelles sont les parties de l'appareil musculaire sur lesquelles il convient d'agir.

HYGIÈNE. — MM. *Ossian Henry* fils et *A. Chevallier* fils adressent au concours, pour le prix dit des Arts insalubres, un mémoire sur le *phosphore*, mémoire dont ils avaient précédemment communiqué quelques extraits ; ils y joignent un supplément contenant le résultat des recherches qu'ils ont faites postérieurement à la rédaction de leur premier travail. (*Renvoi à la commission du prix relatif aux arts insalubres.*)

MÉDECINE. — M. *Isidore Bourdon* adresse un supplément à une précédente communication (*Compte rendu* de la séance du 7 avril 1856) *sur les divers traitements opposés au choléra*, et particulièrement sur les propriétés thérapeutiques de la strychnine. L'auteur ajoute aujourd'hui à ce premier mémoire et à l'analyse qu'il en avait envoyée ultérieurement, une série de tableaux statistiques sur les conditions d'étiologie aggravante et sur les chiffres de mortalité de l'épidémie de 1854 ; mais ces tableaux ne s'étendent pas au delà du personnel des hôpitaux militaires de Paris (environ 2,000 malades).

L'Académie renvoie à la même commission un mémoire de M. *Poggioli* et une note de M. *Leveau* se rapportant également au choléra morbus.

OPHTHALMOLOGIE. — M. *Claude Bernard*, présentant, au nom de l'auteur, M. *Castorani*, un exemplaire d'un opuscule ayant pour titre : *De la kératite et de ses suites*, cite quelques passages de ce travail rélatifs au strabisme et à la photophobie.

Dans le strabisme ordinaire, l'auteur croit à la prédominance d'action, par suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, et non à sa contracture ; car, s'il n'en était pas ainsi, quand on vient à recouvrir l'œil sain, l'œil qui louche ne devrait pas se redresser. Comment donc l'œil malade louche-t-il quand il

fonctionne avec l'œil sain? Tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision des deux yeux.

De la discussion de diverses opinions émises sur la photophobie, M. Castorani conclut qu'elle a son siége dans les filets de la 5e paire, et qu'elle résulte de leur état d'irritation dans la cornée ou dans l'iris. Quant à la rétine, il ne sait si elle a jamais pris part à sa production. Ce qui prouve au moins qu'elle n'en est pas le siége exclusif, comme on l'a avancé, c'est que la photophobie se produit avec une grande intensité dans les affections de la cornée et de l'iris, lors même qu'une cataracte empêche tout rayon lumineux d'arriver jusqu'à la membrane rétinienne.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur la question glycogénique*, par M. *Chauveau*. — L'auteur présente à l'Académie un très bref exposé des faits mis en lumière par les expériences récentes auxquelles il s'est livré en vue d'éclaircir cette question, expériences qui ont été faites parallèlement, pour ainsi dire, sur des herbivores (ânes ou chevaux) soumis à leur régime habituel, et sur des chiens nourris exclusivement à la viande.

Premier fait : Pendant l'abstinence, même très prolongée, le sucre ne disparaît point dans le sang des vaisseaux de la grande circulation. Ainsi, pour 100 grammes de sérum, l'auteur a trouvé :

	Sang artériel.		Sang veineux.
1er cheval (12 h. de diète). .	0gr,080	de glycose.	0gr,066
2e cheval (48 h. de diète). . .	0 ,073	—	0 ,068
3e cheval (3 j. de diète). . . .	0 ,093	—	0 ,080
4e cheval (6 j. de diète). . . .	0 ,090	—	0 ,069
1er chien (24 h. de diète) . . .	0 ,053	—	0 ,033
2e chien (48 h. de diète) . . .	0 ,035	—	0 ,029
3e chien (3 j. de diète). . . .	0 ,051	—	0 ,034
4e chien (6 j. de diète).	du glycose en quant. non dosée.		id.

2e *fait.* Le sucre est toujours plus abondant dans les artères que dans leurs veines collatérales. C'est ce que prouve la comparaison des quantités signalées dans le tableau précédent.

3e *fait.* Le sang artériel, quel que soit le point de l'appareil circulatoire où on le prend, renferme toujours, chez le même animal, la même proportion de glycose.

4e *fait.* Le sang des veines, moins celui de la veine porte, pendant la digestion des matières sucrées et amylacées, moins encore celui des vaisseaux sus-hépatiques et de la portion sus-diaphragmatique de la veine cave inférieure, à toutes les périodes, ne présente point non plus de différences appréciables sous le rapport de la quantité de glycose qu'il renferme.

5e *fait.* Chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, le sang des veines sus-hépatiques est toujours plus sucré que celui des autres vaisseaux, y compris la veine porte.

6e *fait.* La quantité de sucre contenue dans le sang des deux cœurs paraît exactement la même.

7e *fait.* La lymphe pure est toujours sucrée, même après une très longue abstinence.

8e *fait.* Le sucre de la lymphe n'est pas absorbé au sein des tissus solides par les radicules des vaisseaux blancs, car on ne trouve jamais de glycose dans ces tissus, en exceptant toutefois celui du foie.

De tout ce qui vient d'être exposé, M. Chauveau croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les herbivores et les carnivores se trouvent, sous le rapport du sucre de leurs humeurs nutritives, dans le même état statique. Le glycose se trouve cependant plus abondant chez les premiers.

2° Le sucre que renferme le sang du cœur droit n'est jamais détruit par le poumon, du moins d'une manière appréciable, et passe intégralement dans le cœur gauche, puis dans les artères du système aortique.

3° Une certaine quantité de glycose du sang artériel disparaît pendant le passage de ce fluide dans les capillaires de la circulation générale. Le sang qui est ramené des organes au cœur droit par les veines de cette même circulation générale est donc moins sucré que le sang du cœur gauche.

4° Le sucre dont le sang s'est dépouillé en passant par les capillaires ne sort point de ces vaisseaux pour se fixer sur les solides de l'économie. Une partie de ce sucre filtre dans les lymphatiques, incontestablement transvasée, par endosmose, du réseau capillaire sanguin dans le réseau radiculaire des vaisseaux blancs, avec les autres éléments du plasma du sang. La grande proportion relative de glycose lymphatique s'explique par l'énergie du pouvoir endosmotique de cette substance. Sa quantité absolue paraît du reste fort restreinte, si l'on considère la lenteur avec laquelle se meut le sang blanc, et qu'on la compare à la rapidité de la circulation sanguine. Le calcul enseigne, en effet, même en partant des données les plus exagérées sur l'activité de la circulation lymphatique, que cette circulation ne verse, dans un temps déterminé, à l'intérieur du cœur droit, qu'une quantité de sang blanc équivalente au plus à la centième partie du sang noir ramené par les veines à ce même cœur. Le calcul enseigne également que le sucre de la lymphe ne représente qu'une partie du glycose disparu dans les capillaires de la grande circulation. Quant à l'autre partie, elle subit une métamorphose dont la nature reste à prouver.

5° Versé dans le cœur droit, le sucre lymphatique concourt à augmenter la proportion de glycose contenue dans le sang peu sucré qui afflue de toutes les parties du corps vers cette cavité.

6° Ce même sang de la circulation générale achève de reprendre la quantité de sucre qu'il a perdue au sein du réseau capillaire, en se mêlant, dans la veine cave postérieure et le cœur droit, avec le sang très sucré des veines sus-hépatiques.

7° L'excédant de sucre de ces derniers vaisseaux n'existant pas dans le sang de la veine porte chez les animaux à jeun ou nourris exclusivement à la viande, il faut conclure que ce fluide s'est chargé de matière glycosique pendant son passage à travers le foie. Cette glande se trouve donc être véritablement un organe producteur du sucre, et le seul organe de cette nature qui existe dans l'économie.

MÉDECINE. — *De l'efficacité du brome dans le traitement des affections pseudo-membraneuses*, par M. *Ozanam*. Suivant l'auteur, le brome est le remède spécifique des affections diphthéritiques, angines pseudo-membraneuses, croup, muguet. Les bromures alcalins, et notamment le *bromure de potassium*, possèdent également cette propriété.

Après avoir rapporté une série d'expériences entreprises dans le but de déterminer l'action du brome et du *bromure de potassium* sur les fausses membranes, M. *Ozanam* donne l'analyse de 14 observations (11 angines pseudo-membraneuses, 2 croups, 1 muguet confluent) relatives à des cas de guérison par l'emploi de ce moyen de traitement.

L'eau bromurée récemment préparée, à la dose de 5 à 30 centigrammes par jour, dans une potion de 150 grammes, est la préparation la plus facile à administrer. Elle doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide bromhydrique.

Le bromure de potassium agit très bien aux mêmes doses.

En résumé, le brome et le bromure de potassium paraissent agir comme spécifiques dans les affections pseudo-membraneuses. Le brome agit comme désagrégeant, la potasse comme fluidifiant; mais, dans tous les cas, l'action curative paraît appartenir plus particulièrement au brome, qui, donné seul, s'est montré parfaitement efficace.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Deux rapports de M. le docteur *Sales-Girons* sur le service médical des eaux minérales de Pierrefonds (Oise) pendant les années 1853 et 1854. — *b.* Deux rapports de MM. les docteurs *Barrié* et *Camparan* sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse pendant l'année 1854. — *c.* Une demande d'autorisation d'exploiter une source minérale située dans le domaine de Crouzille, commune de Champignelles (Yonne). (*Commission des eaux minérales.*)

— *d.* Un rapport de M. le docteur *Jacquez* sur une épidémie de choléra qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lure en 1855. — *e.* Un rapport de M. le docteur *Masson*, de Beaune, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey en 1855 et 1856. — *f.* Le rapport final de M. le docteur *Yvonneau*, de Blois, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné dans la commune de Séris. — *g.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Loire, du Bas-Rhin, des Basses-Alpes et du Gers. (*Commission des épidémies.*) — *h.* Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Ariége, de Lot-et-Garonne et de la Charente-Inférieure. (*Commission de vaccine.*) — *i.* Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Un mémoire intitulé : De la dysentérie et de son traitement par le sulfate d'alumine et de potasse en lavements, par le docteur *Hamon*, de Fresnay. (*Comm.* : MM. Bally, Jolly et Piorry.) — *b.* Deux paquets cachetés adressés, l'un par M. le docteur *Deleau*, et contenant l'énoncé d'un traitement nouveau par l'emploi du perchlorure de fer ; l'autre, par M. le docteur *Churchill*, renfermant une note sur les causes, le traitement des maladies tuberculeuses. (*Acceptés.*) — *c.* Un travail intitulé : Résumé du premier chapitre d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles qui meuvent le pied*, par M. le docteur *Duchenne*, de Boulogne. (*Comm.*: MM. Bérard et Bouvier.)

Lectures et Rapports.

EAUX MINÉRALES. — M. *Guérard* lit un rapport sur un mémoire de M. *Durand-Fardel*, intitulé : *Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique.* — M. le rapporteur examine d'abord la classification des eaux minérales adoptée par l'auteur, et qui consiste à les partager en eaux *sulfurées*, *chlorurées*, *sulfatées*, dénominations génériques auxquelles doit être ajoutée l'épithète qualificative de *sodique*, *calcaire* ou *magnésique*, etc. ; les eaux ferrugineuses constitueraient une classe à part. Il est regrettable que M. Durand-Fardel n'ait pas cru devoir admettre une classe d'eaux arsenicales, peut-être aussi d'eaux iodobromurées.

M. Guérard discute ensuite les deux principes que M. Durand-Fardel prend pour base de son enseignement. Le premier est « la spécialisation des eaux, c'est-à-dire la fixation de la série des applications qui leur sont propres, spéciales, et qui les indiquent d'une manière particulière dans un certain nombre d'états pathologiques. » Le deuxième principe peut s'énoncer de la manière suivante : « Le nombre des types chimiques et des applications médicales auxquelles peuvent être rapportées les eaux minérales est fort restreint relativement à la multiplicité de ces eaux. »

L'enseignement des eaux minérales, tel que l'a conçu et exécuté M. Durand-Fardel, est une œuvre de critique.

La commission propose de remercier M. Durand-Fardel de sa communication. (*Adopté.*)

A trois heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 2 MAI 1856. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Boys de Loury* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de M. Sandras. (V. *Gaz. hebd.*, 1856, n° 18, p. 319.)

M. *Legras* lit un rapport sur les comptes du trésorier, et propose de voter des remercîments. La Société adopte cette proposition à l'unanimité.

M. *Guibout.* C'est une opinion assez généralement répandue parmi les médecins, que les affections cancéreuses se développent surtout dans la seconde moitié de la vie. J'ai eu occasion d'observer récemment deux faits qui sont en opposition avec cette manière de voir. Je crois devoir appeler sur ce point l'attention de la Société.

Le premier fait est celui d'un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, artiste, dont la constitution était détériorée par des excès en tout genre, par des privations pénibles et un travail continu. Depuis quelque temps il éprouvait des douleurs gastriques contre lesquelles j'essayai vainement l'usage des calmants, conseillé en pareille circonstance. La douleur épigastrique était exagérée par la pression ; des vomissements de matières blanches, au milieu desquelles on reconnaissait les aliments rendus indigérés, se produisaient assez souvent. En présence de ces phénomènes, et vu l'âge du malade, l'absence de toute tumeur à l'exploration, l'absence d'hérédité cancéreuse, je diagnostiquai, de concert avec M. Monod, une gastralgie. De nouveaux moyens furent conseillés, mais toujours sans succès, quand des vomissements noirs nous éclairèrent sur la véritable nature de l'affection gastrique. Bientôt la mort s'ensuivit. Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, l'existence d'un cancer de l'estomac n'est pas pour moi douteuse.

Le second fait est celui d'une dame de trente à trente-quatre ans tout au plus, nerveuse, sujette à des douleurs épigastriques, d'une bonne complexion cependant. Tout à coup elle éprouva des douleurs utérines que je crus devoir attribuer, en l'absence de tout autre trouble fonctionnel apparent, au début d'une névralgie du plexus hypogastrique. Peu de temps après, le toucher, qu'il me fut permis de pratiquer, me fit reconnaître la cause réelle de ces douleurs qui avaient toujours persisté. Je constatai un rétrécissement considérable du vagin, qui était squirrheux ; le col utérin était entr'ouvert ; il y avait déjà une adhérence de l'utérus avec le rectum et la vessie ; enfin j'appris, par un interrogatoire plus complet, que des hémorrhagies s'étaient déjà produites : c'était un cancer parvenu à la troisième période, et dont l'existence a été constatée par MM. Velpeau et Lebatard.

M. *Deville.* J'ai eu occasion de donner des soins à des personnes jeunes encore et qui étaient atteintes d'affections cancéreuses. J'ai vu succomber deux jeunes femmes ayant un cancer à l'estomac. Dans ces sortes de cancers, j'ai pu constater l'existence d'un phénomène particulier, qui me semble mériter l'attention de la Société. C'était chez une jeune fille de vingt-six ans, atteinte d'un squirrhe stomacal, et qui, ne buvant à peine qu'un verre de tisane par jour, vomissait cependant 4 à 5 litres de matières liquides.

M. *Forget* n'examinera pas la question au point de vue de la fréquence du cancer selon les âges : il veut seulement parler du cancer utérin, qu'il a vu plus souvent se développer de trente à quarante ans. Mais peut-on dire que ces tumeurs soient réellement des cancers ? L'examen microscopique y démontrerait-il la présence de la cellule caractéristique ? Ce n'est là, à la vérité, qu'une question d'anatomie ; car, au point de vue clinique et pratique, le résultat est toujours identique. Ces tumeurs, en effet, quelle que puisse être leur nature, se comportent à la manière des cancers, et par leur marche et par leur destruction envahissante. Il faut noter encore que les récidives *in situ* sont fréquentes et qu'elles entraînent toujours la mort.

M. *Guibout*, pour répondre à la question posée par M. Forget, si l'affection utérine est un cancer ou un cancroïde, ajoute que la sœur de la femme vue par M. Velpeau, et dont il vient de parler à la Société, est aussi morte d'un cancer à l'âge de trente ans. A la liste des faits qu'il a exposés, il joint encore celui d'une jeune femme qui s'est récemment présentée au bureau central, et chez laquelle il a constaté l'existence d'un carcinome utérin ayant déjà envahi le vagin et contracté adhérence avec le rectum et la vessie.

M. *Richard.* Il n'est pas douteux que les affections cancéreuses ne puissent se rencontrer et se développer à tous les âges de la vie ; et ce qu'il y a de vrai encore, c'est que certaines formes paraissent être propres à telle ou telle époque de l'existence. Ainsi le cancer aigu de la rétine ne se voit que chez les enfants ; l'encéphaloïde de l'extrémité supérieure de l'humérus, du fémur, se rencontre de quinze à vingt-cinq ans. A ce propos, je citerai deux faits de carcinome huméral que j'ai eu occasion d'observer chez de jeunes sujets, et dont le développement fit des progrès si rapides, que, dans l'espace de six semaines seulement, le volume de l'extrémité humérale mesurait une circonférence qui dépassait celle de l'abdomen du malade. On peut encore, sous le rapport de l'âge, citer l'encéphaloïde de la mamelle, du testicule, qu'il n'est pas rare de rencontrer de vingt-cinq à trente ans. Celui de l'utérus vient de trente à quarante ans.

Quant à la question de nature soulevée par M. Forget, elle peut être résolue par l'observation clinique, par les faits assez nombreux que la science possède, dont l'autorité ne saurait être infirmée par

la distinction microscopique à laquelle M. Forget lui-même n'attache peut-être pas une grande importance. Ainsi le cancer de la langue est toujours épithélial, et cependant il est toujours mortel. M. Nélaton, dont l'observation sur ce point est très étendue, n'a jamais vu les malades vivre au delà d'un an après l'opération.

En terminant, M. Richard ajoute que le diagnostic des ulcérations cancéreuses de l'utérus est possible, facile même, par le toucher ; seulement, il est difficile d'exprimer ces caractères distinctifs que l'habitude apprend au chirurgien à connaître. Quand le vagin est pris, l'existence du cancer est certaine.

M. *Guibout* croit, quant à l'âge, que le cancer de l'utérus est plus fréquent chez les femmes âgées que chez les jeunes personnes. C'est pour ces motifs qu'il a cité les faits précédents. Il partage l'opinion de M. Richard sur ce point, que le toucher peut faire reconnaître la nature des ulcérations utérines.

M. *Forget* maintient son opinion sur la fréquence du cancer utérin avant quarante ans. Chez les femmes prédisposées, le développement de l'affection carcinomateuse trouve une cause puissante dans les congestions périodiques qui ont lieu vers cet organe. J'ai eu occasion, ajoute-t-il, d'en voir plusieurs exemples avec Lisfranc, et de constater aussi que, dans ces formes, des artères grosses comme la radiale se développent au milieu du tissu malade.

Mais le diagnostic est-il aussi facile que veut bien le dire M. Richard ? S'il est possible au chirurgien de l'établir pour certains cancers, à certaines périodes, je crois qu'il faut aussi très souvent faire des réserves, surtout pour les ulcérations du col utérin. En mainte occasion, j'ai été témoin de l'hésitation de plusieurs chirurgiens habiles qui n'osaient, même à la vue, se prononcer sur la nature d'une ulcération. Je crois qu'il est prudent de faire des réserves sur ce point et d'attendre, avant de poser le diagnostic, le résultat d'un traitement spécifique institué comme pierre de touche.

M. *Durand-Fardel*. Au point de vue de la fréquence du cancer selon les âges, les recherches qui me sont propres m'ont conduit à cette opinion que cette affection est rare dans la vieillesse. Les affections cancéreuses que l'on rencontre à cette époque de la vie sont principalement des cancers latents que l'on trouve dans le cerveau, la poitrine. Si l'on voit des cancers chez les femmes, à la Salpêtrière, c'est surtout dans l'utérus qu'ils ont leur siége. Mais il faut remarquer que les altérations morbides les plus fréquentes de cet organe sont des polypes, des corps fibreux, rarement des cancers ulcérés. C'est le tissu fibreux qui domine chez les vieillards. Je crois donc qu'on a souvent confondu, avec les cancers, les tumeurs fibreuses et qu'il faut en tenir compte dans les statistiques.

M. *Delasiauve*. Il ne faut pas méconnaître l'influence que la ménopause exerce sur la marche des affections cancéreuses de l'utérus. A cette époque de la vie, la suppression des congestions vers la matrice produit une modification générale dans l'organisme, dont la conséquence peut être l'arrêt dans l'évolution et même la résolution du travail cancéreux. Chez des femmes ayant éprouvé déjà des symptômes graves, fâcheux, d'une affection carcinomateuse, il n'est pas rare de voir alors s'arrêter tout à coup ces accidents effrayants.

M. *Leroy* (d'Étiolles). La statistique très étendue que j'ai pu dresser sur ce sujet m'a prouvé que le cancer est plus fréquent dans la vieillesse qu'à toute autre époque de la vie ; ce qui semblerait confirmer cette proposition avancée par un homme distingué : que si on mourait de vieillesse, on mourrait de cancer. Chez les vieillards, en effet, toutes les affections tendent généralement au cancer. Mais la marche de cette terrible maladie n'est pas la même à tous les âges.

Comme M. Delasiauve, je crois au retard apporté par l'âge à la marche des affections carcinomateuses.

M. *Guibout*. Contrairement à l'opinion émise par M. Durand-Fardel, je crois que le plus grand nombre des femmes cancéreuses existe de quarante-cinq à cinquante ans. Avant cette époque, les affections qui dominent sont les maladies nerveuses ou tuberculeuses. Quant à la confusion entre le cancer et les corps fibreux dont notre honorable collègue a parlé, elle me paraît peu possible et peu probable lorsque le médecin fait un examen attentif de la maladie ; d'ailleurs n'y a-t-il pas la marche des symptômes qui fournira des éléments précieux pour établir le diagnostic ? Ainsi les corps fibreux ne suppurent pas, ne s'ulcèrent pas, ne déterminent d'autres douleurs que celles qui sont provoquées par une pression exercée sur les organes voisins.

M. *Hervez de Chégoin*, quant à la fréquence du cancer relativement à l'âge, déclare en avoir vu autant avant qu'après quarante ans. Il a vu notamment une femme de vingt ans atteinte d'un cancer au sein et qui fut opérée seulement à cinquante-sept ans ; il saisit cette occasion pour exprimer son opinion sur la question diversement interprétée de savoir à quelle période de son évolution le cancer offre plus de chances favorables pour l'opération. il croit que la guérison est plus sûre quand, à l'époque de l'opération, le cancer est ancien.

En ce qui concerne le cancer utérin, il l'a rencontré aussi dans le jeune âge. Enfin il ne croit pas à la dégénérescence des engorgements utérins en cancer. Une altération pathologique quelconque naît et se développe toujours elle-même, sans subir de transformation.

M. *Boinet* fait remarquer que les vomissements noirs n'ont pas, au point de vue du diagnostic du cancer stomacal, la valeur pathognomonique qu'on veut bien leur accorder; il cite, à l'appui de son opinion, les deux faits suivants. Une dame avait, depuis sept à huit ans, des vomissements noirs tous les deux ou trois mois ; chaque fois ces vomissements étaient suivis de la disparition des troubles intestinaux qu'elle ressentait toujours quelque temps à l'avance.

L'administration d'un émétique amena l'expulsion d'une grande quantité de matières noires et procura un soulagement marqué à la malade ; le même moyen fut répété quatre ou cinq fois dans l'espace de deux à trois ans, en produisant toujours les mêmes effets. Cette dame a quatre-vingt-huit ans aujourd'hui ; elle se porte bien et n'a plus éprouvé les accidents contre lesquels j'avais cru devoir employer l'émétique, il y a de cela vingt quatre ans environ.

Enfin, il y a huit ans, j'ai aussi employé l'émétique chez un homme qui éprouvait aussi des vomissements noirs, et j'ai encore obtenu un heureux résultat.

MM. *Andry* et *Cazeaux* présentent aussi quelques observations qui ont pour but de corroborer l'opinion émise par M. Boinet.

A la suite de cette discussion, M. Leroy (d'Étiolles) qui a, depuis longues années, fait de nombreuses recherches sur le cancer, sur l'invitation de plusieurs membres de la société, lit la note suivante.

Cancer de l'utérus.— Des observations de maladies cancéreuses, au nombre de 2,781, m'ont été adressées par 185 médecins et chirurgiens français et étrangers placés à la tête des hôpitaux ou ayant une pratique très étendue.

Ces 2,781 maladies cancéreuses ont affecté 633 hommes et 2,148 femmes.

Les cancers utérins figurent dans ce nombre pour 684 qui se sont montrés aux âges suivants :

De 1 an à 20 ans............	2
De 20 ans à 40 ans...........	66
De 40 ans à 60 ans...........	345
De 60 ans à 90 ans...........	271
	684

La durée de la maladie n'est pas indiquée pour 376 de ces observations.

La mort est survenue dans l'année, sur....	59
Dans l'espace de 1 à 2 ans, sur..........	64
— de 2 à 3 ans, sur..........	49
— de 3 à 4 ans, sur..........	36
— de 4 à 6 ans, sur..........	41
— de 6 à 8 ans, sur..........	28
— de 8 à 12 ans, sur..........	19
— de 12 à 16 ans, sur..........	7
— de 20 à 30 ans, sur........	4
Au delà de 30 ans, sur................	1
Durée non spécifiée par les observateurs....	376
	684

Cancer de l'utérus. — Relevé des registres de la Salpêtrière, de 1834 à 1842. — (Il y a, sur les registres de l'hospice, un très grand nombre de maladies cancéreuses inscrites sans désignation des organes affectés ; il est donc probable que le chiffre total des cancers de l'utérus admis à l'hospice pendant cette période de neuf années, a été plus grand qu'il n'apparaît dans ce relevé.)

5 ans, 1	1
20 ans, 1......	1
28 ans, 2................	2
De 30 à 40 ans............	53
De 40 à 50 ans............	83
De 50 à 60 ans............	78
De 60 à 70 ans............	60
De 70 à 80 ans............	83
De 80 à 90 ans............	29
De 90 à 100 ans...........	4
	394

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 JUIN 1856.

Quelques considérations sur les caustiques à la gutta-percha de M. Robiquet, par M. Boys de Loury.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Moyens d'assurer la cicatrisation de la suture labiale dans le bec-de-lièvre, par M. Goyrand.

Ayant vu plusieurs fois la suture faite chez des enfants à la mamelle se désunir de haut en bas, M. Goyrand put constater une fois que c'était en portant la pointe de la langue contre la partie postérieure de la plaie réunie, puis dans l'ouverture résultant de l'écartement des bords à la partie supérieure, que l'enfant avait séparé de haut en bas les bords de la plaie. Cette cause d'insuccès étant mise hors de doute, il y remédia, dans une opération ultérieure, en faisant porter une pièce de tôle matelassée embrassant le menton, du bord supérieur de laquelle s'élève une lame d'ivoire en forme de spatule qui presse sur la langue pendant la durée du travail de cicatrisation, et l'empêche de se porter sur la face postérieure de la lèvre. L'appareil fut très aisément supporté, et la guérison parfaite.

Certes, voici une indication aussi ingénieusement remplie que lumineusement aperçue et saisie. Mais M. Goyrand convient que, quand la spatule est en place, l'enfant ne peut plus prendre le sein et doit être nourri au biberon. C'est là un résultat qui, parfois insignifiant, peut devenir un danger grave. N'y remédierait-on pas en substituant à cette plaque une lame de caoutchouc percée et retenue par les aiguilles derrière la lèvre? Le but serait atteint sans presser sur la langue, mais en protégeant la suture labiale contre la pression de cet organe par cette espèce de bouclier flexible et inoffensif. (*Bulletin général de thérapeutique*, 29 février 1856, p. 153.)

De la herniotomie sans ouverture du sac, par M. Nathaniel Ward.

C'est par la statistique, et par la statistique portant sur des cas recueillis à l'hôpital, que M. Ward vient éclairer cette question encore litigieuse. Dans 63 hernies crurales étranglées, l'opération fut faite 42 fois sans inciser, 21 fois en incisant le sac. Sur les 42, 32 guérirent, et sur les 21, 12 seulement.

Mais ce premier résultat très favorable à l'opération extra-péritonéale, est sinon neutralisé, du moins atténué dans sa signification par la connaissance des circonstances particulières à chaque série de cas. Ainsi l'âge des sujets opérés en dehors du sac était, en moyenne, pour les guéris de quarante-sept ans, pour les morts de soixante-six. Quant à ceux dont le sac fut ouvert, la moyenne était pour les guérisons de cinquante-quatre ans, pour les morts de cinquante-neuf.

Cette première différence ne nous paraît pas aussi importante qu'à M. Ward. Assurément, il est admis que la mortalité est plus grande parmi les sujets âgés ; mais quant à expliquer par leur âge moins avancé le succès de l'opération chez ceux à qui le sac ne fut pas ouvert, une différence de sept ans nous semble à la fois trop petite et trop étrangère aux éléments essentiels du problème pathologique pour en rendre compte d'une manière rationnelle.

Nous attacherions beaucoup plus de poids à une seconde considération que M. Ward fait ressortir en remarquant que, chez les malades où le sac ne fut pas ouvert, l'étranglement ne datait, en moyenne, que de trente-sept heures, tandis que, chez ceux où le sac fut ouvert, elle existait depuis cinquante-sept heures.

Évidemment, l'ancienneté de l'étranglement aggrave d'une façon notable les suites de l'opération. Aussi M. Ward se croit-il autorisé à dire qu'il ne serait pas surpris de voir dix opérations faites avec ouverture du sac, par un chirurgien également habile, réussir aussi bien qu'un pareil nombre d'opérations sans ouverture du sac, pourvu que l'étranglement ne fût pas plus ancien dans un cas que dans l'autre.

Tout n'est pas là cependant, tant s'en faut; car s'il en était ainsi, il suffirait de se décider promptement à la herniotomie, dès que l'étranglement est bien constaté, pour sauver tous ses malades. C'est ce qu'avait cru Sanson ; c'est d'après cette présomption que nous le vîmes faire en 1833 et en 1834 un certain nombre de herniotomies précoces ; mais les résultats, quoique beaux, ne lui semblèrent pourtant pas de nature à l'encourager dans cette pratique, du moins adoptée comme méthode générale.

Nous avons foi, pour nous, en l'opération extra-péritonéale comme en une cause directe et puissante de sécurité ; mais il est néanmoins une dernière considération qui permet d'expliquer autrement que par son influence les succès obtenus à sa suite : c'est que l'on ne soumet guère à ce procédé (et l'on fait sagement) que les cas où l'étranglement n'est pas assez ancien, ni les symptômes assez graves pour laisser penser que l'intestin n'est pas profondément lésé. De là moins d'altération dans les viscères au moment d'opérer ; de là, tout naturellement, moins de chances fâcheuses dans les conséquences de l'opération. (*The Lancet*, 19 janv. 1856, p. 67.)

Remarques sur un cas de cataracte noire, par M. Walton.

Quoique la donnée matérielle probante (le cristallin) même n'ait pu être examinée par l'auteur, la relation du fait n'en est pas moins instructive, comme montrant les ressources par lesquelles l'analyse clinique peut suppléer ici au témoignage direct des sens.

Un homme de soixante-quinze ans perdit la vue de l'œil droit, dans l'espace de quelques mois, en 1849. En examinant cet œil, M. Walton fut frappé de n'y point apercevoir la teinte gris brun qui occupe ordinairement le champ pupillaire chez tous les individus avancés en âge. Le fond de la pupille était, au contraire, d'un noir très foncé.

L'iris était mobile et se dilatait sous l'influence de la belladone ; mais le malade ne voyait pas, de cet œil, à se conduire.

En reflétant la lumière sur le miroir d'un ophthalmoscope, on

reconnut dans cet œil une cataracte d'un brun très foncé, couleur répandue uniformément sur toute sa surface, sans aucune strie qui en coupât la substance homogène. On constata également cette lésion au moyen d'une forte lentille concentrant les rayons solaires.

L'autre œil offrait une de ces cataractes jaune ambré si communes chez les vieillards.

Après avoir rappelé les termes formels dans lesquels des observateurs tels que Lawrence, Mackenzie, Tyrrel, expriment leur opinion sur la rareté ou sur la non-existence des cataractes noires, M. Walton annonce qu'il rendra compte de l'examen direct de ce cristallin, une fois qu'il l'aura extrait. (*Association Medical Journal*, 7 décembre 1855, p. 1092.)

Lésions qu'on rencontre chez les individus morts de froid, par Ogston.

Dans une série de cas observés par le docteur Ogston, se sont présentées avec une certaine constance les lésions suivantes, que l'auteur croit spéciales à ce genre de mort. Le sang, au lieu de la couleur foncée qu'on trouve ordinairement chez les asphyxiés, a une teinte rouge, si bien qu'à l'autopsie on croit opérer un individu vivant. Les deux moitiés du cœur, ainsi que les gros troncs vasculaires, tant artériels que veineux, sont notablement congestionnés, tandis que les autres organes offrent un certain degré d'anémie. Ainsi la surface cutanée est extrêmement pâle et ne présente aucune trace de sugillations aux parties déclives; à la partie supérieure du tronc et des membres, au contraire, on trouve des taches rouges brillantes, qui contrastent d'une manière frappante avec la pâleur du reste de la peau. Cette anémie se rencontre dans les méninges, dans le cerveau, dans la muqueuse pharyngée et dans le poumon lui-même. Les divisions bronchiques et parfois les vésicules pulmonaires sont remplies d'écume muqueuse.

— Quelques-uns des phénomènes notés par l'auteur, dans un genre d'accident dont s'occupent peu les traités de médecine légale, s'expliqueraient peut-être assez bien, s'ils avaient la signification qu'il leur attribue. Le froid intense et prolongé produit des symptômes d'asphyxie; mais ces symptômes sont plus apparents que réels; ils résultent du ralentissement de la circulation capillaire et non du défaut d'hématose. Au contraire, si l'on remarque, 1° que le sang circulant moins vite reste plus longtemps en contact avec l'air atmosphérique, 2° que la combustion pulmonaire est *plus active* dans une atmosphère froide que dans une atmosphère chaude, d'après les expériences de M. Valentin et de M. Vierordt, 3° que le sang peut supporter une température très basse sans se coaguler, et conséquemment sans cesser de se prêter à l'accomplissement de l'acte de l'hématose, on comprendra que ce liquide puisse acquérir cette couleur rutilante signalée par M. Ogston. On conçoit également que les cavités droites et gauches du cœur soient également distendues par le sang, tandis que, dans la vraie asphyxie, les cavités droites sont pleines et les gauches vides, puisque, dans la mort par le froid, il n'y a pas, comme dans l'asphyxie, tout à la fois obstacle au passage du sang dans les poumons et conservation de l'énergie contractile du cœur gauche. Les contractions des deux côtés du cœur s'affaiblissent sans doute simultanément, pendant que le fluide sanguin continue à traverser avec une lenteur croissante les capillaires des poumons, et il n'y a pas, dès lors, de raison pour qu'une cavité s'engorge beaucoup plus que l'autre. (*British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, oct. 1855, et *Allg. medic. Centr.-Zeit.*, n° 33, 1856.)

Contribution à l'étude des causes de mort subite chez les individus en apparence bien portants, par le professeur Sigmund.

Obs. — Le nommé Karl B., écuyer, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre, entra à l'hôpital le 1er novembre 1853; on pratiqua d'abord la dilatation par les bougies, et l'on résolut d'inciser le rétrécissement d'arrière en avant le 10 du mois. Le malade était bien constitué, plein de orce, et ne se plaignait de rien autre chose que de son rétrécissement; il tait sorti tous les jours depuis son entrée à l'hôpital; il en fit autant le 10. Il paraît que ce jour il prit une dose un peu plus forte de vin et de café, boisson dont il faisait usage habituellement, ainsi que d'eau-de-vie. Peu après son retour, il parut un peu excité; il demandait à être opéré. Le professeur Sigismond le quitta pour faire sa leçon; à peine entré dans la salle des cours, il fut rappelé auprès du malade, qui s'était trouvé mal; quand on vint auprès de lui, il avait cessé de vivre.

A l'autopsie on trouva dans les ventricules du cerveau près de deux onces de sérum, le septum diffluent, et une tumeur gélatineuse arrondie, (sarcome gélatineux) bosselée, de la grosseur d'un œuf de poule, située à droite au-dessous de la tente du cervelet; cette tumeur, qui occupait le pourtour de l'entrée du canal auditif interne, était adhérente à la dure-mère et avait refoulé le cervelet. Poumon œdémateux. A la partie postérieure de l'urèthre, rétrécissement irrégulier, oblique et grisâtre, de un pouce et demi de longueur.

L'auteur fait remarquer que si l'on avait procédé immédiatement à l'incision, la mort serait survenue probablement pendant la chloroformisation ou bien pendant l'opération ou immédiatement après.

Aucune des lésions constatées à l'autopsie n'explique la mort subite, puisque ces lésions s'étaient formées d'une manière graduelle. La quantité de sérosité trouvée dans les ventricules, à supposer qu'elle s'y fût épanchée rapidement, n'est pas assez considérable pour mettre fin à l'existence. Le ramollissement cérébral est une des lésions trouvées par M. Louis chez un des individus frappés de mort instantanée dont il relate l'histoire dans son *Mémoire sur les morts subites*, et pareil accident a été observé plusieurs fois chez des individus qui portaient des tumeurs encéphaliques. Mais il ne faut pas perdre de vue que ce genre de mort s'est rencontré avec les lésions les plus variées et les plus incapables d'en rendre un compte satisfaisant. Parfois même, l'autopsie la plus minutieuse ne révèle absolument aucune altération. M. Briquet a fait récemment à la *Société de médecine du département de la Seine* une communication qui sera bientôt insérée dans la Gazette hebdomadaire. (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 17, 1856.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie générale, par M. le professeur Chomel, 4e édition, considérablement augmentée, 1856. 1 vol. gr. in-8, de 700 pages Paris, chez Victor Masson.

Instituts de médecine pratique, de J.-B. Borsieri, de Kanilfeld, traduits, et accompagnés d'une **Étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine**, par le docteur Paul-Émile Chauffard, médecin en chef des hôpitaux de la ville d'Avignon (Fièvres et maladies exanthématiques) 1856, 2 vol. gr. in-8. Paris, chez Victor Masson.

Lettres sur le vitalisme, par le docteur P.-E. Chauffard, 1856; brochure in-8 de 152 pages. Paris, chez Victor Masson.

Défense de l'hippocratisme moderne contre les attaques du professeur Lordat, et réfutation du système des deux âmes dans l'homme, plus connu sous le nom de double dynamisme humain, par le docteur Cayol In-8 de 34 p. Paris, Victor Masson.

Études sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par le docteur J.-C. Faget (de la Nouvelle-Orléans); ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, 1856. 1 vol. gr. in-8. Paris, chez Victor Masson.

Plusieurs motifs nous engagent à réunir dans un même examen les cinq ouvrages annoncés ci-dessus. Les *Études sur les bases de la science médicale*, de M. Faget, ont le même objet et professent à peu près les mêmes doctrines que la *Défense de l'hippocratisme moderne*, de M. Cayol, et les *Lettres sur le vitalisme*, de M. Chauffard. Celui-ci développe, dans sa remarquable *Introduc-*

tion aux Instituts de Borsieri, les conséquences pratiques du vitalisme traditionnel, mises en opposition avec les conséquences pratiques de ce qu'il appelle l'idée moderne ; et sa pensée, en traduisant une notable partie des *Instituts*, a été de mettre sous les yeux du public un spécimen des œuvres que peut enfanter l'interprétation hippocratique de la maladie. De son côté, M. Chomel donne pour destination aux *Éléments de pathologie générale* « de faire connaître à tous, étrangers ou nationaux, ce qu'on peut appeler la doctrine de l'école de Paris, » et cette doctrine est celle qui se distingue « non par une de ces théories quelquefois brillantes et toujours erronées, qui prétendent expliquer, à l'aide d'une hypothèse, tous les phénomènes de la vie, mais par une tendance constante et une impulsion active vers ce qu'il y a de positif en médecine, c'est-à-dire les faits bien observés et les conséquences rigoureuses qui en découlent. » L'auteur rompt, par cette déclaration, avec l'école de Stahl ; mais en même temps, et dans plus d'un endroit, il professe une *force vitale* dominant et dirigeant tous les actes de l'organisme à l'état de santé ou à l'état de maladie.

Le rapprochement de ces divers ouvrages met donc en présence un vitalisme qui revendique pour lui seul la parenté hippocratique et un vitalisme qui entend s'allier aux doctrines de l'école de Paris. Ces prétentions respectives, qui ne tendent pas à moins qu'à une exclusion réciproque, sont précisément, si nous ne nous trompons, le nœud de la principale difficulté qui sépare les écoles rivales, et la source de fâcheux malentendus. Elles ramènent une question capitale, qui a déjà été débattue entre M. Chauffard et la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et que notre confrère d'Avignon discute de nouveau dans la brochure où il a bien voulu réunir ses *Lettres sur le vitalisme* et nos propres articles, à savoir, si l'idée vitaliste mène logiquement, en médecine pratique, à toutes les déductions qu'on lui impose généralement, que lui impose avec une particulière rigueur notre habile adversaire, et si elle ne peut s'allier avec certains principes plus particulièrement professés et appliqués à Paris. Une question de cette importance, qui se présente ainsi *a fronte* ne peut être éludée. Nous nous y arrêterons donc quelques instants, avant d'entrer dans la partie plus directement bibliographique de notre tâche.

Prenons le litige à un point où tous ceux qui font profession de vitalisme peuvent se donner la main. — Notre doctrine à nous se résume dans les termes suivants. La matière est active ; mais l'activité de la matière, n'étant que l'activité de la molécule, ne peut donner que le multiple et non l'unité, un corps quelconque et non un organisme, une plante, un animal. Donc, il y a nécessité d'admettre une autre force que l'activité propre de la matière, c'est-à-dire une force organisatrice, qu'on peut appeler force vitale. Si cette force vitale existe, elle est distincte des autres, et, si elle est distincte, il est légitime de se préoccuper de sa nature, comme l'ont fait d'ailleurs les plus grands esprits de l'antiquité. Sur ce dernier point, nous avons exposé nos vues, mais sans prétendre à aucune solution positive. — M. Chomel écrit (p. 564) : « Il existe dans l'homme, comme dans tous les autres êtres organisés, *une force intérieure* qui préside à tous les phénomènes de la vie, dans ses périodes successives, lutte sans cesse contre les lois physiques et chimiques, reçoit l'impression des agents délétères, réagit contre eux, développe par conséquent les symptômes des maladies, en détermine la marche et en opère la solution, par un mécanisme également impénétrable. Cette force, qui se confond avec la vie, qui commence et cesse avec elle, qui est inhérente aux organes *et qui n'en serait pas distincte si elle ne les abandonnait au bout d'un certain temps*, cette force, tout à fait inconnue dans son essence et manifeste seulement par ses effets, nommée par quelques-uns *force vitale, puissance intérieure*, a été généralement désignée sous le nom de *nature*, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. » Dès l'instant que la force *ne serait pas distincte des organes si elle ne les abandonnait* et que, de fait, elle les abandonne, elle en est donc distincte, et M. Chomel, sous une autre forme, exprime la même opinion que nous. L'hypothèse dont il se défendait tout à l'heure, ce n'était donc pas l'admission d'une force vitale distincte, mais bien l'explication de cette force, la détermination de sa nature. — Quant à MM. Chauffard et Faget, ils reproduisent au fond Frédéric Bérard, dont M. Cayol est aussi le disciple, quoique disciple émancipé. Pour eux, la vie ne peut et ne doit être étudiée que comme loi, et il n'y a pas lieu à se préoccuper de l'existence ou de l'absence d'un principe vital. C'est chose assez curieuse de voir que, sur la question fondamentale du vitalisme, ce soit un représentant éminent de l'école de Paris qui s'expose à passer pour ultrà auprès des fidèles au culte hippocratique.

Quoi qu'il en soit de ces diversités d'opinion, toutes les parties s'accordent pour subordonner l'organisme à une cause autre que l'agencement des molécules, à une cause à la fois formatrice et conservatrice. Voilà donc pour toutes un même point de départ, et il devient possible de rechercher où ce premier pas doit conduire en physiologie et en pathologie, et si ceux qui font aboutir la maladie à l'altération matérielle du composé vivant ou au désordre de ses fonctions sont moins conséquents, ou à vues plus étroites, que ceux pour qui la maladie est, comme la vie elle-même, une réaction. C'est entrer principalement dans l'examen des *Lettres sur le vitalisme* et de l'*Introduction* placée en tête des *Instituts de médecine pratique*.

A cet égard, les reproches formulés en maint endroit par M. Chauffard tombent sur M. Chomel bien plus que sur nous. M. Chomel, on l'a vu, est en principe le plus orthodoxe des vitalistes ; comme M. Cayol, comme M. Chauffard, comme M. Faget, comme les barthéziens, comme les animistes même, il croit à une force immanente ; il la veut luttant contre les lois physiques et chimiques, recevant l'impression des causes morbides, réagissant contre elles, donnant par cette réaction les symptômes morbides, et opérant enfin la solution de la maladie. Rien ne serait plus aisé que de faire sortir de cette déclaration la définition vitaliste de la maladie, telle qu'elle se trouve dans les *Lettres* de M. Chauffard (p. 50) : « *une réaction* anormale de l'organisme contre une affection subie par lui. » Et néanmoins on n'exagère rien en disant que, sous le rapport de l'esprit médical, de la manière de comprendre la pathologie tout entière et chacune de ses parties spéciales, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la diagnose, la thérapeutique, les *Éléments de pathologie générale* sont exactement le contre-pied des *Lettres sur le vitalisme*, de l'*Introduction* aux *Instituts*, de la *Défense de l'hippocratisme moderne*, et des *Études sur les bases de la science médicale*.

Un seul rapprochement en donnera la preuve. Après la définition que nous venons de rappeler, M. Chauffard ajoute : « Tout y est ; l'activité nécessaire de tout fait morbide envisagé dans sa réalité ; sa tendance, plus ou moins libre ou entravée, à la conservation de l'organisme, à la réintégration de l'activité hygide ; la lésion enfin, primitive ou secondaire, appréciable à nos sens ou leur échappant, — la lésion enfin, *non plus isolée, ni passivement supportée, mais associée à la vie, causée et causante, établie enfin dans tous ses rapports vrais avec les actes vitaux qui se groupent autour d'elle.* » (*Lettres*, p. 53.) Et il dit ailleurs : « Si, pour le génie antique, la maladie réside en une réaction de l'organisme, trouvant sa raison d'être dans une cause anormale de trouble, et si la cause est le fait majeur de la maladie, l'idée moderne considère les phénomènes morbides *comme le résultat d'une lésion* des organes ou d'*un dérangement des fonctions*, et *la lésion est l'affaire capitale ;* elle est à proprement parler la cause qui domine la production de tous les faits morbides, et seule peut en révéler la nature et livrer l'explication réelle et utile. » (*Introduction*, p. 20.) Or, consultons M. Chomel sur les deux points où doivent se refléter le mieux les doctrines médicales, à savoir, la conception de la maladie et la détermination des éléments dont se compose le diagnostic. Pour lui, la maladie est « un désordre notable survenu, *soit dans la disposition matérielle* des parties constituantes du corps vivant, soit dans l'*exercice des fonctions.* » (*Éléments*, etc., p. 17.) Et quant à sa manière d'entendre le diagnostic, elle est tout à fait conforme à cette définition de la maladie ; car le diagnostic consiste, suivant lui, à déterminer 1° l'organe malade ; 2° l'étendue du mal ; 3° le tissu élémentaire primitivement affecté ; 4° la nature de la lésion ; 5° son degré. Certes, il ne se peut pas d'opposition plus formelle, plus radicale, que celle qui est attestée par ces diverses citations, et nous ajouterons qu'elle augmente encore,

si c'est possible, dans le développement ultérieur des idées.

Comment, avec un point de départ absolument semblable, une telle divergence a-t-elle pu se produire ?

Nous le dirons avec toute la déférence due à l'une des plus grandes autorités médicales de ce temps-ci, un maître honoré autant qu'aimé : M. Chomel n'a pas évité une inadvertance où sont tombés plus d'un orateur et plus d'un critique lors d'une récente discussion à l'Académie de médecine. Tout le monde voulait être vitaliste; beaucoup ont cru qu'on pouvait accorder les grands principes de Montpellier avec les doctrines de l'École de Paris, et, pour parler comme l'*Introduction*, le génie antique avec l'idée moderne. Nous allons essayer de faire saisir clairement le sens de cette méprise, et en même temps de montrer que l'on peut n'y pas tomber sans cesser d'être vitaliste, et que nous n'y sommes pas tombé en effet, quoi qu'en dise notre distingué confrère d'Avignon.

A. DECHAMBRE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VII.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHÔNE.— Cette Association a tenu sa quatrième assemblée générale le 11 mai, au palais Saint-Pierre, devant un grand concours de médecins du département. L'ordre du jour se composait 1° du discours d'ouverture, par M. le baron de Polinière, président ; 2° du compte rendu des travaux de la commission générale pendant l'année 1855, par M. Diday, secrétaire général. La séance a été terminée par l'élection des membres du bureau et par le renouvellement du tiers de la commission générale. Le bureau est composé, pour 1856, de MM. Polinière, président, Rougier, vice-président; Diday, secrétaire-général ; Lacour, secrétaire-adjoint ; Pétrequin, trésorier.

— Un décret impérial du 26 mai a confirmé les nominations suivantes faites provisoirement dans le service de santé par le maréchal commandant l'armée d'Orient :

Au grade d'officier : les médecins principaux Colmant, Lustreman, Artigues, Maupin, et les médecins-majors Rossignol, de Santi, Gerrier, Fleschut, Laforêt.

Au grade de chevalier : les médecins-majors Richepin, Petitgand, Dujardin, Maillefer, Lallemand, Barudel, Netter, Bonnard, Garnier, Jacquot, Leclerc, Witliteli, Masse, Boseront, Alix, Haicault, Champenois, Aron, Viry, Achte, Girma, Berniez, Perréon ;

Les médecins aides-majors Bedol, Baradou, Arondel, Peigné, Monnier, Lespiau, Pomenti, Thiéhaut, Navarre, Vizerie, Bauchet, Bossard, Quenot, de Poter, Darmandieu, Couderc, Remy, Mulot, Suto-Mayor, Coste, Termonia, Guiche, Vezien, Corbière, Lamarque, Maurel de la Pomarède, Gindre, Bernard, Hennequin, Lagreula, Vagney, Raoult, Pucelle, Colonna ;

Les chirurgiens sous-aides : Chignon, Lassus, Krug ;

Les pharmaciens aides-majors Jacob, Veret, Reignier ;

Le sergent infirmier-major Mandineau.

— La Faculté de médecine de Montpellier s'est assemblée le 29 mai, pour procéder à l'élection des candidats qui doivent être présentés au ministre pour la chaire d'opérations et appareils, vacante dans son sein. La liste de la Faculté est ainsi composée : 1° M. Courty ; 2° M. Serre.

Quant à la chaire de chimie médicale, la Faculté a demandé au ministre l'autorisation de laisser ouverte la liste d'inscription des candidats jusqu'au 16 août ou au 15 novembre prochains. M. Filhol s'est désisté de sa candidature.

— M. le docteur Frestier vient de recevoir du ministre de l'intérieur une médaille d'argent pour soins donnés aux cholériques en 1855.

— M. le docteur Pion vient de mourir à la Côte-Saint-André (Isère).

— Il vient de paraître à Madrid un nouveau journal sous le nom de l'*Émancipation médicale*.

— Par suite de la rentrée en France d'une partie de l'armée d'Orient, le grand hôpital de Péra a été fermé. Cet hôpital, qui a contenu près de 2,000 malades à la fois, en a reçu 27,500 pendant les deux mois qu'il a été ouvert. Sur ce nombre, 13,000 ont été évacués, pendant la convalescence, sur la France ou sur d'autres hôpitaux. Le nombre des journées de traitement s'est élevé à 633,986.

— M. Georges della Sudda fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur de toxicologie à l'École de médecine de Constantinople, et membre du conseil de santé des armées.

— M. le docteur Ripault vient de mourir à Dijon.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — 1re année. N° 4. Histoire médico-chirurgicale de l'expédition de Kabylie, par *Bertherand*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Payn*. — Sur la rupture spontanée du cœur, par *Bertherand*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 8 (30 avril). — Farcin chronique de l'homme; guérison, par *Cazin*. — Observations de médecine pratique, par *A. Ferrez*. — De la colique nerveuse, par *Macario*. — 9 (15 mai). Progrès récents des sciences médicales ; influence de la clinique sur leur développement, par *Teissier*. — Cauchemar intermittent, par *Ferrez*. — Air comprimé au point de vue physiologique, par *J. Milliet*. — Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration, par *Bonnet*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Avril. Moyens de reconnaître les empoisonnements par le phosphore, par *Meurein*. — Introduction à un cours d'accouchement, des maladies des femmes et des enfants, par *Laforgue*. — Eaux minérales de Vittel, par *Dunoyer*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 8 (30 avril). Traitement de la pourriture d'hôpital par l'application topique de la teinture d'iode, par *L. Saurel*. — Teinture alcoolique d'arnica comme moyen préventif, et alcoolature d'aconit comme moyen abortif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte, par *A. Gades*. — Sulfate de quinine dans certains cas de zona, par *Liégey*. — 9. Extrait de belladone dans le traitement des hernies étranglées, par *Saurel*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — N° 4 (avril). Expulsion par les sels de soixante-quinze calculs biliaires, par *Sarraméa*. — Le seigle ergoté est-il un moyen abortif? par *Ch. Dubreuilh*. — Anévrysme de l'artère occipitale gauche ; guérison par les injections de perchlorure de fer et de manganèse, par *Boursier*. — Clinique.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 15e livraison. Pneumonie aiguë, par *Macario*. — Fièvre intermittente éclamptiforme ou épileptiforme chez l'adulte, par *Liégey*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Avril. Sur l'histoire du charbon, par *Verheyen*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — 1856. Mars et avril. Conjonctivite diphthéritique, et emploi des caustiques dans les ophthalmies aiguës, par *Graefe*, traduit par *Binard*. — Clinique des hôpitaux militaires. — Procédé pour constater la quinine dans son gallo-tannate, ainsi que dans l'urine, par *Eymael*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Mai. Essai sur la pneumonie chronique, par *Raimbert*. — Emploi de l'électricité en médecine, par *Bougard*. — Éther et chloroforme, par *Gimelle*. — Hernie crurale ongouée ; procédé Seutin ; réduction, par *Crocq*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — 1856. Nos 18. Erreurs de diagnostic au point de vue de la syphilis, par *Thiry*. — 19. *Idem*. — 20 et 21.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 903. Cas d'infanticide, par *G. Trennery*. — 905 (le n° 904 ne nous est pas parvenu). — Anévrysme poplité guéri par compression, par *J. Edmundson*.

EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Mai. Revue clinique, par *Gairdner*. Chirurgie en Crimée, par *G.-H.-B. Macleod*. — Morphine à petites doses dans la coqueluche, par *Ed. Smith* — Forme particulière d'inflammation de la sclérotique, par *Hibbert Taylor*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 304. Cas d'anévrysmes traités par compression, par *Stewart Graves*. — Sur l'occlusion des artères à son origine et sur quelques altérations du cœur, par *T. Hodgkin*. — 305. Anatomie et physiologie de la moelle, par *Lockhart Clarke*. — Sur la leucorrhée, par *W. Anderson*. — 306. Sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie, par *Baker Brown*. — Cancer mélanique de l'œil; opération, par *Z. Laurence*. — 307. Hystérie simulant la catalepsie, par *H. Gramshaw*. — Hydropisie de l'amnios, par *H.-K. Debenham*.

Livres nouveaux.

BOUTRON ET F. BOUDET. Hydrotimétrie. Nouvelle méthode pour déterminer les proportions des matières en dissolution dans les eaux de sources et de rivières. Paris, 1856. Gr. in-8. fig. 2 fr. 50

PHYSICAL EXPLORATION AND DIAGNOSES OF DISEASES AFFECTING THE RESPIRATORY ORGANES (Exploration physique et diagnostic des maladies des organes respiratoires), par *A. Flint*. In-8. Philadelphie. 22 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 13 JUIN 1856. — N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

A l'occasion de la solennité du baptême de S. A. le Prince impérial, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a décidé que les cours des établissements d'enseignement supérieur vaqueront le samedi 14 de ce mois.

Les cours du collège impérial de France, du Muséum d'histoire naturelle, de l'École des langues orientales et de l'École des chartes seront fermés le samedi 14, ainsi que les bibliothèques publiques de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 31 mai au 10 juin 1856.

141. KLOCZEWSKI, Anastase, né à Varsovie (Pologne). [*De l'eczéma*]
142. SANDRAS, Claude-Lucien, né à Versailles. [*Les doctrines médicales*]
143. RICHARD, Julien-Jules, né à Dol (Ille-et-Vilaine). [*De l'ophthalmie.*]
145. KONCE, Marie-Jean-Baptiste-Alban, né à Saulnay (Indre). [*De l'intoxication palustre.*]
146. LEFEBVRE, Louis-Raymond, né à Mont-de-Marsan (Landes). [*Des abcès du sein.*]
147. AMAND, Denis-Léon-Victor, né à Noyon (Oise). [*Mensuration et inclinaison du bassin.*]
148. GRASSI, Jules-Auguste-Casimir, né à Sorèze (Tarn). [*Hygiène publique. Chauffage et ventilation des hôpitaux ; étude comparative des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital La Riboisière.*]
149. FLEUROT, Firmin, né à Dijon (Côte-d'Or) [*De la contracture essentielle des extrémités.*]
150. BUREAU, Louis-Édouard, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*De la famille des loganiacées, et des plantes qu'elle fournit à la médecine.*]
151. FERET, Eudore-Adrien-Isidore, né à Orgenees (Calvados). [*De la phlébite traumatique à la suite de la piqûre de la lancette.*]
153. MATHIEU, Antoine-Constant, né à Laval (Vosges). [*Des kystes hydatiques du foie.*]
154. VERDIER, Julien-Joseph-Boniface, né au Mans (Sarthe). [1° *Quelques mots sur la suette miliaire dans la Haute-Saône* (épidémie de 1854); 2° *quelques aperçus sur le choléra et son traitement ; 3° observations sur l'action physiologique de la strychnine.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Les inondations. — Influence sur la santé publique. — Mesures sanitaires. — Une bonne pensée. — Affaires de l'Académie de médecine de Belgique. — Le banquet des internes.

Mon cher confrère,

Nous ne savons encore ce que réserve pour l'avenir de la santé publique le fléau qui vient de se répandre sur une si grande étendue du territoire. Vous vous rappelez que, lors de l'inondation de 1840, le retrait des eaux avait donné lieu, dans beaucoup de localités, à des exhalaisons fétides auxquelles on a rapporté l'apparition de diverses fièvres de mauvais caractère; mais le froid qui avait succédé au désastre de novembre avait enchaîné en partie l'activité des miasmes, et dans plusieurs endroits on avait paru ne souffrir que de l'humidité. Cette fois-ci, où de grandes chaleurs ont succédé à l'inondation, des exhalaisons beaucoup plus fortes ont été déjà constatées à Lyon, Orléans, Tours, Angers, etc.

Ce phénomène d'infection miasmatique est facile à comprendre. Les eaux, en débordant, amènent sur le sol et y laissent, en se retirant, une foule d'animaux et de plantes aquatiques qui ne tardent pas à mourir; elles noient sur place, dans les vignes, dans les prairies, dans les terres arables, dans l'intérieur même des villes, des myriades d'insectes, de petits reptiles, de mollusques et d'autres animaux plus gros; elles délayent dans leurs affouillements des immondices de toutes sortes qu'elles déposent sur de larges surfaces. Quel foyer de décomposition putride que cette couche de matière animale travaillée tout à la fois par l'humidité et par la chaleur! Quelle source d'infection! Ce n'est pas tout : dans les grands bouleversements de constructions, de terres, qu'amènent les inondations, les sources d'eaux potables sont souvent troublées, altérées, empoisonnées par des détritus de toutes sortes, et peuvent exercer sur la santé publique de très fâcheuses influences. On voit donc combien il sera important d'observer de près le caractère des af-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 12 juin 1856.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — BLÉPHAROPLASTIE.

M. le professeur Denonvilliers a pratiqué, dans ces derniers temps, à l'hôpital Saint-Louis, une série d'opérations autoplastiques dont les remarquables résultats, pour la plupart constatés directement par la Société de chirurgie, ont été exposés par lui dans leur ensemble devant la Société de médecine du département de la Seine (séance du 6 juin). Cette communication, faite à l'occasion de la présentation de la fille Rosa, dont nous dirons quelques mots à la fin de cet article, a été d'autant plus intéressante, que les membres des deux Sociétés ont pu suivre pas à pas la marche du chirurgien et constater l'amélioration graduelle procurée par chaque opération, M. Denonvilliers ayant eu l'heureuse idée de faire reproduire par le daguerréotype les traits de ses malades au moment de leur entrée à l'hôpital et après chaque temps principal de la restauration autoplastique. Cette manière de procéder, en même temps qu'elle permet de donner une idée aussi exacte que possible du résultat obtenu, constitue un gage certain de la sincérité du chirurgien ; elle devra dorénavant être mise en usage dans toutes les circonstances où le malade lui-même ne pourra être mis sous les yeux des observateurs dont on recherche l'approbation.

Une observation préliminaire nous paraît devoir trouver place en tête des considérations que nous voulons exposer ici ; elle se rapporte à la beauté des résultats procurés par les autoplasties de la face. Il faut bien se l'avouer, malgré tous les efforts qu'on a faits jusqu'ici, dans le but de rendre aux traits du visage une régularité qui s'éloignât aussi peu que possible de l'état naturel, on n'a réussi, dans une foule de cas, qu'à substituer à une difformité une autre difformité non moins, si ce n'est plus, choquante. Nous ne voulons pas dire cependant que ces opérations aient été inutiles, puisque très souvent elles ont remédié à des vices fonctionnels dont la persistance était une cause de grande gêne pour le malade ou pouvait entraîner des accidents extrêmement graves, tels que la perte d'un œil, dans les cas d'ectropion étendu des deux paupières avec impossibilité de couvrir le globe oculaire. Or, en confrontant les résultats obtenus par M. Denonvilliers avec ceux de la chirurgie autoplastique ordinaire, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, sous le rapport esthétique, les premiers présentent quelque chose de plus satisfaisant. Cette supériorité, qui se montre chez la plupart des malades de M. Denonvilliers, fait supposer sinon une méthode opératoire spéciale, du moins un mode spécial d'application des méthodes généralement usitées, ou, si l'on veut, certaines précautions dans l'exécution, un *modus faciendi* particulier, sur lequel il nous paraît utile de fixer quelques instants notre attention.

M. Denonvilliers a recours, comme tous les chirurgiens, à la méthode indienne et à la méthode française, et souvent il lui arrive de combiner ces deux méthodes, c'est-à-dire de se servir, pour combler une perte de substance, d'un lambeau pris dans une région voisine, et de faire en même temps subir aux parties des migrations au moyen d'incisions et de dissections profondes. Dans le choix de la région qui doit fournir le lambeau autoplastique, M. Denonvilliers a reconnu que c'est à la région de la joue ou de la tempe, de la première surtout, qu'il faut donner la préférence, en raison de sa grande vascularité, de l'épaisseur du tissu sous-cutané qui la double, et de la grande mobilité des parties voisines. Les cicatrices dont ces régions pourraient être le siége ne constitueraient point une contre-indication qui dût les faire rejeter d'une manière absolue ; car chez plusieurs de ses malades, M. Denonvilliers s'est servi très avantageusement de lambeaux formés de tissus cicatriciels, sans voir survenir la gangrène qu'on redoute si généralement dans ces circonstances ; et, chose singulière, les résultats obtenus dans ces cas ont été évidemment plus beaux que dans ceux où la peau employée à la restauration était saine. Le lambeau greffé sur la région nouvelle s'est mieux étalé ; il n'a présenté aucune trace de cette boursouflure, de ce recroquevillement qu'on observe presque constamment dans les circonstances ordinaires. La question de l'emploi des tissus cicatriciels dans la réparation des pertes de substance, qui a été l'occasion d'une petite discussion qui scinde la Société de chirurgie, comporte une multitude de détails sur lesquels nous aurons sans doute occasion de revenir dans la suite.

Dans aucun cas M. Denonvilliers n'a eu à déplorer une gangrène du lambeau de nature à compromettre ou à anéantir complétement le succès de l'opération. Cela tient certainement au soin qu'a M. Denonvilliers de laisser ses lambeaux adhérents par une base très large, au lieu de leur donner un pédicule étroit, par lequel leurs connexions circulatoires avec les tissus voisins sont nécessairement très bornées. Cette ma-

---

fections qui vont se présenter, ou se présentent déjà, dans les localités dévastées. C'est une invitation que le feuilleton se permet d'adresser aux confrères qui ont le triste avantage d'être bien placés pour y répondre.

Voici, à cet égard, une intéressante note que nous devons à l'obligeance de notre ami et collaborateur, M le docteur Diday :

« Dans toute la péninsule lyonnaise, les sacs de latrines submergés ou infiltrés par les eaux ambiantes ont versé leurs produits infects au dehors. Ces matières, mélangées aux eaux potables, leur ont fait subir une altération qui échappe à la vue : car l'œil, au premier abord, est trompé par leur limpidité. Et c'est là une nouvelle cause de danger. Mais l'odeur et le goût avertissent suffisamment de s'en abstenir ; et une diarrhée presque universelle parmi ceux qui en font usage est venue fort à propos confirmer les sages conseils de l'autorité à ce sujet.

» Ni la science ni l'administration ne sont, en effet, restées inactives en présence des périls qui menacent la santé publique. Dès le second jour, d'intelligentes coupures creusant les terrains inondés opéraient un dégorgement qui soustraira à l'évaporation son aliment le plus délétère. En enlevant les eaux stagnantes, on aura le moyen de déblayer les détritus de vêtements, de provisions de ménage, d'animaux domestiques, de milliers de rats, peut-être hélas encore ! de cadavres humains, qui gisent à cette heure sous les décombres !

» Le conseil de salubrité s'est réuni à plusieurs reprises. Par ses soins, une instruction affichée à profusion informe les habitants des précautions à prendre relativement au nettoiement et au dessèchement des lieux envahis par l'eau. La désinfection des matières putréfiées, tant qu'elles ne peuvent pas être enlevées, l'a aussi préoccupé Elle recommande de vider, dès que le retrait des eaux le permettra, toutes les fosses d'aisance, au moins quant à la partie liquide de leur contenu. Enfin, elle s'est tout spécialement occupée de l'altération de l'eau, la boisson exclusive d'une grande partie des habitants. Dans les quartiers envahis par le Rhône, l'eau se retire tellement vite, que les infiltrations du sous-sol, d'ailleurs formé de gravier, n'y ont pas les dangers qu'elles offrent dans le

nière d'agir, il est vrai, donne naissance à un froncement considérable de la peau, du côté de la concavité du lambeau ; mais ce froncement s'efface très rapidement, par suite de l'élasticité des téguments, et le plus souvent il n'en reste aucune trace après la guérison.

Une autre circonstance dont on n'a pas tenu compte jusqu'à présent, ou du moins dont on n'a pas fait ressortir l'importance, c'est la direction de la cicatrice qui remplacera la perte de substance pratiquée à l'endroit où l'on prend un lambeau autoplastique. Lorsque cette cicatrice est parallèle au bord de la paupière inférieure, par exemple dans les cas d'ectropion, la rétraction graduelle dont elle est le siége aura pour effet inévitable de reproduire la difformité au bout d'un temps plus ou moins long après l'opération, même dans les cas où les suites immédiates auraient été complétement satisfaisantes. Cette considération a porté M. Denonvilliers à établir comme règle générale de tailler les lambeaux de telle façon que la cicatrice linéaire qui doit les remplacer soit perpendiculaire, autant que possible, à la direction dans laquelle la rétraction pourrait nuire au succès définitif. Grâce à cette précaution, le retrait inévitable du tissu cicatriciel sur lui-même, bien loin de détruire les avantages obtenus immédiatement, a pour effet d'étaler plus complétement le lambeau autoplastique, et contribue, par conséquent, à la beauté du résultat.

Lorsqu'il s'agit de remédier à un ectropion un peu considérable, M. Denonvilliers pratique constamment l'occlusion des paupières. Dans le cas où le bord palpébral est intact, il l'avive en en retranchant les deux tiers postérieurs seulement, et en ménageant avec grand soin les points d'implantation des cils. La suture à anse, faite au moyen d'aiguilles très fines, est celle à laquelle il donne la préférence ; elle a réussi dans tous les cas où il l'a mise en usage. Il est assez intéressant de remarquer que, dans ces circonstances, ce sont les surfaces de deux cartilages, tissu qui, par sa nature, semble peu propre à la réunion immédiate, qui s'accolent entre elles. Les nombreux vaisseaux sanguins que reçoivent les glandules incrustées dans les cartilages torses donnent l'explication de cette facilité de réunion exceptionnelle pour le tissu cartilagineux. Dans un cas où le bord des paupières avait été détruit par la maladie, M. Denonvilliers a affronté les surfaces saignantes de la peau, avivées préalablement, et les a maintenues en contact au moyen d'une suture assez semblable à la suture de Gélis pour les plaies intestinales. L'occlusion des paupières doit être maintenue jusqu'à ce que les cicatrices aient perdu en grande partie leur pouvoir rétractile.

M. Denonvilliers emploie la suture à anse pour réunir aux parties voisines les bords des lambeaux ; mais comme il a soin de donner à ces derniers des dimensions très considérables, il s'ensuit qu'ils ne sont soumis à aucun tiraillement et qu'une fois adhérents par leur face profonde, ils n'ont plus aucune tendance à se déplacer, dans les cas mêmes où la réunion des bords ne se serait faite qu'incomplétement.

Parmi les observations de malades opérés suivant ces règles, celle de mademoiselle Rosa, dont tous les détails sont consignés dans les bulletins de la Société de Chirurgie, est une des plus intéressantes. Nous en résumons les principaux traits pour donner une idée générale du manuel opératoire.

Obs.— Mlle Rosa était affectée d'un énorme ectropion double, du côté gauche, survenu à la suite de brûlures. L'écartement entre les bords libres des paupières était de 7 centimètres ; l'œil restait constamment à découvert, et la cornée commençait à s'ulcérer. Cette horrible difformité dut être attaquée en plusieurs temps. M. Denonvilliers résolut de restaurer d'abord la paupière supérieure, puis la paupière inférieure. Voici comment il procéda à ces restaurations : Une incision circulaire, pratiquée à une petite distance du bord des paupières, circonscrivit les deux ectropions ; aidée de la dissection, elle permit de ramener au contact les bords libres des paupières, qui furent réunis par la suture. Il résulta de ce rapprochement deux vastes pertes de substance, l'une supérieure, l'autre inférieure. M. Denonvilliers ne combla d'abord que la première ; pour cela il tailla sur la partie moyenne du front un large lambeau dont la base correspondait à la racine du nez, et qui s'étendait jusqu'à la naissance des cheveux ; ce lambeau, oblique de bas en haut et de dedans en dehors, fut détaché par sa face profonde, puis ramené à une direction horizontale, de manière que son bord externe vint se mettre en contact et se souda avec le bord saignant de la paupière.

La plaie inférieure, abandonnée pour le moment, se couvrit de bourgeons charnus et se cicatrisa. Pour rendre à la paupière inférieure une hauteur convenable, M. Denonvilliers la détacha une seconde fois par une incision semi-lunaire, parallèle à son bord libre ; les lèvres de cette incision s'étant écartées notablement, un lambeau pris sur la joue leur fut interposé ; la base de ce lambeau se trouvait à la partie inférieure et externe de l'œil.

Après la guérison, et lorsque les adhérences entre les paupières eurent été détruites, M. Denonvilliers dut pratiquer une petite opération complémentaire pour rendre à l'angle externe de l'œil sa forme naturelle.

Marc Sée.

---

vieux Lyon. Ici, l'eau de la plupart des pompes qui plongent à une profondeur insuffisante est corrompue pour plusieurs semaines encore. La filtration n'en séparerait qu'incomplétement les principes infects. Il faut donc, en réservant cette eau pour les autres usages domestiques, s'en priver absolument comme boisson ; et, ajoute le conseil de salubrité, mieux vaudrait encore pour ceux qui ne pourront en emprunter à des quartiers épargnés, aller puiser directement dans le lit des rivières l'eau destinée à leurs repas.

» Espérons que tant de sollicitude et de zèle, une si juste entente des dangers à craindre, un tel dévonement de la part de l'autorité pour l'exécution des mesures à prendre, trouveront, chez les principaux intéressés, ce concours actif qui trop souvent fait défaut tant qu'il ne s'agit que des maux à venir, et que notre ville échappera au troisième fléau qu'une prédiction sinistre tient suspendu sur nos têtes.

» Je ne puis omettre de signaler, bien qu'il ne rentre dans mon sujet que par les sciences accessoires, un ingénieux moyen employé par la voirie pour abréger la durée de l'inondation dans une partie de la ville. *La Saône croît neuf jours :* proverbe lyonnais d'une trop réelle exactitude. Or, en comptant neuf jours de croissance, et neuf jours de décroissance, et cela pour deux inondations successives, on peut calculer ce que souffrent les quais et les rues adjacentes, coupées pendant vingt à trente jours de toutes communications. Cette fois la lenteur du mouvement de diminution a fait perdre patience aux plus endurants ; et voici ce qui a été imaginé :

» La Saône reçoit des égouts dont les ouvertures béantes sur plusieurs points laissent, dans les bas quartiers, refluer ses eaux dès qu'elles s'élèvent. C'est par là, naturellement, que l'inondation commence sur les quais, longtemps avant que la rivière ait quitté son lit où la retient une muraille de pierre. D'autre part, le Rhône se retirant en vingt-quatre heures, son niveau, bien avant que la Saône ait cessé de croître, se trouve être de beaucoup inférieur à celui que garde cette rivière.

» Profitant de cette différence, le génie a ouvert sur les quais inondés de la Saône des canaux qui conduisent l'eau, par une pente

— La section de thérapeutique et d'histoire naturelle, à l'Académie de médecine, a éprouvé un échec décisif. On se rappelle que l'Académie avait annulé sa double liste de candidats, et qu'elle avait été invitée à présenter une liste unique. Sur cette seconde liste, M. Bayle venait le premier, et M. Trousseau le second. Mardi, jour de l'élection, M. Trousseau a été élu au premier tour, par 54 voix, contre 18 obtenues par M. Bayle. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE CLINIQUE DU SYCOSIS, ET EN PARTICULIER DU SYCOSIS TUBERCULEUX, par M. MAURICE CHAUSIT, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de médecine de Paris, etc.

DÉFINITION DU SYCOSIS. — Les progrès récents qu'a faits la connaissance du siége anatomo-pathologique des maladies de la peau ont permis de trouver, pour le sycosis, une définition qui résumât en même temps et la nature et les principaux caractères de cette curieuse maladie.

Il ne s'agit plus, aujourd'hui, de savoir si cette affection a pour lésion élémentaire une pustule ou un tubercule. Cet antagonisme avait sa raison d'être à une époque où les spécialistes cherchaient la meilleure classification pour l'étude graphique des maladies de la peau; mais, aujourd'hui, la science, sans dédaigner d'ailleurs une distinction toujours importante au point de vue du diagnostic, ne s'arrête plus à ces querelles d'école; aidée de l'observation clinique, elle cherche la formule de chaque type des affections cutanées dans l'appréciation de son siége, de sa nature, de la lésion organique à laquelle elle correspond. C'est ainsi que M. Cazenave a donné du sycosis une définition toute nouvelle, qui nous a servi de guide dans les recherches dont nous allons exposer les résultats, et qui, en confirmant toutes les propositions de notre maître, nous ont permis de mieux préciser quelques-uns des traits de cette maladie. C'est, pour nous, une inflammation du conduit pilifère, caractérisée, selon ses divers états, par des pustules, par des tumeurs tuberculeuses, par des croûtes ou de la desquamation, par des abcès particuliers, de l'alopécie, quelquefois des cicatrices.

On sait que le siége exclusif du sycosis est le visage, où il est souvent limité au menton, à la région sous-maxillaire, d'où on lui a donné le nom de *mentagre*, qu'il conserve encore pour un certain nombre de dermatologistes. Cette affection a reçu d'autres appellations, imaginées en vue et pour les besoins de systèmes particuliers : nous n'en parlons pas. Si nous avons cru devoir maintenir le terme de sycosis, ce n'est pas qu'il ait une signification complétement exacte, puisqu'il semble se rapporter spécialement à un état de la maladie, à la forme tuberculeuse; mais le mot de mentagre a l'inconvénient d'être au moins aussi inexact, puisque l'éruption qu'il désigne est loin d'être toujours limitée au menton. De plus, il a le tort de rappeler un type morbide mal défini que l'on trouve décrit chez les anciens. Enfin, on lui a donné des acceptions diverses qui ne peuvent que jeter le trouble dans les esprits : ainsi on en a fait le *varus mentagre*, la *teigne mentagra*, etc.; et, par ces motifs, nous croyons qu'il faut préférer la dénomination de sycosis, qui a au moins le mérite et l'avantage de spécifier un type à part, distinct, facilement appréciable dans la pratique.

Le sycosis est, comme toutes les affections folliculeuses, une maladie à formes complexes. Cette circonstance explique les divergences d'opinions qui se sont produites sur sa nature et sa symptomatologie. Mais la différence apparente des caractères qu'il peut revêtir tient à des différences de siége ou d'intensité de l'inflammation elle-même, à des conditions individuelles inhérentes au malade, à certaines complications soit accidentelles, soit propres au sycosis.

SYCOSIS PUSTULEUX. — L'inflammation peut rester limitée à l'extrémité du conduit pilifère; elle est superficielle, et forme ce que l'on pourrait appeler le sycosis simple.

On a remarqué que, chez les individus atteints de cette maladie, l'affection semble s'annoncer plus ou moins longtemps à l'avance par l'apparition, sur divers points, soit du menton, soit du pourtour des lèvres, de petites pustules blanchâtres, discrètes, passagères, disparaissant pour se reproduire à des intervalles variables. Ce phénomène est évidemment lié à la prédisposition particulière qui joue un si grand rôle dans l'histoire du sycosis. Les malades n'y font ordinairement pas attention, jusqu'au jour où la maladie se déclare d'une manière plus tranchée. Son apparition est précédée d'un sentiment de chaleur, de tension, de rougeur même sur les points affectés. Ceux-ci se recouvrent bientôt de pustules psydraciées, d'un blanc jaunâtre, acuminées, entourées à leur base d'une auréole rouge, quelquefois d'une base légèrement indurée. Elles sont souvent réunies par

---

rapide, dans le Rhône. Mais comme les égouts auraient bien vite reversé sur le sol l'eau qu'on lui enlève par cette saignée, on a pris le parti d'entourer leur ouverture d'une digue circulaire, improvisée avec de la terre battue renfermée entre des planches maintenues par des piquets. Dans ces espèces de puits, la rivière s'élève et garde le niveau de son lit, tandis qu'elle abandonne tout le voisinage. Ainsi, à peu de frais, et en quelques heures a été réalisée une baisse d'au moins 40 à 50 centimètres, et l'œil des curieux, en appréciant la hauteur de l'eau dans les *saônomètres* dont je viens de parler, peut mesurer à 1 millimètre près l'étendue du bienfait que lui apporte cette intelligente opération. »

Quant à présent, la chronique médicale n'a pas grand parti à tirer du fait de l'inondation. Quelques pauvres ouvriers, nautonniers improvisés, passant des journées entières les jambes dans l'eau pour diriger les barques, nouveaux omnibus à l'usage des riverains de la Saône, ont contracté des rhumatismes peu graves. Parmi ceux que le Rhône surprit dans la nuit du 30 au 31 mai, il en est qui sont restés jusqu'à cinq ou six heures du matin en partie submergés, attendant un secours que le dévouement le plus actif ne pouvait hâter davantage. Quelques-uns d'entre eux ont été pris d'un *point de côté* plus ou moins intense, qui, dans plusieurs cas, a commencé à se faire sentir pendant l'immersion. On a noté encore, chez un certain nombre d'individus, une sorte de stupeur analogue à celle que produit parfois l'émotion du champ de bataille; mais cette perturbation n'a pas amené d'accidents durables.

Un triste épisode se rattache de trop près à ce qui intéresse le corps médical pour que nous n'en disions pas un mot. A Lyon, un pharmacien, prévoyant une crue extraordinaire, avait fermé solidement son magasin. Après le désastre il rentre chez lui : la porte avait été brisée par le torrent. Que trouve-t-il sur son parquet? Deux malheureuses femmes jetées par le flot montant, mortes de la veille, et dont on n'avait pas même entendu les cris de détresse.

—Toujours au sujet des inondations, nous avons reçu d'un élève en médecine une lettre que nous vous transmettons, honoré confrère, persuadé que vous en apprécierez et la pensée et l'à-propos.

petits groupes presque confluents, que l'on couvrirait avec le bout du doigt, par exemple.

Ces pustules ont cela de particulier qu'elles sont traversées, à leur centre, par un poil, signe pathognomonique de leur siége à l'extrémité du conduit pilifère. Leur durée individuelle est de quatre à six jours. Elles se dessèchent et sont remplacées par de petites croûtes brunâtres qui persistent pendant un temps plus ou moins long et disparaissent sans laisser de trace. Quand elles se détachent, on les voit souvent demeurer flottantes après les poils qui les traversent, et dont elles peuvent entraîner mécaniquement la chute. Sous cette forme la plus simple, et s'il ne survient pas d'éruption nouvelle, la maladie peut se terminer en deux septénaires au plus.

Dans d'autres cas, le sycosis simple se présente sous un type chronique assez remarquable. Il est caractérisé par des plaques érythémateuses persistantes, sur lesquelles se manifestent, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des éruptions successives de pustules qui se comportent ainsi que nous venons de le dire, et peuvent faire durer la maladie beaucoup plus longtemps. Sur les points affectés, la peau est enflammée, comme épaissie, tendue. Il y a là un état congestif assez semblable à celui que l'on observe dans l'*acne rosacea*. Dans d'autres moments, surtout quand il n'y a pas de poussée, la peau est sèche, rugueuse, recouverte d'une exfoliation squameuse peu abondante.

Ces plaques érythémateuses affectent souvent une disposition plus ou moins circulaire qui les a fait considérer soit comme un herpès circiné, soit comme un herpès tonsurant, auxquels succéderait le sycosis après une durée plus ou moins longue. Sans doute, sous l'influence de conditions encore indéterminées, l'inflammation sycosique a pu remplacer l'une ou l'autre de ces affections ; mais c'est un fait, pour le moins, très rare, et il ne faudrait pas de l'exception faire la règle, établir entre les deux éruptions un rapport de cause à effet, en considérant l'herpès circiné ou l'herpès tonsurant comme une prédisposition à la mentagre. D'ailleurs, les plaques érythémateuses dont nous parlons ne présentent ni les bords saillants avec le centre sain du premier, ni l'alopécie caractéristique du second. Elles traduisent une inflammation superficielle de la peau qui peut persister très longtemps avec les mêmes caractères, mais qui peut aussi, en se concentrant dans l'appareil pilifère, et sous l'influence des causes dont nous parlerons plus loin, produire ou un sycosis pustuleux ou un sycosis tuberculeux, selon qu'elle reste limitée à l'orifice du conduit folliculaire ou qu'elle pénètre plus profondément. La différence symptomatologique qui existe entre ces diverses formes de l'inflammation sycosique se trouve naturellement expliquée par l'intensité ou le siége de la phlegmasie, comme on voit de l'inflammation du follicule sébacé, et selon son intensité ou son étendue, résulter tantôt un *acne simplex*, tantôt un *acne indurata*, tantôt un *acne rosacea*.

Sycosis tuberculeux. — Tel est le type du sycosis pustuleux ; dans ce cas, l'inflammation reste limitée à l'orifice du conduit pilifère. Mais il est loin d'en être toujours ainsi ; soit qu'elle se soit déclarée tout d'abord plus profondément, soit qu'elle ait gagné de proche en proche et de dehors en dedans, la phlegmasie peut intéresser le bulbe pileux lui-même, et il en résulte une nouvelle forme de sycosis très curieuse à étudier : c'est le *sycosis tuberculeux*. Cette variété a une très grande importance, non-seulement à cause de sa fréquence et des difformités qu'elle constitue en certains cas, mais aussi à raison des conditions toutes différentes dans lesquelles elle se produit.

Le plus souvent, les tubercules du sycosis succèdent à l'inflammation pustuleuse ; aussi a-t-on pu dire qu'ils étaient une conséquence de l'extension que prend la phlegmasie du conduit pilifère. S'il est vrai qu'ils ne se manifestent dans la plupart des cas que quand le sycosis existe déjà depuis quelque temps, il n'est pas rare de le voir apparaître presque au début de la maladie. Il est toujours possible alors d'apprécier les pustules initiales; mais celles-ci passent très rapidement, et, quand elles se reproduisent, on les voit coïncider avec le développement des tubercules. Ceux-ci se présentent sous forme de petits noyaux indurés, dont le diamètre varie depuis celui d'une lentille jusqu'à l'étendue d'une pièce de 2 fr. Ces nodosités sont rouges, rénitentes, ovalaires, enchâssées dans la peau, où elles sont irrégulièrement circonscrites. Quelquefois plusieurs de ces noyaux se sont réunis et forment des masses tuberculeuses qui, au premier coup d'œil, semblent constituer des tubercules uniques très considérables. Ces tumeurs sont irrégulières, bosselées, et ont un aspect framboisé très remarquable quand la peau est rouge, enflammée, et quand il y a alopécie, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Les nodosités sont par moments le siége d'une éruption de petites pustules blanchâtres, acuminées. Dans d'autres cas, au contraire, elles se recouvrent de squames minces, sèches, furfuracées.

Telle est la marche habituelle du sycosis tuberculeux,

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

L'Indépendance belge, dans son courrier de Paris du 7 juin, consacre quelques lignes à une question qui ne peut rester indifférente pour le corps médical. La Gazette hebdomadaire, en reproduisant le vœu qui est exprimé dans ce journal purement politique, ne pourrait-elle pas lui donner une importance qu'elle doit mériter aux yeux de tous ceux qui honorent les dévouements de toute espèce ? A l'occasion des actes d'héroïsme que viennent de signaler les dernières calamités publiques, voici ce qu'on lit dans l'Indépendance :

« Nous avouons que nous sommes de ceux qui désireraient beaucoup voir encore plus amplement honorer les actes de vertu, d'héroïsme civique, où l'homme n'a point eu à accomplir les devoirs du soldat, mais bien à céder à un élan généreux, spontané, que n'affaiblit nulle obligation et qui a le plus souvent mis en péril sa propre vie, non pour ôter la sienne à l'ennemi, mais bien pour conserver au monde des inconnus, des frères en Dieu, des existences utiles au pays, aux familles. Voila l'Espagne qui vient de créer un ordre nouveau. L'*ordre de bienfaisance* (pourquoi pas plutôt : l'*ordre du dévouement?*), destiné à récompenser tous ceux qui se seront distingués dans les épidémies, sinistres, incendies, inondations, naufrages, etc. L'ordre aura trois classes. Ne serait-ce pas aujourd'hui le cas, en présence des actes nombreux de courage que les catastrophes du Rhône, de la Saône, de la Loire, de l'Isère, etc., auront fait éclater, de doter aussi la France de quelque marque distinctive ou plus en rapport avec les idées actuelles que ne l'est l'ancienne et massive médaille inséparable de son ruban aux trois couleurs (médaille de sauvetage)? Mais telle qu'elle est, cette médaille honorée, enviée, portée par une foule de marins, d'hommes du peuple, n'arrive que bien rarement à la boutonnière de l'habit noir. C'est qu'en effet il est plus particulièrement réservé à certaines classes qui sont en plus fréquents contacts avec les sinistres, de la mériter, de l'obtenir. Ce n'est qu'exceptionnellement que des mains gantées

forme qui peut exister à l'état aigu, et dont l'observation suivante offre un exemple.

Obs. I. — *Sycosis tuberculeux aigu. — Alopécie passagère.* — Le 7 août 1855, le nommé C... Firmin, âgé de quarante-un ans, tonnelier, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, pour une éruption qui occupe la barbe et sur le développement de laquelle il nous donne les renseignements suivants :

Il y a huit mois environ, cet homme, contre son habitude, se fit raser par un barbier. Deux ou trois jours après il vit se développer, au milieu de la barbe, côté droit, une plaque rouge qui se recouvrit de lamelles blanches, s'agrandit peu à peu de manière à dépasser les dimensions d'une pièce de cinq francs. La personne rasée avant lui portait, nous dit-il, une éruption à la face. Est-ce une contagion ou seulement le résultat d'une irritation locale, accidentelle? Quoi qu'il en soit, cette plaque dont la physionomie n'a jamais changé, a disparu depuis quelques semaines seulement, sans traitement aucun, et sans que le malade s'abstînt de se faire la barbe, comme il en avait l'habitude. Enfin, il y a une quinzaine de jours environ, toute la barbe s'est recouverte, sans cause appréciée, sans douleur ni cuisson, d'un nombre considérable de boutons blancs qu'il frotta avec une pommade au goudron, d'après l'avis d'un médecin. Sept ou huit jours après, des nodosités rouges et assez volumineuses commencèrent à se développer ; il se décida alors à demander son admission à l'hôpital.

Aujourd'hui 8 août, toute la barbe, qui est d'ailleurs épaisse et bien fournie, est hérissée d'une foule de nodosités rouges, ovalaires, enchâssées dans la peau, irrégulièrement circonscrites, surmontées par un certain nombre de pustules qui sont traversées par un poil à leur partie centrale. Quelques-unes de ces tumeurs, complétement dénudées, lisses, forment une espèce de masse charnue rouge, végétante au milieu de la barbe qui les entoure et qui se trouve dans ses conditions normales ; il faut remarquer, en effet, que l'alopécie ne s'étend pas au delà des limites des nodosités ellesmêmes, et que, sur le plus grand nombre, elle est bornée au sommet, là seulement où les pustules sont développées, car les poils qui recouvrent les tubercules et qui ne présentent point de pustules à leur base, ne tombent pas ; ce qui prouve bien que la chute du poil est provoquée par l'inflammation du bulbe pilifère.

Toutes les nodosités sont assez rénitentes, mais indolentes.

Prescription. — Tisane de chicorée sauvage. Cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve. Bain de vapeur. Cinq portions.

15 août. — Les pustules qui existaient au moment de l'admission du malade, ont formé de petites croûtes adhérentes et qui, en tombant, ont entraîné la chute des poils dont elles entouraient la base. Toutes les nodosités sont moins volumineuses. L'amélioration est évidente. Même traitement.

3 septembre. — Le malade est obligé de quitter l'hôpital ; les tubercules sont complétement affaissés ; la peau est encore un peu rouge, mais elle est souple, et tout indique que l'éruption est guérie. D'ailleurs les poils repoussent en quelques points ; seulement ils sont plus grêles et moins colorés que les autres.

Nous avons eu occasion de revoir le malade le 28 septembre, l'amélioration avait continué. La peau offre sa teinte grisâtre normale, elle est souple, et, sur toutes les places anciennement dénudées, on voit repousser des poils forts et vigoureux.

Cette observation est intéressante au point de vue de la cause de l'éruption, que le malade attribuait à un acte contagieux, la rasure. La question de savoir si le sycosis peut se transmettre par contagion a été l'objet de vives controverses. M. Cazenave a fait observer avec raison que l'action du rasoir, sans être contagieuse, pouvait fort bien produire une irritation locale qui, chez des individus prédisposés, suffirait à expliquer l'apparition de la maladie sycosique. Si l'on peut dire que le doute est permis sur ce point, nous croyons que, dans la plupart des cas au moins, l'affection se manifeste sans qu'il soit possible ou besoin de lui assigner une cause contagieuse.

La tendance du sycosis à prendre la forme tuberculeuse est évidemment influencée par cette prédisposition particulière dont nous avons déjà parlé ; mais elle n'est pas essentiellement secondaire, et, dans quelques cas, elle est primitive, si l'on peut dire ainsi. Nous avons observé un certain nombre de faits qui prouvent que l'inflammation du conduit pilifère peut tout d'abord envahir toute l'étendue de cet organe, et que la maladie se manifeste alors à la fois sous le type pustuleux et sous le type tuberculeux. Mais il peut arriver aussi que l'inflammation attaque d'emblée la partie la plus profonde du follicule. Dans ce cas, elle réagit sur le tissu cellulaire ambiant, et l'on voit se manifester des nodosités tuberculeuses avant la formation de pustules. Il semble même que celles-ci deviennent à leur tour des phénomènes secondaires, produits sous l'influence de la phlegmasie agissant de dedans en dehors. Dans quelques cas, l'éruption a débuté par des pustules ; mais celles-ci ont passé très rapidement, et la maladie reste essentiellement et complétement tuberculeuse. Dans ces formes, toujours chroniques, on observe des phénomènes très curieux sous le rapport de la marche et de la terminaison des tubercules. En voici un exemple remarquable :

Obs. II. — *Sycosis tuberculeux, forme chronique, tubercules sans pustules, abcès intra-folliculaires, alopécie définitive.* — Le 21 novembre 1854, le nommé L... Louis, marchand de quatre sai-

---

se trouvent en position de sauver de l'eau, de l'incendie, quelque malheureux en péril. »

Ne voyez-vous pas comme moi, monsieur le Rédacteur, quelle serait la part des médecins dans cet ordre nouveau du dévouement? Ne serait-il pas le complément des deux autres institutions, la médaille militaire et la croix de la Légion d'honneur? Les deux dernières épidémies ont fourni l'occasion à un grand nombre d'entre nous de mériter des médailles de bronze, d'argent, d'or. Ne serait-ce pas honorable pour nous d'appartenir à un ordre constitué comme le propose l'écrivain du journal?

Voilà l'idée, monsieur le Rédacteur ; à vous de la féconder.

Un Étudiant en médecine.

Nous la trouvons excellente, cette idée, et s'il ne lui fallait, pour devenir *féconde*, que les embrassements et les attentions de la Gazette hebdomadaire, nous serions sûr de la voir fructifier. *Vedremo.*

— Nous vous avons narré, cher confrère, avec une fidélité qui ne ressemble pas du tout à celle de Vertot, la *révolution* de l'Académie de médecine de Belgique. Nous vous avons montré les sourdes agitations (*cœcos instare tumultus*), les intrigues et les hostilités couvées dans l'ombre (*fraudemque et operta tumescere bella*), l'Académie violemment attaquée par deux de ses membres en plein Sénat, le ministre la menaçant de lui imposer une modification à ses règlements, la Compagnie en ébullition, son bureau se retirant en masse ; bref, un petit épisode de 89 (Gaz. hebd, n° 15, p. 249). L'affaire n'est pas terminée. L'ex-président de l'Académie, l'honorable M. Vleminckx, à qui en veulent surtout les meneurs, a demandé et obtenu un congé illimité, qui permettra à sa délicatesse de ne pas prendre part à des résolutions où il sera plus intéressé qu'aucun autre membre. De son côté, M. le ministre de l'intérieur a, le 25 avril dernier, adressé à l'Académie une dépêche dont la teneur est demeurée secrète, mais où la Compagnie était avertie de la suppression de l'indemnité présidentielle ; engagée à rendre obligatoire, par un article formel des statuts, le contrôle de l'administration financière par l'Académie ; appe-

sons, âgé de quarante-neuf ans; a été admis à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, pour se faire soigner d'une éruption occupant la barbe et qui s'est développée depuis une quinzaine de jours environ.

Cet homme jouit d'une bonne santé habituelle; il y a quatorze ans, il fut atteint pour la première fois d'une affection semblable à celle dont il est atteint et pour laquelle il a demandé son admission à l'hôpital Saint-Louis. Comme aujourd'hui elle était caractérisée par des tumeurs rouges et douloureuses, couvertes de boutons blancs qui donnaient lieu à la formation de croûtes épaisses et adhérentes. Admis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, il fut traité exclusivement par des cataplasmes et des bains de vapeur, et en sortit guéri après un séjour de trois mois. Depuis cette époque, l'affection n'a jamais reparu.

L'éruption dont il est atteint et qui occupe la barbe s'est développée, depuis une quinzaine de jours environ, sous l'influence, dit-il, de la contagion. Le malade insiste beaucoup sur cette cause, parce qu'il a été rasé immédiatement après une personne atteinte d'une éruption croûteuse de la barbe. Quoi qu'il en soit, c'est au bout de deux ou trois jours qu'il vit se développer au milieu du menton, quelques petits boutons blancs. Les jours suivants, l'éruption fit des progrès rapides; elle envahit successivement les joues et les régions sous-maxillaires, en présentant des nodosités considérables; il se décida à entrer à l'hôpital. Aujourd'hui, 22 novembre, la maladie occupe toute la barbe à l'exception de la lèvre supérieure; elle est constituée par un nombre considérable de nodosités rouges et douloureuses au toucher, accompagnées d'élancements très vifs, d'une tension pénible, d'une gêne considérable dans les mouvements de la mâchoire. Ces nodosités qui déforment par leur réunion, l'harmonie des traits du visage, offrent un volume variable, mais qui égale généralement celui d'un pois. Elles sont surmontées de petites pustules situées à la base des poils qui en traversent la partie centrale. Sur quelques points, les pustules plus anciennes sont converties en croûtes grisâtres, adhérentes.

Prescription : Tisane de chicorée sauvage, cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve; deux portions.

Ce traitement fut continué avec persévérance pendant trois mois. Au bout de ce temps, l'éruption avait beaucoup diminué d'étendue, mais surtout elle avait subi des modifications dans sa marche, dans son mode de développement. Voici d'ailleurs l'analyse des phénomènes que nous avons observés et qui est le résumé exact des détails minutieux que nous avons recueillis jour par jour, mais qu'il est inutile de rapporter *in extenso*.

Dans les premiers temps, les nodosités se développaient d'abord sur un point quelconque de la région de la barbe, puis, après quelques jours d'existence, elles étaient surmontées de pustules qui se desséchaient, se renouvelaient par poussées successives et irrégulières. Peu à peu, les pustules ont fait défaut, c'est-à-dire que sur un point quelconque on voyait se dessiner en relief une nodosité qui devenait rouge, douloureuse et, après quelques jours, le siége d'une inflammation intérieure très vive, car autour du poil du follicule attaqué s'établissait, sans pustule préalable, une petite exulcération d'où s'écoulait une matière sanguinolente mêlée à un peu de pus. Alors, tous les phénomènes inflammatoires étant calmés, la nodosité s'affaissait, disparaissait graduellement, pour se reproduire plus tard, à des époques indéterminées, avec les mêmes caractères, suivre la même marche, jusqu'à ce que le poil tombant, il se formait une cicatrice linéaire, avec oblitération du follicule et alopécie définitive.

Telle a été la marche de cette affection, véritable inflammation phlegmoneuse de l'appareil pilifère, se terminant par un abcès intra-folliculaire.

Mars 1855. Pendant deux mois, le malade est soumis à l'usage des pilules asiatiques et des douches de vapeur.

1er mai. Le nombre des nodosités est très restreint et limité presque exclusivement au niveau des angles de la mâchoire; elles sont moins volumineuses et dépassent rarement la grosseur d'un petit pois. On applique un vésicatoire volant sur les nodosités de la joue droite. Une amélioration immédiate en est le résultat; en effet, au bout de quelques jours, les nodosités disparaissent, les unes par résolution, les autres par le travail de suppuration ordinaire qui se trouve ainsi activé.

On cesse l'usage des pilules asiatiques.

15 mai. Ce succès encourage à en appliquer un second sur les nodosités du côté gauche. Même résultat.

Depuis cette époque, les tumeurs sont isolées, de moins en moins volumineuses; elles se développent principalement sur le côté gauche de la barbe, ne présentent pas de pustules. Douloureuses au début, elles deviennent au bout de deux ou trois jours, le siége d'un travail de suppuration qui se fait jour par une petite ulcération toujours située à la base du poil. Cette ulcération livre passage à une quantité plus ou moins considérable de matière purulente striée de sang; la tumeur s'affaisse et si le bulbe pileux a été détruit, le follicule est oblitéré ou, dans le cas contraire, la tumeur se reproduit plusieurs fois à la même place comme nous avons pu l'observer, jusqu'à ce qu'il en résulte une alopécie définitive. Toutefois cette récidive sur place n'est pas constante, car l'éruption qui a envahi toute la barbe aurait déjà entraîné une alopécie générale. Le plus souvent, au contraire, la résolution des nodosités s'est effectuée sans destruction du bulbe pileux, et les poils ne sont même pas tombés ou bien l'alopécie n'a été que passagère.

1er septembre. Toute trace de nodosité a disparu; la peau est à peine rosée; çà et là, au milieu de la barbe, on voit de petites cicatrices linéaires blanchâtres, correspondant à l'oblitération de un, deux où trois follicules pileux tout au plus. Cette alopécie partielle et isolée n'est réellement pas sensible; il faut examiner la barbe de bien près pour reconnaître les traces de cette éruption. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les poils repoussent blancs sur toute la partie de la barbe qui a été le siége des nodosités tubercu-

---

lée, enfin, à appréeier le fait de la démission du bureau. Tout aussitôt, une commission a été nommée pour présenter un projet de réponse à la dépêche ministérielle; et le rapport ne s'est pas fait attendre, car il a été présenté le 24 mai (1). Ce travail habile sauvegarde pleinement la dignité de l'Académie, ne s'oppose à rien de ee qui peut contribuer à mettre à nu son administration financière, dédaigne l'indemnité présidentielle tout en en maintenant la eonvenance et la justice, insiste plus que jamais sur le principe de la rééligibilité présidentielle, que le ministre, d'ailleurs, n'avait pas précisément eontesté, et fait toueher du doigt, en termes fort durs, les menées étroites et rancunières par lesquelles on a cherehé à tromper l'opinion publique. « Ce qui nous étonne et nous afflige, dit le rapport, c'est que l'exercice d'un droit (droit de demander la révision des statuts), par le caractère passionné et de pure personnalité que M. Seutin lui a imprimé, et par l'interprétation erronée des faits, soit devenu, au sein de l'Académie, la cause d'une agitation déplorable qui a duré pendant plusieurs séances, et que, *vaincu dans la lutte académique et forcé au silence*, notre eollègue n'ait pas reculé devant l'*énormité* de transporter ses *rancunes* au Sénat, où ses accusés ne pouvaient lui répondre. Dans cette auguste assemblée, l'Académie a été par lui déconsidérée; des hommes honorables, chargés d'une haute et noble mission, ont été en butte à des *avanies;* il n'est aucun fait qui n'y ait été *étrangement exagéré* ou présenté sous un jour *complétement faux.*» Mais le rapport n'est que de l'eau rose, si nous sommes bien informé, auprès de la discussion à laquelle il a donné lieu. Le pauvre sénateur y a été tancé, bourré, secoué, honni sans ménagement ni commisération. Un membre connu par la droiture de son earactère et l'aménité de ses formes, M. Lebeau (pourquoi ne pas le nommer ?), et un autre membre d'allures plus vives, M. Didot, se sont distingués dans ce combat de la dignité offensée contre des attaques injurieuses, obliquement lancées d'un lieu où la réplique ne pouvait entrer. Pénible, mais juste punition d'une con-

(1) La commission était composée de MM. Bellefroid, Broeckx, Craninx, Davreux et Mareska, *rapporteur*.

leuses ; sur les points qui ont été respectés ainsi qu'à la lèvre supérieure, ils conservent leur couleur normale qui est d'un châtain foncé.

Cette altération de la nutrition du poil ne reconnaît sans doute pas d'autre cause que la persistance de l'inflammation tuberculeuse, puisque le même phénomène se produit dans le favus où il n'est pas rare de voir des cheveux repousser complétement décolorés.

30 octobre. Il y a deux mois que toute trace de l'éruption a disparu ; la guérison est donc certaine ; les poils restent toujours blancs. Le malade quitte l'hôpital.

Comme on le voit, l'éruption a débuté ici par des pustules. Mais, quand la maladie eut revêtu le type chronique, alors une observation assidue nous a permis de constater que l'inflammation sycosique se traduisait tout d'abord, sur des points jusqu'alors inoccupés, par des nodosités qui, elles-mêmes, se recouvraient secondairement de pustules ou restaient à leur état primitif.

L'observation qui précède doit servir aussi à jeter quelque lumière sur deux points importants de l'histoire du sycosis, sur le caractère phlegmoneux de ses tubercules, sur l'alopécie qu'il détermine.

Sycosis phlegmoneux. — Samuel Plumbe avait exprimé l'opinion que les nodosités tuberculeuses de la mentagre étaient essentiellement phlegmoneuses. Willan et, après lui, Biett et M. Cazenave ont rejeté cette opinion. Ils ont eu raison pour la plupart des cas ; mais il nous semble résulter des faits observés que le caractère assigné par Samuel Plumbe au sycosis serait vrai dans un certain nombre de cas et qu'il constituerait même un phénomène très curieux de l'affection sycosique.

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des abcès sous-cutanés qui compliquent certains états très inflammatoires du sycosis. Il s'agit d'un caractère phlegmoneux exceptionnel si l'on veut, mais inhérent aux nodosités tuberculeuses elles-mêmes et offrant cela de particulier, que celles-ci, comme dans l'exemple précédent, se vident par l'orifice même du follicule pileux, circonstance qui spécifie parfaitement et la nature et le siége de ce symptôme.

En effet, quand la tumeur sycosique abcède, on voit sortir par l'orifice pileux une certaine quantité de pus, strié de sang. Puis il y a affaissement du tubercule, comme s'il s'était vidé. Ce qui prouve encore mieux que le phlegmon est ici un symptôme essentiel, c'est que l'on peut voir, au bout d'un certain temps, la tumeur se reproduire de nouveau, pour présenter les mêmes phénomènes de marche, de terminaison et se conduire ainsi plusieurs fois de suite. Dans ce cas, on peut facilement apprécier, à l'orifice du follicule, une véritable exulcération. Il semble qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le favus. Quand les tubercules phlegmoneux se sont ainsi reformés et vidés un certain nombre de fois, l'exulcération persistante du follicule amène une cicatrice et, par suite, l'oblitération du conduit. Il en résulte, à la longue, l'atrophie du bulbe, s'il n'a pas été déjà détruit par le travail de suppuration, et une alopécie définitive.

Quoi qu'il en soit, l'observation précédente nous semble établir que les tumeurs sycosiques peuvent constituer, au moins exceptionnellement, des phlegmons essentiels dont toutes les phases d'évolution s'accomplissent dans le follicule pileux lui-même. Ce caractère n'est pas toujours aussi appréciable et les conditions dans lesquelles il se produit sont assez douteuses pour légitimer l'opinion de Willan et de Biett. Ainsi on voit souvent la suppuration intérieure des tubercules s'établir et se faire jour au dehors sans qu'il soit possible d'apprécier son passage à travers le follicule. C'est ce que l'on remarque dans le fait suivant :

Obs. III. — *Sycosis tuberculeux. — Alopécie. — Quelques tubercules seulement deviennent le siége d'une suppuration intérieure.* — Le 1er avril 1856, le nommé P... Jean-Jacques, âgé de vingt-neuf ans, journalier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave. Ce jeune homme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau blanche et molle, les cheveux blonds, est atteint d'une éruption qui occupe la barbe et qui présente les caractères suivants : à droite et à gauche, sur la partie médiane de la barbe, existe une nodosité d'un rouge terne, plus grosse qu'un pois, formant une saillie diffuse, mal circonscrite et donnant, au toucher, la sensation d'une fluctuation évidente. Ces nodosités sont à peine douloureuses ; elles sont complétement dénudées ; elles ont commencé à se développer, il y a trois mois environ, celle de droite d'abord ; peu de temps après, dit le malade, elles se sont recouvertes de petits boutons blancs qui se desséchaient en quelques jours pour se reproduire de nouveau, à des intervalles irréguliers. Pendant les premières semaines il ne cessa point de se faire raser, bien que chaque fois il en résultât pour lui une douleur plus vive. Mais à mesure que la nodosité augmentait en volume, ce qui arrivait insensiblement, les boutons blancs n'ont plus reparu et les poils qui recouvraient ces nodosités à leur début, sont tombés.

Enfin, trois semaines environ après le développement des premières tumeurs, l'affection a envahi le menton ; mais là, les nodosités sont nombreuses et confluentes ; de plus elles ne paraissent pas devoir tendre à la terminaison par suppuration intérieure,

---

duite dont il n'y a peut-être pas d'autre exemple dans les corps savants. Et pour rendre les représailles plus pénibles encore, il n'y a pas eu, dans cette séance, assez d'éloges et de remerciements pour le bureau démissionnaire.

En résumé, l'Académie abandonne, comme elle l'a toujours fait, au gouvernement le soin de décider si les fonctions de président seront ou non honorifiques ; elle propose d'introduire dans son règlement une disposition en vertu de laquelle une commission de trois membres élus annuellement vérifierait les comptes du trésorier et ferait un rapport à l'assemblée, tant sur la question financière que sur l'état des objets appartenant à l'Académie ; elle continuera à réélire son président aussi souvent qu'elle le jugera convenable à ses intérêts. Quant à d'autres modifications, soit aux statuts, soit aux règlements, elle n'entend pas s'en occuper *hic et nunc*, et se réserve d'en délibérer en temps et lieu.

— Nous vous quittons, cher et honoré confrère, pour nous rendre au *banquet des internes*, vous savez, cette fête de la jeunesse et du travail dont nous vous avons envoyé, l'an passé, une description *régalante*, à défaut de quelque chose de mieux. Nous avons bien envie de vous décrire incontinent celle qui aura lieu tout à l'heure. On n'y rira pas, on n'y criera pas, on n'y chantera pas ; on y sera morose, taciturne, hypochondriaque, lypémaniaque et lycanthrope ; on mangera peu, on ne boira pas du tout, et l'on ira se coucher à neuf heures. Jugez un peu de la perversité des goûts de votre Gazette, qui va endosser pour cette soirée ce qu'elle a de plus beau.

En attendant le plaisir de vous y voir quelque jour, nous sommes, etc.

A. Dechambre.

— Un pluviomètre a permis de constater, à Colmar, que, du 27 avril à la fin de mai, c'est-à-dire dans l'espace d'un mois et quelques jours, il était tombé 190 millimètres d'eau. C'est le tiers environ de ce qui tombe en moyenne par année.

comme les tubercules des joues. Elles sont saillantes, hémisphériques, aplaties au sommet, rénitentes au toucher et couvertes d'une couche épaisse de croûtes d'un jaune ambré, peu adhérentes et déjà détachées de la surface des tubercules par la pousse de la barbe qui n'a pas encore subi d'altération.

Le diagnostic de cette affection ne saurait être douteux : c'est un sycosis tuberculeux dont quelques tubercules présentent cette terminaison intérieure par suppuration que Samuel Plumbe croyait être la règle, et dont les autres, au contraire, et c'est le plus grand nombre, au lieu de marcher vers la formation d'un abcès, ont été compliqués d'une éruption impétigineuse.

Prescription. — Tisane de chicorée sauvage ; cataplasmes matin et soir. Bain de vapeur. Cinq portions.

6 avril. — Les nodosités fluctuantes des joues se sont ouvertes naturellement et ont donné issue à une quantité assez abondante de suppuration striée de sang. Comme elles étaient dénudées, lisses à la surface, sans trace apparente de l'orifice des conduits pilifères, il est difficile d'assigner le siége précis de la collection purulente. S'est-elle formée dans l'appareil pilifère, ou bien dans le tissu cellulaire ambiant ? Dans le premier cas, elle serait la terminaison par suppuration d'une phlegmasie de l'appareil pilifère ; dans le second, elle n'en serait qu'une complication, c'est-à-dire un abcès sous-cutané consécutif à un sycosis aigu. Quoi qu'il en soit, n'est-ce pas à de tels faits qu'il faut rapporter l'opinion de Samuel Plumbe qu'une matière purulente est contenue au centre de chaque tubercule ?

Les croûtes qui recouvraient les tubercules du menton sont tombées, entraînant tous les poils ; en sorte que les nodosités s'élèvent du milieu de la barbe ambiante et restée intacte, comme des masses charnues, d'un rouge pâle, rénitentes et bien diminuées de volume. Même traitement.

16 avril. — La nodosité gauche s'est vidée d'une notable quantité de matière puro-sanguinolente, par trois points blanchâtres qui avaient paru la veille comme des pustules sous-cutanées. Était-ce l'orifice des follicules pileux, ou trois ouvertures ulcératives ? Quoi qu'il en soit, la nodosité est affaissée, l'engorgement qu'elle forme est très circonscrit et plus rénitent. La nodosité placée sur la joue droite, ainsi que les tubercules du menton, ont beaucoup diminué de volume, mais sans suppuration ni suintement.

22. — L'amélioration a fait de nouveaux progrès. Les nodosités sont de niveau avec la peau. La guérison est prochaine. Le malade demande à quitter l'hôpital.

Souvent aussi les tumeurs sycosiques se comportent comme de véritables abcès sous-cutanés, qu'il devient nécessaire d'ouvrir pour hâter la terminaison de la maladie. En voici un exemple :

Obs. IV. — *Sycosis tuberculeux aigu. — Abcès consécutif extra-folliculaire.* — Le 28 juin 1854, le nommé B... Victor, âgé de trente ans, terrassier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, pour se faire traiter d'une éruption qui occupe la barbe et qui a débuté depuis quelques semaines seulement.

Ce jeune homme est d'une constitution vigoureuse ; il a la barbe bien fournie, d'un brun châtain. Il y a six semaines environ, il quittait l'hôpital Saint-Louis où son admission avait eu lieu dans un autre service, cinq mois auparavant, pour une éruption syphilitique dont il porte des cicatrices indélébiles principalement aux membres et sur le dos. Quinze jours avant sa sortie, il vit survenir au menton, après avoir été rasé par le barbier de l'hôpital, une éruption sèche, farineuse qui fut diagnostiquée herpès par le médecin du service et touchée avec un pinceau imbibé d'une solution de sublimé. Rentré chez lui, il fit usage d'une pommade camphrée et d'autres topiques plus irritants encore que lui vendit un charlatan. Dès ce moment il éprouva des douleurs cuisantes avec élancements, chaleur, et bientôt après se montrèrent, au menton et dans la région sous-maxillaire, de petits boutons blancs ayant à leur base des noyaux indurés, rouges et douloureux ; l'éruption a toujours fait de nouveaux progrès.

Aujourd'hui 29 juin, nous constatons, dans les régions indiquées, des indurations saillantes, un peu aplaties, dont la largeur varie depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de deux francs, selon que les tubercules sont isolés ou bien réunis en plus ou moins grand nombre pour former des plaques qui, au premier abord, paraissent constituées par un seul tubercule. Tous ces tubercules sont rouges, durs et recouverts d'une couche très légère de squames furfuracées, entièrement sèches, derniers débris de la première éruption pustuleuse. C'est à peine si l'on trouve quatre ou cinq pustules intactes sur les points les plus saillants où les poils sont en même temps rares et dépourvus de vigueur. Ils laissent entre eux des intervalles où la peau et la barbe sont à l'état normal. Démangeaison légère, mais tension douloureuse assez vive.

Prescription. — Tisane amère. Cataplasmes. Bain simple. Cinq portions.

13 juillet. — La résolution des nodosités tuberculeuses s'est effectuée d'une manière assez rapide ; aujourd'hui elle est à peu près complète ; mais la place qu'elles occupaient est encore rosée et entièrement dégarnie de poils, ce qui constitue des îlots d'alopécie séparés au milieu de la barbe restée intacte. Toutefois une plaque indurée, située sous le menton, un peu à droite de la ligne médiane est devenue le siége d'une inflammation plus vive ; elle est grosse comme une aveline, glabre aussi, tendue, douloureuse ; le malade y éprouve un sentiment de pulsation intérieure. C'est un travail de suppuration qui s'effectue. En effet, deux jours après, une ponction faite avec la lancette donne issue à une quantité assez considérable de pus ; c'était un véritable abcès intra-cutané, terminaison de l'inflammation phlegmoneuse de l'appareil pilifère.

Tisane amère. Cataplasmes. Bain de vapeur.

19 août. — Le même traitement, continué avec persévérance depuis l'admission du malade, a produit un heureux résultat. Aujourd'hui la guérison est complète et les poils repoussent sur les divers points de la barbe où ils étaient tombés, à l'exception d'une place sur la partie droite de la région sous-maxillaire qui est encore le siége d'une induration peu marquée, souple, non douloureuse, ce qui indique une résolution prochaine ; c'était la place occupée par la nodosité devenue purulente. — Le malade quitte l'hôpital.

(*La fin prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Tumeurs mélaniques de la conjonctive.

La mélanose se développe assez souvent dans ou sous la conjonctive, soit en petits dépôts à la circonférence de la cornée, soit en une masse qui, en grossissant, devient pendante à la surface de l'œil. M. Travers rapporte l'observation d'une dame chez qui la cornée était cachée par une tumeur d'un pourpre noirâtre et faisant entre les paupières une saillie qui occasionnait une gêne et une difformité fort grandes. Elle paraissait lobulée, et ressemblait un peu à une grappe de raisin de Corinthe à grains d'inégale grosseur. M. Travers pratiqua l'extirpation de la moitié antérieure du globe de l'œil. L'examen de la tumeur démontra que la sclérotique était intacte, et que l'excroissance morbide, qui était appliquée contre la cornée et la sclérotique, auxquelles elle adhérait dans une petite étendue, devait son aspect lobulé à la dégénérescence de la conjonctive. On apercevait de minces bandes blanches, les seuls vestiges qui restassent de cette membrane, qui, sous la forme de cloisons, séparait les lobules les uns des autres à des distances irrégulières. La substance même de la tumeur était en partie solide, en partie pulpeuse,

d'une couleur noire, tachetée de blanc çà et là : son épaisseur était d'un demi-pouce (1).

M. Mackenzie, qui rapporte ce fait dans son *Traité des maladies de l'œil*, ajoute :

« Si M. Travers avait eu connaissance du siége superficiel de la tumeur, peut-être aurait-il pu essayer de l'extirper sans sacrifier aucune partie de l'œil. Dans l'explication dont il accompagne les deux figures qu'il a données de la tumeur, il dit que la première fois qu'il vit ce cas, il crut qu'il s'agissait d'un fongus naissant de l'iris ou de la choroïde, qui s'était porté au dehors en perforant la cornée. Le malade se rétablit rapidement, et le reste de l'œil s'affaissa. La couleur noire de la tumeur et sa consistance en partie pulpeuse ne permettent-elles pas de soupçonner qu'elle était de la nature de la mélanose? M. Travers rapporte que la surface de la cornée était inégale, et avait une teinte brunâtre, comme si elle commençait à être envahie par un travail de dégénérescence semblable à celui de la masse morbide. »

Voici une observation recueillie par nous à l'*Institut ophthalmique du Brabant*, et qui offre assez d'intérêt et d'analogie avec celle de Travers pour que nous croyions devoir l'en rapprocher. Elle figurera, du reste, dans notre traduction de l'ouvrage de M. Mackenzie, dont plusieurs fascicules ont déjà paru (2).

OBS. — Le 5 janvier 1853, Florent Cunier excise de l'œil droit d'un homme âgé d'environ cinquante ans une tumeur de forme irrégulière, molle, légèrement lobulée, implantée sur la moitié externe de la conjonctive bulbaire et recouvrant le tiers inférieur et externe de la cornée. La coloration de cette tumeur est d'un noir foncé comme la mélanose et offre par places des taches d'un rouge sale ; son étendue est de 5 à 6 millimètres en tous sens ; sa saillie au-dessus de la conjonctive de 4 millimètres environ. On maintient les paupières écartées à l'aide du spéculum à ressort ; puis Cunier saisit avec des pinces mousses la tumeur qui se déchire à la moindre traction : il parvient cependant à l'enlever entière à l'aide de plusieurs coups de ciseaux. On voit alors qu'elle n'adhérait point à la cornée, qu'elle ne faisait que la recouvrir, et que celle-ci avait conservé sa transparence. La totalité de la tumeur a été si bien enlevée, qu'on voit dans le lieu de son implantation la sclérotique à nu, d'un beau blanc et n'offrant aucune trace d'altération. Les vaisseaux de la conjonctive environnant la tumeur étant fort développés, il se fait un écoulement de sang abondant qu'on arrête à l'aide de lotions froides. Aucun pansement n'est appliqué : on se borne à prescrire au malade des applications d'eau froide. Aucun accident ne survint, et, après quelques jours d'un écoulement puriforme, le malade put sortir, la vision en bon état et l'œil n'offrant plus de traces apparentes de l'affection pour laquelle on avait opéré.

Examen de la tumeur. — Elle est constituée : 1° par une matière noire, molle, qui teint en couleur d'encre de Chine les parties qu'elle touche ; 2° par une substance rougeâtre, membraneuse, plus ou moins épaisse, ressemblant à la conjonctive hypertrophiée, et qui enveloppe à la manière d'un kyste la substance noire déjà décrite ; kyste dont elle constituerait la paroi antérieure, la postérieure, qui correspondait au point où a porté la section, n'existant plus. Au microscope, on constate ce qui suit : 1° Le suc qui s'écoule de la partie noire, et qui ressemble à une solution d'encre de Chine légèrement gommeuse, contient : *A* un grand nombre de petits granules arrondis de 0^{mm},0007, ayant un bord assez nettement accusé et le centre transparent ; *B* de gros grains de 0^{mm},005 à 0^{mm},007, à bords très arrêtés et noirs, avec le centre d'un noir plus clair et rouge-brunâtre ; *C* de grandes cellules arrondies, ayant jusqu'à 0^{mm},03, à circonférence noire et bien arrêtée, offrant la même teinte que les granules *B*. Ces cellules paraissent formées par une enveloppe renfermant un plus ou moins grand nombre des granules *B*, qu'on n'y aperçoit que fort confusément à cause de la teinte noire de la cellule. On voit de plus flotter dans ce liquide tous les éléments du tissu fibro-plastique (Lebert), à part les cellules mères. 2° Le tissu noir d'où provient ce suc est aussi gluant, mou, facile à déchirer, ne paraissant pas contenir de vaisseaux ; il présente, renfermés entre les mailles d'un tissu amorphe en certains points, offrant les caractères du tissu cellulaire dans d'autres, tous les éléments mélaniques et fibro-plastiques que nous venons de décrire. 3° Enfin, le tissu rougeâtre n'offre que du tissu cellulaire recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié et des vaisseaux sanguins. Ce tissu n'est évidemment que la conjonctive, au-dessous et dans l'épaisseur de laquelle s'est épanchée la mélanose.

Deux ans après, cet homme revint à l'Institut. Il avait alors une tumeur noirâtre, marronnée, occupant la face antérieure de l'œil, gênant surtout le malade par la saillie considérable qu'elle forme entre les paupières. En soulevant la tumeur, et en l'écartant un peu de côté, on voit qu'elle ne fait que recouvrir la cornée sans y adhérer. Elle prend encore naissance sur la moitié externe de la conjonctive comme la première tumeur qu'on a enlevée ; outre qu'elle est plus volumineuse, elle est d'une consistance plus ferme et se déchire moins facilement que la première fois. La cornée offre une teinte uniformément blanchâtre, et la vision se trouve complétement abolie. La santé générale du malade est excellente. La tumeur lui occasionne, ainsi que nous l'avons déjà dit, plutôt de la gêne que de la douleur (fig. 1re). La transparence de la cornée étant

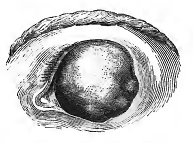


Fig. 1.

perdue et la tumeur paraissant de nature douteuse, M. Van Roosbroeck se résolut à pratiquer l'ablation de la moitié antérieure de l'œil. Les choses marchèrent très bien, le reste de l'œil s'affaissa, et au bout de trois semaines le malade put quitter l'Institut ophthalmique avec un moignon susceptible de recevoir un œil artificiel. Depuis, il est probable que la maladie n'a point reparu, car on n'a point revu cet homme à qui l'on avait soigneusement recommandé de venir se montrer aussitôt qu'il lui surviendrait quelque chose de nouveau à l'œil. La tumeur enlevée offre dans son plus grand diamètre 5 centimètres environ, une coupe faite suivant son épaisseur est de près de 2 centimètres, et enfin, bien qu'elle adhère intimement à la sclérotique et à la circonférence de la cornée, la dégénérescence n'a cependant encore envahi aucune de ces deux membranes (fig. 2, *b*, *c*). Au microscope, on retrouve les mêmes éléments que ceux décrits ci-dessus ; mais cette fois on peut constater que les grandes cellules arrondies de 0^{mm},03 sont des cellules cancéreuses infiltrées de mélanose ; on en aperçoit, avec tous leurs caractères distinctifs, des noyaux et des nucléoles volumineux,

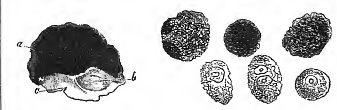


Fig. 2. — *a*, coupe de la tumeur. — *b*, cornée. — *c*, sclérotique.

Fig. 3.

(1) *Synopsis of the Diseases of the Eye*, pp. 102, 394. London, 1820.
(2) 2 vol. gr. in-8° avec figures. Paris, Victor Masson.

sans aucune trace de matière noire à l'intérieur, d'autres qui commencent à se remplir de matière noire, d'autres enfin qui en sont complétement remplies et ressemblent trait pour trait à celles qui avaient été observées la première fois, et dont on avait conservé le dessin (fig. 3).

Cette observation démontre que la mélanose et la matière cancéreuse peuvent s'épancher dans l'épaisseur de la conjonctive et rester longtemps confinées dans cette membrane sans envahir les autres tissus de l'œil; et aussi, que le conseil donné par M. Mackenzie de respecter l'œil en pareil cas, quand la vision est intacte, est bon à suivre. Dans le fait dont nous venons de rendre compte, la première opération a permis au malade de jouir de son œil pendant un an au moins, et il est probable que s'il eût consulté aussitôt sa réapparition, une nouvelle ablation lui aurait fait encore gagner du temps. La seconde fois, le désordre était trop étendu : il n'y avait plus à hésiter, il fallait sacrifier l'organe.

Nous avons vu à Londres, au mois de juin 1855, une femme qui avait été opérée en 1842, par M. White Cooper, d'une tumeur mélanique de la conjonctive, située sur l'union de la cornée et de la sclérotique au côté interne de l'œil. Cette tumeur, qui présentait les caractères microscopiques du tissu cancéreux, n'a cependant pas récidivé : l'opération n'a laissé aucune trace appréciable, et la vue est parfaitement conservée. Cette observation est relatée dans le numéro de décembre 1842 de *London Medical Gazette*.

E. Warlomont,
Membre de l'Académie de médecine de Belgique.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Degré isotherme et degré indifférent des bains.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro du 30 mai dernier, la Gazette hebdomadaire a publié une lettre de M. Kuhn, de Niederbronn, relative au degré isotherme et au degré indifférent des bains. Suivant cet honorable praticien, je n'aurais cité son nom que pour lui attribuer une expression impropre (isotherme), dont il récuse la paternité, tandis que je n'aurais pas fait mention de lui alors qu'il s'agissait de la différence d'action des bains, suivant qu'ils sont au-dessus ou au-dessous de cette limite.

La justification du mot isotherme (dont, au reste, je ne croyais pas être l'auteur), m'entraînerait dans de trop longs détails; aussi j'accepte, pour le moment, la critique que M. Kuhn en a faite. Je tiens seulement à prouver aujourd'hui que je n'ai nullement usurpé les droits de M. Kuhn, car personne plus que moi n'est l'ennemi du plagiat intellectuel.

Dans mon mémoire sur l'absorption et l'exhalation (*Archives de médecine*, février 1856), lorsque j'ai parlé du degré d'indifférence des bains, j'ai, « *avec M. Kuhn*, appelé ce degré *température normale du bain*. » La priorité de M. Kuhn n'était-elle pas ainsi manifestement indiquée? Je n'ai pas insisté, il est vrai, sur les expériences qui ont conduit cet observateur à cette nouvelle manière d'envisager la balnéologie, ni sur les déductions qu'il en a tirées; je ne faisais point l'historique de cette branche de l'hydrologie médicale, et en me servant des expressions de M. Kuhn, j'acceptais cette base comme un fait acquis à la science. Les droits de cet expérimentateur sont encore pleinement consacrés dans le compte rendu qui a paru dans la Gazette hebdomadaire; en effet, l'auteur de cet article dit, de la façon la plus explicite, que M. Kuhn « a, *le premier*, attiré l'attention sur ce sujet (le degré d'indifférence thermale) » (voir *Gazette hebdomadaire*, 25 avril 1856). Il en est de même du rapport lu à la Société d'hydrologie par M. Ossian Henry fils : « L'auteur de ces expériences, dit-il, a adopté comme terme de comparaison ce que M. Kuhn de Niederbronn a appelé limite thermique ou température normale du bain. » (Voir *Ann. de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. II, séance du 7 avril.)

D'après ces citations, il est donc facile de conclure, que non-seulement les droits de M. Kuhn à la priorité sont parfaitement établis, mais encore que, moi-même, dès le principe, j'ai reconnu à ce praticien l'honneur de cette nouvelle classification.

Agréez, etc., Frédéric Duriau.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

De l'art du dentiste, au point de vue de la pratique médicale.

Quand la lettre qu'on va lire nous a été remise par l'auteur, nous n'avons fait aucune difficulté de l'insérer jusqu'au paragraphe commençant par ces mots : « Vous connaissez aussi bien que moi. » Mais nous avons déclaré ne pouvoir accueillir les passages subséquents, qui, mettant en cause une personne étrangère au débat, et contenant à l'égard de cette personne une insinuation qui ne manque pas de gravité, dépassent manifestement les limites du droit de réponse. L'auteur en a appelé aux voies légales. Dans cette situation, nous avons cru devoir mettre le passage en question sous les yeux de la personne intéressée; et c'est après nous être assuré que ce passage lui était complétement indifférent, que nous le publions en entier. Nous répétons seulement à M. Godet ce que nous lui avons dit dans notre cabinet, que les paroles rappelées dans sa réponse n'avaient pas du tout le sens qu'il leur prête, et qu'il s'abuse étrangement en se croyant victime d'une conspiration. A. D.

Monsieur le Rédacteur,

« En ouvrant le numéro 20 de la Gazette hebdomadaire, j'ai vu que le chapitre *Bibliographie* était consacré à l'analyse de ma thèse. Je me félicitais de ce que mon travail avait obtenu l'honneur d'un compte rendu dans un journal de l'importance du vôtre ; mais en lisant l'article, je n'ai pas tardé à m'apercevoir que j'avais compté prématurément sur la bienveillance de son auteur, et qu'il avait été guidé par un sentiment tout contraire.

M. Toirac avoue que « *ma thèse a obtenu un certain retentissement.* » Il n'hésite pas cependant à la ranger parmi *ces sortes de dissertations médicales, trop souvent sans portée, qui n'ont d'autre but que de satisfaire au programme imposé par la Faculté.* Après cette appréciation dédaigneuse des Thèses de Paris en général, il se prononce d'une manière tout aussi peu flatteuse sur la mienne en particulier. Encouragé par le jugement peut-être un peu trop favorable de mes examinateurs et de plusieurs médecins distingués qui ont eu la bonté de lire ma thèse, je me suis demandé si je devais accepter en toute humilité les superbes admonestations de M. Toirac. Voyons donc si elles sont bien méritées.

» Le premier reproche de M. Toirac, c'est que, suivant lui, je serais partisan de la transplantation des dents. Je lui ferai remarquer, d'abord, que je ne donne aucune appréciation de cette opération. Je l'ai mentionnée comme un fait curieux et qui prouve l'habileté des dentistes du siècle dernier à reconnaître chaque dent et la place qu'elle occupe par rapport au maxillaire. Il y a loin de là à conseiller l'opération. Je n'ai conseillé que la replantation d'une dent qui aurait été arrachée par mégarde.

» Je condamne à tout jamais la clef de Garengeot : ceci est vrai, et M. Toirac ne doit pas m'en faire un crime, puisqu'il reconnaît que cet instrument *est loin d'être parfait*, et qu'il y en a de meilleurs. Telle est la clef modifiée par Delabarre, et mieux encore celle de Duval, améliorée par M. Delestre; petit perfectionnement que M. Toirac semble ne pas connaître. Du reste, en Angleterre, sur cent dentistes, quatre-vingt-quinze au moins ont abandonné la clef de Garengeot, et aux États-Unis, où l'art du dentiste a fait de si grands progrès, cet instrument est remplacé depuis longtemps par des daviers d'un modèle fort ingénieux, dont j'ai pu admirer les bons effets entre les mains de MM. Fowler et Preterre.

» M. Toirac suppose que *je n'ai jamais pris la peine de passer chez un dentiste ayant le droit d'exercer avec le titre de docteur ou d'officier*

de santé, pour m'enquérir de ce que les ouvriers savaient du diagnostic différentiel des dents.

» Il est vrai que je no suis pas allé chez lui ; mais je n'ignorais pas pour cela les connaissances des ouvriers mécaniciens en pareille matière, et c'est justement parce que ces connaissances, que je trouvais très utiles, étaient transmises par la routine parmi des hommes qui ne s'en servent que pour fabriquer des dentiers artificiels ou monter des mâchoires de squelettes, que j'ai cherché à les faire passer, au moyen d'une description méthodique, dans le domaine de la science médicale. Mes juges et les médecins éclairés qui ont bien voulu lire ma thèse ont reconnu quelque utilité à cette partie de mon travail, et je crois être le premier qui ait donné cette description complète, sans avoir omis cependant de citer les auteurs qui ont paru s'en être occupés avant moi. Il m'a semblé d'autant plus nécessaire de faire le diagnostic différentiel des dents, que *les dentistes proprement dits* ne font dans leurs livres que copier les anatomistes même dans leurs erreurs, ainsi que je le signale à la page 25 et à la page 62 de ma thèse.

» Les points de détail dont parle M. Toirac, relativement aux incisives et à la dent de sagesse, ne m'ont pas échappé, comme on peut le voir aux pages 33, 34, 35 et 46 de ma dissertation. M. Toirac s'évertue ensuite à trouver dans ma thèse des omissions importantes; il ne peut surtout me pardonner de n'avoir pas cité certaine thèse sur les dents (Paris, 1823) ; certain petit mémoire sur les dents de sagesse (1836) ; certain article de la *Gazette des hôpitaux* (11e année) ; crime impardonnable, en effet, car il s'agit ici de toutes les œuvres de M. Toirac.

» Après avoir énuméré ces graves omissions, M. Toirac termine en disant : *Il me semble que tout cela devrait nécessairement entrer dans un ouvrage ayant pour titre* : De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale.

» Je me bornerai à répondre qu'il ne s'agit pas d'un traité complet de l'art du dentiste, mais seulement d'une thèse ; et dans sa laborieuse argumentation, M. Toirac ne fait que répéter ce que j'ai dit moi-même à la page 65, où, comme il a dû le voir, j'ai indiqué formellement que je ne donnais que la première partie de mon travail, me réservant de publier le reste plus tard. Or, M. Toirac trouvant peu à critiquer sur ce que j'ai donné et qu'il connaît, fait porter ses désidérata sur la partie qui me reste à publier. J'ai en manuscrit, ainsi que je l'ai montré à mes juges, tout ce qu'il prétend regretter de ne pas trouver dans ma dissertation. C'est donc mal à propos que M. Toirac vient se citer lui-même.

» M. Toirac se résume dans les lignes suivantes : Cette thèse est l'enfant d'un père jeune et sans expérience. Plus tard, quand la pratique viendra lui enseigner ce que bien d'autres savent déjà depuis longtemps, M. Godet, revenu d'une erreur du jeune âge, restera tout étonné de ne pas reconnaître sa propre progéniture.

» Dans ce qui précédait je voyais déjà beaucoup plus que de la sévérité : ici les sentiments de l'auteur se montrent d'une manière si claire, qu'il me serait facile de les qualifier, si les mots qui leur conviennent ne répugnaient à ma plume. Je me bornerai à faire observer à M. Toirac que, si ma thèse était un enfant destiné à être renié plus tard, j'ai de la peine à comprendre pourquoi il lui a consacré un article de trois colonnes. Je comprends encore plus difficilement que des considérations anatomiques basées sur l'observation de pièces nombreuses puissent constituer une erreur du jeune âge. Si M. Toirac *n'avait eu à me reprocher que ma jeunesse et mon inexpérience*, il est probable qu'il n'aurait pas pris la plume ; car il se serait bien vite aperçu qu'il commettait un pléonasme ridicule. Il est clair, en effet, que l'inexpérience et la jeunesse sont l'apanage de tous ceux qui quittent les bancs de l'école pour entrer dans la pratique médicale ; mais il se trouve que M. Toirac exerce la profession de dentiste ; qu'il a publié, il y a quelque vingt ou trente ans, deux ou trois opuscules sur les dents, et que j'ai soutenu une thèse sur l'*art du dentiste au point de vue de la pratique medicale*, thèse où les susdits opuscules n'ont pas été mentionnés : *inde iræ*. Et ce qui augmente encore la mauvaise humeur de M. Toirac, c'est que, malgré cette lacune funeste, la Faculté, trop bienveillante, sans aucun doute, a bien voulu accorder à ma thèse la note : *Extrêmement satisfait*.

» A tout prendre, j'aurais peut être été excusable de ne pas connaître les quelques pages qui sont sorties de la plume de M. Toirac. Il y a, je gage, bien des honnêtes gens qui ne les ont point lues ; et vous-même, monsieur le rédacteur, qui vous tenez si exactement au courant de la science, vous pourriez être fort embarrassé si l'on vous posait cette question indiscrète : Connaissez-vous les travaux de M. Toirac? Dans l'espèce, pourtant, je ne puis faire valoir cette excuse ; car j'ai lu (cela ne m'a pas été bien long) les œuvres complètes de mon irritable critique, et, si je n'en ai pas parlé, c'est parce que je n'y ai rien trouvé qui valût la peine d'être mentionné.

» D'ailleurs, de peur qu'on ne veuille me croire, voilà un petit épisode qui prouve que je ne pouvais pas ignorer l'existence des travaux de M. Toirac. La chose est assez instructive pour que je vous la raconte en peu de mots.

» Vous connaissez aussi bien que moi, monsieur le rédacteur, les formalités qui précèdent la soutenance des thèses : le candidat choisit son président, lui porte son manuscrit, le lui laisse pendant quelques jours, pour qu'il le lise si bon lui semble, et qu'il le signe s'il n'y trouve rien de compromettant. Le manuscrit est ensuite porté à la Faculté, et de là chez l'imprimeur.

» Quelques jours avant de remplir ces formalités, et avant que j'eusse choisi mon président, un professeur bien connu me demanda quel était le sujet de ma thèse ; je le lui dis, et, encouragé par la bienveillance que j'avais cru voir dans ses paroles, j'allai le lendemain à l'hôpital lui présenter mon manuscrit et le prier d'être mon président.

» Avez-vous cité Toirac? me dit-il devant témoins. Et sur ma réponse négative et motivée, il ajouta : Relisez les travaux de Toirac et citez-les ; sinon, gare à vous : je vous éplucherai ferme (*sic*). Et ce disant, il me rendit mon manuscrit, pour y ajouter librement les citations demandées.

» Rentré chez moi, j'ai de nouveau lu, relu et médité, autant que cela se pouvait faire, les opuscules en question ; et n'y trouvant décidément rien dont il me fût, en conscience, possible de parler, je me rendis chez notre honorable professeur, M. Cruveilhier, qui voulut bien accepter la présidence, et qui me signa ma thèse sans condition.

» Vous savez le reste, et j'aime à croire, monsieur le rédacteur, que si vous aviez connu les détails qui précèdent, vous auriez attendu une autre occasion pour inscrire M. Toirac au nombre de vos collaborateurs ; car j'ai lieu de croire que c'est *la première fois* qu'une thèse de doctorat est l'objet d'une attaque de ce genre.

» Si M. Toirac a cru voir poindre en moi un futur rival, je puis le lui dire, il s'est trompé. S'il tenait à ce que je citasse ses œuvres, je viens d'en parler : il doit être satisfait.

» Agréez, etc. Dr Henri GODET. »

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

EMBRYOGÉNIE COMPARÉE. — *Note sur les développements primitifs. Formation de l'œuf. Vésicule ovigène et germinative. Condition primordiale de la duplicité monstrueuse*, par M. *Serres*. — Voici les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire : 1° L'œuf est le produit de la vésicule ovigène ; 2° la vésicule germinative est la première partie de l'œuf qui se développe ; 3° puis autour de la vésicule germinative apparaissent, en premier lieu, le cumulus prolifère et en second lieu le vitellus et sa membrane propre ; 4° chez les vertébrés, l'œuf se détache de la vésicule ovigène, et il se développe, ainsi que l'embryon, en dehors de l'influence de cette vésicule ; 5° chez les invertébrés, au contraire, la vésicule ovigène reste inhérente à l'œuf, et elle prend part à son développement ainsi qu'à celui de l'embryon ; 6° de la présence ou de l'absence de la vésicule ovigène, dans la composition de l'œuf des deux embranchements du règne animal, résultent des différences notables dans leur embryogénie comparée, différences que nous chercherons à apprécier plus tard ; 7° la vésicule germinative est, chez les vertébrés, l'élément fondamental de l'œuf et le radical de leur embryon ; le cumulus prolifère et le vitellus sont les satellites de cette vésicule primordiale ; 8° de l'unité ordinaire de la vésicule germinative dans la vésicule ovigène résultent l'unité du cumulus, l'unité du jaune et l'unité de l'embryon ; 9° de la pluralité des vésicules germinatives dans l'intérieur d'une même vésicule ovigène résulte à son tour la pluralité des cumulus et des vitellus ; il y a toujours autant de vitellus et de cumulus que de vésicules germinatives ; 10° qu'il y ait une ou plusieurs vésicules germinatives dans la même vésicule ovigène, les développements de l'œuf et de l'embryon s'opèrent toujours de la même manière, et d'après les mêmes règles : seulement, dans les cas de pluralité d'ovules dans une vésicule ovigène unique, l'étroitesse du champ de développement fait que les ovules s'associent pour accomplir leurs évolutions ; 11° enfin, dans ces derniers cas encore, la condition primordiale de l'association des ovules et des embryons a lieu, tantôt par la

réunion homœozygique des deux vitellus, tantôt par celle des deux allantoïdes, selon que la réunion s'opère par le plan supérieur au diaphragme, ou qu'elle s'effectue par le plan inférieur de cette cloison.

ZOOLOGIE. — *Considérations générales sur les classifications en histoire naturelle et exposé sommaire du plan de l'ichthyologie analytique*, par M. *Duméril*. L'auteur fait hommage à l'Académie de cet ouvrage et lui présente en même temps quelques observations générales sur la marche qui lui semble la plus convenable à suivre dans l'étude de l'histoire naturelle.

CHIMIE. — *Note sur la préparation et les propriétés de l'acide arsénique*, par M. *E. Kopp*. — L'auteur a expérimenté sur lui-même l'action de l'acide arsénique, et voici, en résumé, ce qu'il a observé: L'acide arsénique hydraté, appliqué sur la peau, y produit bientôt des ampoules, tout à fait semblables à des brûlures; les ulcères qui en sont résultés ont guéri sans la moindre difficulté. En laissant les mains fréquemment en contact avec une solution d'acide arsénique, assez étendue pour ne pas agir comme caustique, on reste assez longtemps sans rien ressentir. Peu à peu on éprouve, sous les ongles principalement, une sensation pénible qui finit par devenir franchement et fortement douloureuse; enfin il se déclare un gonflement considérable; les doigts doublent de volume, le gonflement s'étend graduellement à la main entière et même à l'avant-bras; en même temps se déclarent des mouvements fébriles. En usant de précautions et surtout en lavant fréquemment les mains dans de l'eau de chaux, ces symptômes disparaissent rapidement. L'auteur a constaté la présence de l'arsenic dans les excrétions liquides et solides. Du reste, il n'a éprouvé aucune altération de la santé générale; seulement, dans les deux mois pendant lesquels il maniait presque journellement l'acide arsénique, il observa une augmentation du poids du corps de près de 10 kilogrammes. Ayant cessé de s'occuper de cet acide, au bout de neuf à dix semaines, le corps est revenu au poids ordinaire de 75 kilogrammes. (*Comm.:* MM. Chevreul, Dumas.)

TÉRATOLOGIE. — *Note sur un monstre exencéphalien*, par M. *E. Gintrac* (Extrait par l'auteur). Le fœtus qui fait le sujet de cette note était du sexe masculin, et né à terme à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux, à la suite d'un accouchement laborieux. Il présentait une dépression considérable de la voûte du crâne, et une tumeur volumineuse, aplatie et allongée, sur le côté droit du cou, s'étendant sur le même côté du thorax, en soulevant le scapulum. L'examen anatomique de cette éminence anormale a fait reconnaître qu'elle était due à la présence d'une partie du cerveau dont les circonvolutions et la texture étaient parfaitement reconnaissables. Les côtes, les muscles intercostaux étaient recouverts par cette couche épaisse de substance cérébrale qui s'enfonçait profondément dans la région cervicale. Là, un intervalle de 1 à 2 centimètres séparait la troisième vertèbre de la quatrième; les deux artères vertébrales étaient conservées. La droite marchait au milieu de la matière cérébrale. Les nerfs cervicaux qui concouraient à la formation du plexus brachial étaient très distincts. Dans l'intervalle des troisième et quatrième vertèbre du cou se voyaient la moelle épinière, et à son extrémité supérieure, un renflement manifeste où il était possible de distinguer le bulbe, le mésocéphale et les rudiments du cervelet.

Le crâne et les trois premières vertèbres cervicales ayant été divisés sur la ligne médiane, il devint évident qu'une portion de l'encéphale avait conservé sa position normale: c'était l'hémisphère gauche du cerveau. Le déplacement d'une portion considérable de cet organe, mentionné dans cette note, n'a pu être attribué à des violences extérieures. Les téguments et le tissu cellulaire ne portaient l'empreinte d'aucune lésion. La conservation des vaisseaux du cou, l'absence de tout épanchement sanguin profond, prouvent bien qu'il ne s'agissait que d'une aberration congénitale. J'ai donné à ce monstre le nom de pleurencéphale (πλευρα, côte, πλευρας, de côté). C'est un genre nouveau dont ce fait donne le premier exemple. (*Comm.:* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Rayer.)

ANATOMIE. — M. *Jobard*, de Bruxelles, rappelle, à l'occasion d'une communication récente de M. *Rougel*, sur l'*appareil d'adaptation de l'œil des vertébrés*, qu'il a lui-même, dans une note lue à l'Académie le 18 juin 1855, fait pressentir la nécessité d'appareils servant à produire ce qu'il désignait sous le nom *de la mise au point de l'œil*. M. *Jobard* soupçonne que l'œil est muni de divers appareils qui le rendent propre à la vision distincte de loin comme de près; depuis longtemps même il a émis l'idée que les muscles moteurs de l'œil pouvaient contribuer à produire cet effet, n'ayant pas seulement pour fonction de changer la direction de l'organe, mais agissant aussi de manière à le modifier dans sa forme.

MÉDECINE. — *Sur le typhus de Crimée; lettre de M. Baudens à M. le président de l'Académie. Examen sommaire de l'identité et de la non-identité de la fièvre typhoïde et du typhus.*

Etiologie. — On s'accorde généralement à reconnaître que la fièvre typhoïde et le typhus ont pour cause le miasme organique. C'est incontestable, au moins pour le typhus: il est engendré par la misère, par l'accumulation, par l'encombrement dans les prisons, dans les navires, dans les camps, dans les hôpitaux. On pourrait le faire naître et mourir à volonté. Il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde, ni des maladies épidémiques, telles que le choléra, qui, quoi qu'on fasse, apparaissent fatalement et disparaissent sans qu'on sache pourquoi. Une fois né spontanément sous l'empire des causes précitées, le typhus se propage ensuite par infection. La contagion, encore mise en doute pour la fièvre typhoïde, n'est pas contestable pour le typhus. A l'ambulance de la 1re division du 3e corps, presque tout le personnel hospitalier, presque tous les soldats entrés pour d'autres maladies et quinze médecins sur seize ont eu le typhus. Entre la Crimée et Constantinople, 37 médecins, 20 sœurs de charité, 8 aumôniers, des centaines d'infirmiers, tous pleins de santé, sont morts empoisonnés au souffle des malades typhiques.

La différence entre le typhus et les maladies épidémiques ordinaires, c'est que celles-ci n'ont qu'une durée passagère dépendante de l'action et de l'état atmosphériques, tandis que le typhus dure tant qu'on ne s'est pas rendu maître de l'infection.

Marche. — Le typhus de Crimée a offert une marche moins uniforme et moins régulière que le typhus d'ailleurs si bien décrit par Hildenbrandt. L'irrégularité du typhus de Crimée tient à diverses causes, parmi lesquelles il faut noter en première ligne: le scorbut, la dysentérie, les fièvres intermittentes dues surtout aux marais de la vallée de la Tchernaïa.

L'état prodromal: lassitude, sommeil non réparateur, douleurs lombaires, horripilations, tension douloureuse de la tête, vertiges, si commun dans la fièvre typhoïde a souvent manqué dans le typhus. Le typhus, assez souvent, débute d'emblée par un frisson initial et par la période inflammatoire, marquée par un état catarrhal, plus ou moins prononcé, des yeux, des fosses nasales et des bronches; par une forte céphalalgie frontale, vertigineuse, comme dans l'ivresse; par la stupeur, qui est le cachet du typhus; par un délire calme ou furieux; par une grande prostration des forces, par une soif intense et souvent par un état saburral des voies digestives. La peau brûlante se couvre après deux ou trois jours d'une éruption exanthémateuse qui n'a manqué que chez les sujets déjà épuisés par d'autres maladies et qui diffère essentiellement de celle de la fièvre typhoïde. Elle se montre au tronc et aux membres par groupes irréguliers de taches arrondies d'un rouge foncé sans relief, moins grandes qu'une lentille, ne disparaissant pas par la pression; sans pétéchies, sans sudamina, que je n'ai vus que trois ou quatre fois sur des milliers de malades.

Le ventre est souple, sans douleurs, sans météorisme, sans ce gargouillement dans la fosse iliaque droite, si caractéristique de la fièvre typhoïde.

La constipation a toujours remplacé le flux intestinal de la fièvre typhoïde quand la dysentérie n'existait pas déjà avant l'invasion du typhus.

La durée du typhus présente des caractères bien tranchés avec ceux de la fièvre typhoïde. La mort est survenue le troisième jour, souvent même le deuxième et quelquefois le premier.

Dans le retour à la santé on ne remarque pas, comme dans la fièvre typhoïde, la chute des cheveux.

La convalescence marche rapidement et non lentement comme dans la fièvre typhoïde ; les écarts de régime sont peu redoutables, parce qu'il y a absence de plaques, de lésion des follicules intestinaux et d'engorgement des glandes mésentériques dont la constance est un des principaux caractères de la fièvre typhoïde.

Les auteurs s'accordent sur la non-récidive de la fièvre typhoïde. Deux médecins, MM. *Lardy* et *Laval*, ont succombé au typhus, bien qu'ils eussent eu quatre ou cinq ans auparavant la fièvre typhoïde, dont on a pu retrouver les traces dans la cicatrice d'ulcères intestinaux. C'est encore là une preuve de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

Traitement. — Avant tout, de l'air pur sans cesse renouvelé. S'il y a menace de congestion cérébrale, préférer à une saignée générale, dont il faut être très sobre, quelques sangsues aux apophyses mastoïdes. S'il se manifeste des paroxysmes rémittents, les couper par quelques doses de sulfate de quinine pour rétablir la continuité de la fièvre. Au début du typhus, un émèto-cathartique est avantageux, quand surtout il existe de l'embarras gastro-intestinal ; boissons mucilagineuses ou acidulées et même eau vineuse. (*Comm.:* MM. Velpeau, Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements de l'Ardèche, de la Mayenne, de la Moselle, de la Marne, du Lot-et-Garonne et des Hautes-Alpes en 1855. — *b.* Un rapport final de M. le docteur *Dehée* (d'Arras) sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Havrincourt en 1855 et 1856. — *c.* Deux autres rapports du même médecin sur une épidémie de rougeole dans les communes de Cimoncourt et de Warlus au commencement de 1856. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Danvin*, de Saint-Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Leparcq en 1856 et 1856. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Les rapports de MM. les docteurs *Auzouy*, *Buissard*, *Chevallier*, *Biemont*, *Cavaroe*, *Taillhade*, *Loubier*, *Lafon*, *Marbotin*, *Bailly*, *Cornille*, *Boirot*, *Batbedat*, *Arrat-Balous* et *Massie* sur le service des eaux minérales de Cransac, Lamotte-les-Bains, Chaudesaigues, Vic-sur-Cère, Capvern, Propiac, Trébas, Saint-Amand, Bains, Cusset, Préhacq, Gamarde, Saint-Loubouer et Espérous, de Saint-Pierre, Bibí, Baignots, La Bagnère et Joannin, pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Orne et de la Gironde, et le rapport sur le concours de vaccine de l'année 1855 dans le département de la Gironde. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Un mémoire de M. le docteur *Monticelli*, de Naples, intitulé : « Recherches théorico-pratiques sur le traitement des anévrysmes par l'injection de perchlorure de fer. » (*Commission déjà nommée.*) — *b.* Un mémoire de M. *Chauveau*, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, sur la question glycogénique. (*Comm.:* MM. Longet, Bussy et Bouley.) — *c.* Le modèle et la description d'un appareil fumigatoire construit d'après les indications de M. le docteur *Edmond Langlebert*, par M. Mathieu, fabricant d'instruments. (*Comm.:* MM. Michel Lévy et Larrey.) — Plusieurs appareils électriques destinés à des applications médicales, par M. le docteur *Smith*. (*Comm.:* MM. Poiseuille, Soubeiran et Bouvier.) — Une lettre de M. *Adolphe Langlebert*, officier de santé à Paris, qui s'efforce de justifier son prétendu spécifique anticholérique, dont cependant il n'indique pas la composition. (On se rappelle que la demande adressée par M. Adolphe Langlebert au ministère a été l'objet d'un blâme de la part de l'Académie, et que ce blâme a donné lieu à une réclamation de M. le docteur Edmond Langlebert.)

— M. *Guérard* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, de la thèse inaugurale de M. *Grassi*, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, intitulée : *Étude comparative des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital de La Riboisière.* L'un de ces systèmes consiste à aspirer l'air vicié (méthode de M. Duvoir) ; l'autre à injecter de l'air neuf (méthode de MM. Thomas, Laurence et Grouvelle). L'auteur donne la préférence à ce dernier.

— M. *Bussy*, président, annonce que l'Académie souscrit pour une somme de 500 francs en faveur des inondés.

Lectures et Rapports.

EAUX MINÉRALES. — M. *O. Henry* lit, au nom de la commission des eaux minérales : — 1° *Un rapport sur l'eau de la fontaine de Marina*, près Saint-Dizier (Haute-Marne). Cette eau est essentiellement riche en fer ; mais l'analyse qui en a été faite dans le laboratoire de l'Académie n'a pu y faire découvrir le poids de 0gr,11 par litre annoncé dans l'analyse envoyée avec la lettre ministérielle. On y trouve aussi des carbonates de chaux et de magnésie, des sulfates de soude, de chaux, de magnésie et de potasse, des traces de manganèse, de silice, de brome, d'iode et de cuivre.

Avant d'accorder la concession demandée, la source devra être débarrassée de toutes matières étrangères. La commission propose de répondre qu'il y a lieu de surseoir à la demande de concession. (*Adopté.*)

— 2° *Un rapport sur les eaux d'Usson* (Ariége). On connaît dans le bourg d'Usson deux sources d'eaux minérales, toutes deux sulfureuses. Elles ont beaucoup d'analogie avec les eaux voisines de Carcannières et d'Escouloubre. Comme dans celles de la chaîne des Pyrénées, c'est le sulfure de sodium qui en est la base, associé au chlorure de sodium, aux sulfates, carbonates et silicates alcalins et terreux, et à quelques autres principes. La proportion de l'élément sulfureux s'est montrée variable, ce qu'il faut attribuer sans doute à un mode vicieux d'embouteillage et à la facile altérabilité des eaux sulfureuses.

La commission propose de répondre au ministre qu'une analyse de ces eaux devra être faite en grande partie aux sources mêmes. (*Adopté.*)

— 3° *Un rapport sur l'eau de Vrécourt* (Vosges). Elle est formée par un puits artésien débitant 22 litres à la minute. Elle est froide, limpide, sans odeur ; sa saveur est à peine sensible, un peu alcalescente, toutefois sans action marquée sur le papier réactif. Elle contient du sulfate de soude, du chlorure de sodium, du bicarbonate de soude, des bicarbonates de chaux et de magnésie, de l'arsenic en quantité appréciable, etc. Il y a entre cette eau et celle de Plombières une certaine analogie de composition. La commission est d'avis qu'avant d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, il faut qu'un captage définitif en ait assuré l'aménagement, et que des observations sérieuses aient établi nettement les propriétés médicales qu'on lui attribue. (*Adopté.*)

4° *Un rapport sur les eaux d'Aurensan* (Gers). Il résulte des premiers essais faits dans le laboratoire de l'Académie, que l'eau des sources d'Aurensan a quelque analogie avec celle des sources voisines d'Aulus, de Capvert, d'Encausse. Elle est limpide, sans odeur ni saveur sensibles. Sa température est de 17 degrés centigrades. En raison de ses propriétés médicales reconnues et de la création de l'établissement thermal qui s'y trouve, la commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation. (*Adopté.*)

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de *thérapeutique* et d'*histoire naturelle médicale*.

La section présente la liste suivante : En première ligne, M. *Bayle*; — en deuxième ligne, M. *Trousseau* ; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. *Pidoux* et *Durand-Fardel*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 74 et la majorité absolue 38,

M. *Trousseau* obtient	54 suffrages ;
M. *Bayle*,	18
M. *Durand-Fardel*,	1
Billet blanc,	1

M. *Trousseau* ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

EAUX AUX JAMBES ET VACCINE. — M. *Leblanc* lit un travail dans lequel il présente plusieurs objections aux idées émises par M. Bousquet dans l'avant-dernière séance, à propos de la communication de MM. Manoury et Pichot, relative à un cas de vaccine produite par le contact du liquide des *eaux aux jambes* d'un cheval.

« Ce fait, dit M. Leblanc, est si insolite qu'il ne faut négliger aucune des circonstances qui le constituent. M. Moreau a proposé de s'informer si le cheval, ferré par le nommé Brissot, était bien

atteint d'eaux aux jambes. Il serait plus intéressant de connaître dans quel état se trouvait l'affection au moment où le maréchal a été en rapport avec le cheval. En effet, cette maladie présente des phases nombreuses : y en aurait-il une dans laquelle existerait la propriété de produire la vaccine ? Est-ce ainsi qu'on devra expliquer la rareté de cette transmission ?

» A la première question je réponds négativement.

» A aucune période de leur évolution les eaux aux jambes n'ont, selon moi, la propriété de produire la vaccine. Les expériences faites par M. Bousquet en ma présence en sont la preuve. Elles n'ont produit que des résultats négatifs. Le liquide pris sur des chevaux atteints, dont la maladie était récente, n'a, dans aucun cas, produit d'éruption spéciale ni chez les enfants, ni chez les génisses auxquels M. Bousquet a essayé de l'inoculer. Un infirmier, qui pansait l'un des animaux malades eut au nez quelques boutons nullement spécifiques et tels que les palefreniers en ont souvent pour avoir soigné des chevaux atteints de maladies cutanées quelconques. Ce sont là les seules expériences d'inoculation : mais il existe des faits où la contagion accidentelle a été admise du cheval à l'homme. L'inoculation du cheval à la vache et au mouton a donné des résultats contradictoires, insuccès d'une part, et d'une autre résultats obtenus qui semblent confirmatifs de l'opinion de Jenner, à savoir que la vaccine se produit par l'inoculation des eaux aux jambes sur la vache.

» Hurtrel d'Arboval a rappelé un fait analogue à celui de MM. Manoury et Pichot ; mais il se demande si la vaccine ne provenait pas d'une autre source que des eaux aux jambes du cheval soigné par le cocher. Je ferai la même objection à l'occasion du fait de Brissot. Je remarque que les pustules n'ont commencé à se développer sur les deux mains de Brissot que douze jours après le contact suspect ; et cette incubation serait toute différente de celle de la vaccine. Puis Brissot a seulement ferré le cheval ; la personne qui maintenait le pied pendant le ferrage était bien plus exposée et n'a rien contracté. Que de fois ai-je vu des teneurs du pied avoir les mains, les pieds et les bras couverts du liquide d'eaux aux jambes ; et cependant jamais je n'ai constaté de cas de contagion chez ces hommes qui n'avaient probablement pas été tous vaccinés ou variolés.

» A ces faits de non-contagion, j'ajouterai comme preuve auxiliaire le raisonnement. Rien de plus dissemblable que les lésions, les symptômes, la marche et les causes des eaux aux jambes d'une part, de la vaccine d'une autre part. Puis les eaux aux jambes ne sont pas contagieuses du cheval au cheval? comment le seraient-elles du cheval à la vache et à l'homme ?

» Je ne puis donc partager l'opinion de M. Bousquet sur la portée du fait relaté par MM. Manoury et Pichot. L'inoculation directe est évidemment le seul moyen de résoudre la question en litige. Que l'on produise les eaux aux jambes chez un cheval en lui inoculant la vaccine, et je croirai à la production de la vaccine par les eaux aux jambes. Or on sait que jusqu'à présent l'inoculation de la vaccine au cheval n'a même pas produit la vaccine. »

Discussion.

M. *Bousquet* ne saurait se rendre aux raisons alléguées par M. Leblanc. Il persiste à croire que les eaux aux jambes peuvent produire la vaccine : c'était l'opinion de Jenner, celle de Coleman et de Sacco, qui rapportent quelques faits en faveur de cette généalogie du cowpox. Enfin l'observation du maréchal-ferrant Brissot paraît concluante à M. Bousquet. Il a inoculé d'ailleurs le virus recueilli sur Brissot à un grand nombre d'enfants, et chez tous il a vu se manifester une éruption locale qui était bien de la vaccine.

M. *Gibert* ne croit pas qu'on puisse conclure qu'une éruption est de la vaccine parce qu'elle ne se généralise pas. M. Bousquet sait mieux que personne qu'il y a des varioloïdes locales, et que d'ailleurs la variole inoculée n'a souvent produit des pustules que dans le lieu même de l'inoculation. Du reste, M. Gibert ne pense pas que les eaux aux jambes soient capables de donner naissance à la vaccine.

M. *Bouley* : M. Leblanc n'est pas convaincu que la vaccine procède des eaux aux jambes, parce qu'il n'a jamais vu que l'inoculation directe du cheval à l'homme de la matière morbifique ait quelquefois produit la vaccine : il ne croira que lorsque de nouvelles tentatives d'inoculation auront réussi. Mais M. Leblanc oublie donc qu'il y a des maladies qui sont contagieuses sans être inoculables ! Telles sont la morve et la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes. Les eaux aux jambes ne seraient-elles pas dans le même cas ? La péripneumonie contagieuse produit, quand on inocule le liquide du poumon malade, non pas une péripneumonie, mais une *tumeur* à laquelle on attribue, sans preuve certaine, le pouvoir de préserver des atteintes de la maladie. Qu'y aurait-il de si surprenant que les eaux aux jambes engendrassent chez l'homme une éruption spéciale de la peau, la vaccine, qui ne ressemble non plus en rien à l'affection du cheval dont elle tire son origine ?

M. *Bousquet* appuie le raisonnement de M. Bouley. Il voit dans le cowpox et l'éruption vaccinale une nouvelle preuve des transformations que peuvent subir les maladies en passant des animaux à l'homme.

M. *Leblanc* assure qu'il a vu un grand nombre de gens plonger leurs mains ou leurs bras nus dans la matière des eaux aux jambes sans qu'il soit survenu d'éruption.

MM. *Bousquet* et *Bouley* objectent que ces personnes pouvaient bien être préservées pour avoir été vaccinées ou avoir eu la petite vérole.

M. *Bousquet* pense qu'il est possible de concilier les différentes opinions émises sur l'origine de la vaccine, en admettant qu'elle peut naître des eaux aux jambes du cheval de deux manières, ou *directement* par la transmission du cheval à l'homme, ou *indirectement* du cheval à la vache, puis de celle-ci à l'homme.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société anatomique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1855, par le docteur AXENFELD, secrétaire.

Suite. — Voir les numéros 12, 15 et 21, t. III.

Appareil digestif et annexes.

Pharynx et œsophage.

Pour le *pharynx*, je me bornerai à vous signaler un volumineux polype fibreux naso-pharyngien, que M. Barbran vous a apporté. Une opération hardie, dont le premier temps a consisté à reséquer le maxillaire supérieur gauche, a débarrassé le malheureux qui portait cette tumeur de tout ce qui faisait saillie dans le pharynx, dans la bouche, dans le nez et à la joue ; mais le pédicule de ce polype, inséré sur l'une des apophyses ptérygoïdes, pédicule *relatif*, car il avait plusieurs centimètres de largeur, n'a pu être tranché qu'en son milieu. Le malade a été présenté à l'Académie de médecine, guéri des suites de son opération, et, comme cela se voit toujours après les résections de la face, la difformité du visage, quoique notable, était cependant moindre qu'on ne serait en droit de s'y attendre.

Dans l'*œsophage*, vous avez rencontré plusieurs affections des plus curieuses. M. Peter vous a montré un *rétrécissement* de ce conduit. Près d'un an avant la mort, le malade avait avalé de l'acide sulfurique. Indépendamment du tissu cicatriciel qui remplaçait la membrane interne dans une assez grande étendue, de la décoloration qu'offrait la membrane muqueuse dans la partie inférieure de l'œsophage, d'un rétrécissement fibreux, de brides cicatricielles et des ulcérations placées au-dessous, M. Peter a trouvé une hypertrophie des glandes. Elles formaient de petites tumeurs blanchâtres, arrondies, et occupaient les portions qui n'avaient pas été atteintes par l'acide et qui s'étaient ulcérées sans doute par le contact des matières vomies. Le malade a succombé à une péritonite consécutive à une perforation intestinale, échappant ainsi par une mort rapide aux longues tortures de la phthisie et d'une dysphagie qui allaient croissant.

Les trois autres pièces relatives aux maladies de l'œsophage

présentent entre elles une certaine ressemblance. Toutes trois sont des exemples *d'ulcérations* de ce conduit, sans production hétérologue.

Chez une vieille femme de la Salpêtrière morte d'inanition par suite d'une difficulté de plus en plus grande de la déglutition, M. Luys a trouvé une ulcération de l'œsophage, ulcération d'un mauvais aspect, qu'on aurait pu croire cancéreuse; cependant dans la bouillie qui en couvrait la surface, M. Robin n'a vu que de l'épithélium. C'est en quelque sorte l'ulcère œsophagien à l'état de simplicité. Vous verrez des complications graves s'y ajouter dans les deux autres faits.

Dans celui de M. Bucquoy, l'autopsie montre que l'ulcère avait perforé la bronche gauche et que l'une des artères œsophagiennes était détruite à partir de son origine à l'aorte. Des vomissements de sang survenus tout à coup, arrêtés bientôt, puis reparus avec une intensité nouvelle, ont été la cause immédiate de la mort. Cette pièce de M. Buquoy n'a pas seulement l'intérêt d'un cas fort rare. M. Robin y a ajouté encore par la description détaillée des éléments qu'il a rencontrés à la surface de l'ulcère, dans les tissus sous-jacents, les glandules muqueuses hypertrophiées et enfin les ganglions lymphatiques. A la suite d'une longue et savante discussion sur la ressemblance trompeuse de certaines cellules épithéliales (arrondies, munies de noyaux multiples qui les remplissent presque en entier), avec certaines cellules cancéreuses, M. Robin indique les moyens d'éviter l'erreur et conclut en définitive à la nature purement épithéliale de la lésion.

Dans le fait de M. Binet, qui malheureusement est resté incomplet sous le rapport de l'anatomie de structure, il s'agit d'un malade placé dans le service de M. Vigla et dont l'affection a été parfaitement diagnostiquée par ce médecin. C'était un vaste ulcère dont le fond présente cinq perforations faisant communiquer l'œsophage avec la bronche gauche, avec le rameau inférieur de cette bronche, avec un foyer caverneux creusé dans un amas de ganglions médiastiniques, et enfin avec un abcès situé au-devant de la troisième vertèbre dorsale. Les trous assez larges par lesquels l'œsophage était mis en rapport avec la trachée et les bronches, sont arrondis, à bords nets, comme faits par un emporte-pièce. Ajoutez à cela une longue fausse route produite sans doute dans une tentative de cathétérisme, et qui s'étendait de la troisième vertèbre dorsale jusqu'au grand cul-de-sac de l'estomac. Dans le rapport que votre secrétaire a été chargé de faire sur cette observation, il l'a comparée à celles qui ont été rapportées par d'autres médecins. De cette comparaison, pour laquelle il a mis surtout à contribution un excellent mémoire de M. Vigla, il est résulté que le fait de M. Binet est sinon sans précédent dans la science, du moins extrêmement rare.

Estomac.

Nous passerons rapidement sur un exemple de *polype muqueux* de l'estomac (présenté par M. Caron) et de *hernie diaphragmatique* de ce viscère (M. Luys) pour nous arrêter quelques instants à d'autres lésions décrites avec plus de détails dans vos Bulletins de cette année. On y trouve un cas d'*ulcère simple de l'estomac* développé au déclin d'une fièvre typhoïde jusque là sans gravité, chez un homme de vingt-six ans, ayant donné lieu à la perforation de l'un des rameaux de l'artère coronaire stomachique et à une hémorrbagie intestinale mortelle. S'il ne suffisait pas du sommaire de cette observation pour en faire sentir toute l'importance, le rapport de M. Millard serait là pour montrer ce qu'il faut d'exceptions accumulées pour produire un pareil fait, en tenant compte de l'âge du sujet, de son état de santé antérieur, de la maladie dont il venait d'être atteint précédemment; autant de raisons qui rendent invraisemblable l'idée d'un ulcère chronique de l'estomac. On ne saurait attribuer la lésion qu'à une manifestation insolite de cette tendance à l'ulcération sur laquelle M. Louis a insisté avec tant de raison dans son ouvrage sur la fièvre typhoïde.

M. Broca vous a fait voir un nouvel exemple de cette *hypertrophie du pylore* dont M. Cruveilhier a depuis si longtemps signalé la trompeuse analogie avec le cancer de l'estomac. Ce n'est pas la première fois que vous avez l'occasion d'examiner ces sortes d'hypertrophies. M. Broca lui-même vous en a montré un autre exemple en 1850 : le malade placé dans le service de Fouquier avait été considéré comme atteint d'un cancer. Le nouveau fait dont M. Broca vous a rendu témoins cette année est remarquable surtout par la structure des parties malades ; il n'y a constaté ni l'hypertrophie des fibres musculaires, ni celles des glandes, qui paraissaient même avoir disparu : c'était une infiltration de matière amorphe et granuleuse qui donnait au pylore une épaisseur considérable. Cette hypertrophie est-elle une lésion primitive ? Telle paraît être l'opinion de plusieurs anatomo-pathologistes. Mais en considérant la rareté des hypertrophies primitives dans des organes dont la structure se rapproche de celle de l'estomac, en se rappelant avec quelle facilité les inflammations prolongées des membranes muqueuses entraînent dans les couches sous-jacentes une exagération du travail nutritif, votre secrétaire serait tenté de voir là une porte entr'ouverte par laquelle la gastrite rentrait dans le domaine de la pathologie médicale après en avoir été exclue avec tant de rigueur.

Deux cas de *cancer de l'estomac* vous ont vivement frappés; l'un, dû à M. Barth, par le siége simultané de la production morbide au cardia et au pylore, ainsi que par l'absence des vomissements liée à cette disposition; l'autre de M. Pineau, par l'extension du tissu nouveau à la totalité des parois de l'estomac qui se trouvait ainsi converti en une vaste caverne cancéreuse.

Intestins.

Les déplacements de l'intestin qui ont été soumis cette année à votre examen sont en assez grand nombre.

M. Lhonneur vous a montré une belle pièce *d'invagination intestinale*. Après avoir fait, de concert avec le présentateur, la dissection laborieuse de parties, M. Vulpian s'est assuré qu'il s'agissait d'une invagination du cæcum dans le côlon; le cæcum non retourné avait entraîné avec lui le côlon et l'intestin grêle. La longueur de l'intestin comprise entre le duodénum et l'orifice d'invagination était de douze pieds. Des altérations considérables, anciennes et récentes, existaient sur les deux cylindres interne et moyen.

Les déplacements *herniaires* que je vous rappellerai particulièrement, sont deux omphalocèles étranglées dont l'une vous a été présentée par M. Marcé, l'autre par notre regrettable confrère Provent; une hernie qui s'était faite à travers une plaie de l'abdomen et a été suivie d'anus contre nature. Cette dernière observation vous a été communiquée par M. Bourcy, elle est devenue l'objet d'un bon rapport de M. Bauchet.

Je ne ferai encore que mentionner un fait de M. E. Nélaton relatif à un *étranglement interne* datant de deux mois et demi et contre lequel on a mis en usage un procédé particulier de gastrotomie. A l'autopsie on trouva une péritonite; l'épiploon s'enroulait comme la lanière d'un fouet autour de l'intestin grêle dont la lumière était complétement effacée au voisinage immédiat de la valvule iléo-cæcale. A l'occasion de cette pièce, M. Foucher, dans un travail plein de faits, a discuté devant vous le passé et l'avenir de cette grande question clinique de l'étranglement interne.

M. Poisson a trouvé chez un malade pris subitement d'une péritonite suraiguë, une *perforation du duodénum* produite par une ulcération simple; une cicatrice qui indiquait une perte de substance ancienne et réparée, se voyait à côté de la perforation. La maladie était restée complétement latente jusqu'au moment où la péritonite est venue la révéler et la terminer.

C'est d'une manière non moins insidieuse qu'une *perforation de l'iléum* s'est produite chez une malade dont M. Buquoy vous a communiqué l'histoire. Dans ce cas, la coïncidence d'une hernie crurale irréductible aurait pu donner le change sur la véritable cause de la péritonite suraiguë qui a occasionné la mort.

Une observation de M. Barth vous a remis en mémoire les accidents terribles qui suivent la *perforation* trop fréquente *du cæcum* ou de son appendice. Sur la pièce qu'il a mise sous vos yeux, cet appendice était séparé du cæcum par une section circulaire; péritonite, mort. Était-ce l'effet de quelque corps étranger qui aurait échappé pendant l'autopsie ?

M. Bauchet vous a fait part d'un cas absolument semblable. Il a

constaté une séparation complète de l'appendice; mais de plus, au centre d'une boulette fécale durcie, il a trouvé un fragment de noyau de cerise.

M. Jules Parrot vous a montré comment une *épingle* avalée peut, douze ans après son ingestion, percer le cæcum, devenir le centre d'un foyer purulent dans la fosse iliaque, nécessiter des tentatives d'extraction, et finalement déterminer une péritonite mortelle. Étrange variété dans les effets de la même cause! Voici une observation recueillie par M. Broca en 1849: Une épingle est engagée dans l'appendice iléo-cæcal d'un enfant mort avec des tubercules pulmonaires et un abcès du foie. L'épingle *a perforé* la partie adhérente de l'appendice; aucune trace de péritonite; l'enfant n'avait point présenté pendant la vie de signes de cette maladie.

Mais l'une des observations les plus extraordinaires de corps étrangers des voies digestives est assurément celle dont nous devons la connaissance à M. Caron. Une fille de dix-sept ans mange gloutonnement deux livres de cerises, queues et noyaux; une indigestion est la suite immédiate de ce repas. A partir de ce moment, la santé s'altère, et à diverses reprises il survient des accidents douloureux de rétention des matières fécales, accompagnés de vomissements. Dans une de ces crises, après avoir vomi, comme cela était déjà arrivé plusieurs fois, quelques-uns des noyaux avalés, la malade meurt. On trouve à l'autopsie une péritonite intense, une perforation de l'iléon vers sa terminaison, une dilatation énorme de l'intestin grêle dont les parois sont épaissies, présentant en deux points des rétrécissements considérables, et au voisinage de la valvule de Bauhin surtout de nombreuses et profondes ulcérations; là aussi existe un amas d'innombrables noyaux de cerises et de noyaux de prunes plus rares. M. Caron, dans le court et excellent mémoire historique qu'il a groupé autour de cette observation, et M. Bauchet, dans le rapport très substantiel dont il l'a fait suivre, ont tellement épuisé tout ce qui est relatif à ce sujet, que votre secrétaire n'essaiera même pas de glaner après eux.

M. Provent vous a fait voir, au commencement de l'année, un *rétrécissement du rectum* produit sous l'influence d'une cause syphilitique; les raisons développées à l'appui de cette étiologie par M. Perret la rendent au moins très probable.

Dans une des dernières séances, M. Depaul a mis sous vos yeux un *rétrécissement cancéreux* de la fin de l'intestin, pièce remarquable à bien des titres, surtout par la multiplicité des tumeurs cancéreuses du péritoine et par la diversité de leur aspect.

Annexes du tube digestif.

M. Barbrau a trouvé, sur un sujet livré aux dissections, une *concrétion* de l'une des *parotides*. C'était du phosphate et du carbonate de chaux qui s'étaient déposés dans les acini même de la glande, comme dans autant de moules. M. Legendre a pu vérifier ce point par l'examen microscopique.

M. Verneuil vous a montré une *gomme syphilitique* dont le siége était bien insolite: elle occupait le *pancréas!*

Ce serait ici le lieu de vous rappelez les travaux de M. Broca sur la structure du foie et de la rate. Mais vous avez tous présentes à l'esprit les recherches par lesquelles notre collègue est parvenu à réintégrer le foie dans la classe des glandes avec grappe, renversant ainsi les trop nombreuses *théories* qui régnaient à ce sujet. Quant à la rate, les véritables éléments de sa structure ont été retrouvés par M. Broca dans ce que les auteurs appellent *boue splénique*, parce qu'ils considèrent comme un liquide une substance organique très sujette seulement à se ramollir sous une foule d'influences. On peut prédire aux résultats constatés par M. Broca de nombreuses applications en pathologie. Ils paraissent appelés notamment à jeter quelque clarté sur l'histoire des maladies du foie, aujourd'hui encore si pleine d'obscurité.

Les lésions des voies biliaires que vous avez eues à examiner sont: la *cirrhose* du foie, au sujet de laquelle M. Lebert a fait d'intéressantes remarques; des *hémorrhagies interstitielles* trouvées chez un malade mort de pneumonie par M. Duriau; les *kystes hydatiques*. Un de ces kystes, situé sur le trajet du canal cholédoque dans lequel il s'était ouvert par deux orifices, vous a été présenté par M. Cadet-Gassicourt; un autre, à parois *ossifiées*, par M. Bertholle. Dans ce dernier fait, la transformation des parois de la poche avait rendu le diagnostic fort difficile. Enfin, M. Lhonneur vous a montré un kyste de même nature qui, *en s'ouvrant dans la veine cave inférieure*, avait déterminé immédiatement la mort.

Système osseux.

Plusieurs pièces intéressantes relatives aux *fractures* ont passé sous vos yeux.

En procédant *de capite ad calcem*, je trouve d'abord une *fracture de la voûte du crâne* moins remarquable peut-être par les particularités mêmes de la lésion que par l'opération qu'a subie le malade et par les accidents auxquels il a succombé. Voici, en deux mots, cette observation: chute d'un corps pesant sur la tête, perte de connaissance, mais bientôt retour des facultés; plaie oblique des téguments et fracture avec enfoncement du pariétal; aucun symptôme cérébral pendant cinq jours; au bout de ce temps, érysipèle léger du bras, délire violent suivi de coma. M. Michon, comme dernière chance de salut, applique deux couronnes de trépan et enlève avec la gouge une portion osseuse intermédiaire; la dure-mère est mise à nu dans une assez grande étendue; on l'incise et il ne s'écoule qu'un peu de sérosité sanguinolente. Quelques heures après, le malade avait cessé de vivre. Comment expliquer cette mort si rapide? Faut-il en accuser l'opération du trépan? Cette opération doit-elle être conservée dans le traitement des plaies de tête? Quels en sont les effets immédiats et les chances de succès? Voilà autant de questions qui, à l'occasion de cette pièce, ont été discutées au sein de la Société.

M. Bénier vous a montré un exemple assez rare d'*enfoncement simple* de la voûte crânienne, sans fracture ni fissure aux environs; la dépression occupait la ligne médiane: double particularité de nature et de siége qui explique comment les fonctions de l'encéphale n'avaient pas été atteintes, du moins immédiatement après l'accident, car le malade paraît avoir succombé quatre mois plus tard avec des symptômes cérébraux à forme typhoïde.

Nous devons à M. Charnal une belle pièce de *fracture de la base* du crâne. La fracture avait une obliquité insolite: elle se dirigeait sur la portion écailleuse du temporal d'arrière en avant, et divisait le rocher suivant une ligne presque perpendiculaire à son axe; on n'avait pas observé pendant la vie l'écoulement auriculaire que M. le professeur Laugier a le premier signalé dans les fractures du rocher. Tout le monde sait que ce phénomène est loin d'être constant, et la raison de ces variations est encore à découvrir. Aujourd'hui trop d'objections s'élèvent contre la première explication donnée par M. Laugier, et l'on ne saurait attribuer l'écoulement séreux à un épanchement sanguin siégeant au-dessous de la dure-mère et laissant filtrer le sérum par la fente étroite comprise entre les fragments. M. Houël considère cet écoulement comme propre aux fractures qui sont parallèles à l'axe du rocher; dans celles perpendiculaires à cet axe, l'absence de l'écoulement serait au contraire la règle. M. Trélat s'est inscrit contre cette opinion; suivant lui, un liquide séreux s'échapperait nécessairement toutes les fois que les deux conditions suivantes se trouvent réunies: déchirure du cul-de-sac arachnoïdien qui accompagne le nerf de la septième paire dans son canal osseux; perforation de la paroi externe de la caisse tympanique, et ces conditions les fractures perpendiculaires ou obliques les réaliseraient plus fréquemment que les autres.

Nous accueillons avec intérêt tous les faits propres à éclairer la question si intéressante des fractures du crâne. L'histoire de ces lésions a complètement changé de face dans ces dernières années, surtout depuis que l'on étudie d'une manière plus approfondie le mécanisme suivant lequel la boîte crânienne résiste aux chocs dirigés sur elle.

Beaucoup d'erreurs résultant d'une application mal fondée de certaines notions de mécanique avaient déjà été effacées, et notamment la fréquence des contre-coups considérablement limitée par une observation plus soigneuse. En effet, le plus souvent les prétendues fractures indirectes de la base ne sont autre chose que

l'extension d'une solution de continuité qui, soit à l'état de fracture, soit à l'état de simple fêlure, commence à la voûte ou aux parties latérales du crâne et ne fait que se propager aux os de la base. Cependant les conditions de résistance du crâne n'étaient pas tellement connues dans leurs détails les plus précis, qu'il ne restât encore quelque chose à faire sous ce rapport et « plus encore à défaire ». Un mémoire de M. Trélat, inséré dans vos Bulletins, en est la preuve. Dans ce travail, notre collègue réfute les idées admises au sujet des sutures qui permettraient aux os de jouer les uns sur les autres ; il nie que tous les chocs reçus par le crâne dussent converger au corps du sphénoïde ; que le crâne soit susceptible de vibrations elliptiques à la manière d'une sphère creuse ; pour lui la voûte du crâne est supportée par la base comme par un soubassement : la crête frontale terminée par l'apophyse crista galli, l'apophyse orbitaire externe, l'apophyse mastoïde, les éminences jugulaires, les condyles occipitaux, la crête et la protubérance occipitales, telles sont les piles, les poutres du crâne, les colonnes d'appui qui forment à cette portion du squelette comme une série de contreforts. La voûte et la base sont soudées à angle droit, circonstance qui est loin de favoriser les fractures par contre-coup, comme on l'a supposé, car 1° les sutures sont immobiles, 2° les fractures n'occupent jamais l'angle d'union de ces deux portions du crâne. — La disposition de la base en trois étages qui s'élèvent d'arrière en avant s'oppose à la facile propagation des fractures. Mais celles-ci rencontrent bien d'autres obstacles : les trous, les fentes comblées par du tissu fibreux arrêtent ou tendent à arrêter l'extension des fractures : exemple, l'orbite ; autre exemple, le rocher. C'est même dans la région occupée par ce dernier os que les moyens d'isolement, et par conséquent de protection, sont les plus nombreux. Aussi est-il assez rare, à moins d'un choc d'une violence extrême, de voir se produire de véritables fractures du rocher, c'est-à-dire des divisions de cette apophyse au voisinage du conduit auditif interne : des fractures parallèles à l'axe, siégeant le long du bord antérieur, des fractures obliques, traversant les cellules mastoïdiennes, voilà ce qu'on observe le plus fréquemment.

Tel est en substance le mémoire de M. Trélat. Il nous a valu un remarquable rapport de M. Denucé. Le rapporteur admet la plupart des opinions qui viennent d'être rappelées, mais il consigne aussi quelques objections et quelques réserves importantes. Ainsi M. Denucé restitue aux sutures une partie du rôle que leur attribuait Hunauld et que M. Trélat leur dénie ; il insiste sur la possibilité des vibrations elliptiques du crâne, en rappelant l'expérience bien connue faite par M. Gama sur un matras rempli de gélatine, et sur lequel, grâce à l'issue que présentait au contenu le col du matras, ces vibrations ont été certainement observées ; de même lorsque, en s'aplatissant sous l'influence d'un choc, le crâne devient trop étroit pour contenir la sérosité sous-arachnoïdienne, une partie de ce liquide peut refluer dans le canal rachidien.

Que les fractures du crâne par contre-coup soient rares, c'est ce qui est généralement admis aujourd'hui ; mais M. Trélat met en doute jusqu'à leur possibilité, excepté dans les cas de désordres extrêmement étendus. Alors, nous a-t-il dit, le crâne ne résiste plus comme à l'état normal, il résiste d'après un mécanisme créé, et, qu'on me passe l'expression, improvisé par les conditions nouvelles qui se succèdent depuis l'application de la cause vulnérante jusqu'à l'épuisement de son action. Quelle que soit la valeur de cet argument un peu subtil peut-être, il est bon d'enregistrer le fait qu'il consacre.

Je parlais tout à l'heure de lésions extrêmement étendues du crâne. M. Trélat nous en a communiqué un remarquable exemple. La multiplicité des fractures et leur direction avaient eu pour résultat de détacher la portion centrale de la base, sous la forme d'un anneau irrégulier entourant le trou occipital. On pouvait imprimer à la mâchoire des mouvements étendus qui s'accompagnaient de crépitation et donnaient l'idée d'une fracture du maxillaire inférieur. Cette énorme lésion était le résultat d'une chute d'un lieu élevé, et la mort en a été la conséquence immédiate : le sang échappé des sinus latéraux avait comprimé le bulbe rachidien.

Une *fracture de la colonne vertébrale* vous a été présentée par M. Da Costa, chirurgien à Rio-Janeiro. Dans son rapport sur cette communication, M. Foucher a fait ressortir ce qu'elle offrait d'intéressant, soit au point de vue de la direction verticale de la division des cinquième et sixième vertèbres, soit et surtout relativement au mécanisme. La fracture s'est produite, au récit de l'observateur, dans un mouvement forcé de la colonne vertébrale. Mais loin de voir là un effet indirect de la contraction musculaire, M. Foucher regarde le mouvement en question comme ayant amené au contact les lames vertébrales, et produit leur écrasement, leur tassement ; interprétation assurément plus rationnelle. Il est à regretter que le fait soit resté stérile au point de vue de la physiologie, et qu'on ait négligé de noter avec assez de soin les symptômes par lesquels se sont révélées les graves lésions de la moelle (elle était littéralement broyée, ainsi que ses enveloppes, dans sa portion qui correspondait aux vertèbres fracturées).

Des *fractures multiples du bassin* vous ont été montrées par M. Charnal. L'une d'elles divisait la cavité cotyloïde en trois parties, en suivant les lignes de jonction de l'ilium, du pubis et de l'ischion. Vos Bulletins renferment quelques faits de ce genre ; l'un d'eux a été communiqué à la Société anatomique par M. Letixerant, en 1848 ; un autre par M. Marcé, en 1854. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que, dans ces observations comme dans celle de M. Charnal, la fracture en étoile de la cavité cotyloïde coïncidait avec plusieurs autres, ce qui indique sans doute que, pour se produire, la disjonction des trois pièces primitives du bassin exige une cause très puissante. Ajoutons que ces faits ont été tous recueillis sur des adultes.

Une *fracture du col du fémur* à la fois intra et extra-capsulaire, avec pénétration du fragment épiphysaire dans le grand trochanter, vous a été présentée par M. Lefort.

Les pièces relatives aux *fractures de la jambe* méritent de nous arrêter plus longtemps. L'une d'elles, qui a été mise sous vos yeux par M. Dumont-Pallier, avait pour but de rappeler combien est grave la complication d'un emphysème primitif avec les lésions de cette espèce. Après trois jours d'un calme trompeur, le malade est pris d'une érysipèle dans la région blessée ; puis le membre gonflé de pus et de sérosité sanieuse, laisse échapper, par les incisions et les ponctions qu'on y pratique, des matières putrilagineuses, noirâtres ; le dixième jour, la mort arrive.

Les autres pièces de fracture de la jambe n'empruntent pas comme la précédente leur principale importance aux considérations cliniques qui s'y rattachent. Sans être dénuées d'intérêt au point de vue de la chirurgie, elles sont cependant plutôt du ressort de l'anatomie pathologique. Je veux parler de plusieurs exemples de *fracture du tibia* où nous avons constaté la *pénétration* du fragment supérieur dans l'inférieur. Cette pénétration dépend évidemment de la conformation prismatique du fragment supérieur qui fait office d'un coin, s'enfonce dans la substance du fragment inférieur et le fait éclater ; mécanisme sur lequel M. Gosselin insiste avec juste raison. M. Trélat vous a raconté un fait, dont il a été témoin pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, et qui montre les effets de cette pénétration portés aussi loin que possible. Le fragment supérieur ne s'était pas borné à réduire en esquilles le fragment inférieur du tibia, il avait traversé en outre et le tarse, et la peau et la semelle de la chaussure ! Chez un sujet qui offrait des fractures très multipliées aux membres inférieurs, M. Trélat a trouvé une nouvelle occasion d'insister sur la double circonstance de la direction en V de la fracture et de l'éclatement du fragment inférieur.

MM. Bourey et Fournier vous ont fait voir des exemples de ces fractures ou fêlures *spiroïdes* sur lesquelles M. Gerdy a le premier fixé l'attention. Sur la pièce de M. Fournier, l'une de ces lignes courbes parcourait le fragment supérieur. Vous avez remarqué qu'en général cette direction n'a aucun rapport avec une action qui tendrait à tordre les os dans un sens déterminé. Dans l'observation de M. Fournier, le brusque changement d'attitude auquel le malade attribuait l'accident, a pu faire croire un instant à cette cause spéciale, la torsion ; mais pour voir que ce n'est là qu'une hypothèse ingénieuse, il suffit d'examiner les deux faits de M. Bourcy.

Dans le premier, il est dit que la fracture a eu lieu dans une chute de la hauteur du malade : il courait en sabots sur un sol glissant ; il s'est assis et a entendu un craquement. Dans le second

fait, c'est le passage d'une roue de voiture qui a été cause de l'accident.

Si les fractures spirales ne sont pas liées à tel ou tel mécanisme spécial, il reste à connaître les autres conditions qui président à leur formation. N'est-il pas rationnel de supposer que cette direction se rattache à quelque particularité de la conformation normale des os? A voir ces lignes sinueuses qui parcourent la surface des os longs avec une si grande régularité, ne dirait-on pas qu'elles résultent d'une sorte de *clivage*, qu'elles sont tracées à l'avance par la disposition même des canalicules osseux, et que, sous l'influence de la cause fracturante, aidée ou non par la pression qu'exerce la pointe plus ou moins aiguë du fragment supérieur, l'inférieur se fend à la manière du bois. Quand on examine, dit M Bourey, les deux portions d'un os long tout près d'une fracture, on voit à la surface une foule de lignes courtes et ondulées qu'il ne faut pas confondre, ajoute notre collègue, avec les fêlures spirales. Tout au moins est-il permis d'assimiler les unes aux autres.

C'est par ces lignes spirales que des fractures du tibia, passablement éloignées de l'articulation du pied, atteignent jusqu'à cette jointure, y pénètrent, y produisent des douleurs, des inflammations, des suppurations. Au lieu de cette cause que M. Baucher nous a plusieurs fois rappelée, M. Trélat invoque, avec M. Gosselin, pour l'explication des mêmes accidents, la large déchirure des cellules spongieuses et leur inflammation.

Je passe à deux pièces qui concernent la consolidation, ou plutôt le *défaut de consolidation* des fractures. Ce sont d'abord les fragments d'une côte, entre lesquels, quarante-cinq jours après l'accident, M. Lhonneur n'a pu découvrir aucune production nouvelle ; le cal se réduisait à une virole incomplète occupant la face postérieure et le bord inférieur de la côte. La gestation est la seule circonstance à laquelle ce retard puisse être attribué : la mort a eu lieu, en effet, au septième mois d'une première grossesse terminée par un accouchement prématuré et une péritonite. — Vous vous rappelez également une fracture ancienne du col du fémur trouvée par M. Ravin chez une vieille femme de la Salpêtrière. Un tissu fibreux maintenait seul les fragments au contact. Notre président nous a montré combien cette réunion était imparfaite, elle n'existait qu'à la superficie ; plus profondément, les deux fragments étaient simplement juxtaposés.

Les fractures des *cartilages costaux* sont assez rares pour qu'on doive s'attacher à recueillir dans tous leurs détails les exemples qu'on en rencontre de temps à autre. C'est ce qu'a fait M Cavasse. Dans une observation soignée, il a noté toutes les particularités de la pièce qui a passé sous vos yeux, et qui montrait une fracture ancienne et consolidée des sixième, septième et huitième cartilages costaux; une dépression indiquait la saillie des fragments externes considérablement écartés des fragments internes. Le rapport dont M. Broca a accompagné cette présentation renferme un autre fait de fracture des cartilages costaux déterminée par la contraction musculaire, ce qui prouve qu'on s'est exagéré l'intensité de l'effort nécessaire pour produire ces lésions. Le même rapport contient aussi des considérations importantes sur le déplacement des fragments noté par M. Cavasse, et dont l'étendue était en rapport avec la multiplicité des fractures. Nous y trouvons enfin des remarques sur la consolidation qui avait eu lieu, dans l'espèce, à l'aide d'un cal sécrété par le périchondre, mais qui peut aussi se faire par union directe des surfaces cartilagineuses. Ce dernier fait est d'un grand intérêt au point de vue pratique; il se rattache à l'histoire générale des organes dépourvus de vaisseaux, comme le sont les cartilages chez l'adulte. Tous ces tissus, et le nombre en est grand, cartilages, cornée, endocarde, membranes interne et moyenne du système artériel, vivent d'une vie particulière, différente de celle des autres tissus, car ils ne renferment aucun vestige de vaisseaux, et rien n'autorise à leur en supposer. Ils participent néanmoins aux actes de la vie physiologique et morbide. Comment? C'est leur secret. Si l'on place l'ulcération, la nécrose, l'élimination, la réparation, sous la dépendance constante d'un travail inflammatoire, il arrivera, pour les tissus dont nous nous occupons, qu'on les jugera également inaptes à s'ulcérer, à se nécroser, à se cicatriser. Et c'est ce qui a été en effet longtemps admis, malgré le témoignage des faits. Mais qu'au contraire, à l'exemple de M. Broca, on considère l'ulcération, la nécrose, etc., comme autant d'espèces distinctes, qu'on les sépare de l'inflammation qui n'en est que l'un des accompagnements habituels et non nécessaires, alors on comprendra que ces actes pathologiques puissent se manifester dans les tissus privés de vaisseaux comme dans ceux qui en possèdent. A l'appui de cette idée, M. Broca a apporté ici et ailleurs de trop nombreuses preuves pour qu'il soit besoin de les rappeler. Permettez-moi seulement de vous faire part des quelques réflexions que me suggèrent ces observations importantes. Les cartilages, la cornée, la capsule cristalline, dépourvus de vaisseaux, sont inaptes à subir une inflammation, si l'on fait de la congestion sanguine l'élément initial de tout travail phlegmasique. Et cependant, dans les affections articulaires, nous voyons, à la suite de la synovite ou de l'ostéite, les cartilages s'ulcérer, se nécroser, se résorber ; nous voyons, dans les ophthalmies, l'inflammation conjonctivale se compliquer d'une lésion de la cornée. N'y a-t-il pas là un grand enseignement? Ces faits ne tendent-ils pas à démontrer que nos tissus se ressentent, chacun dans la mesure de son organisation, selon le mode de sa vitalité propre, des effets d'une même influence morbifique. Allons plus loin encore : des maladies où la lésion se propage de proche en proche et d'un tissu vasculaire à un autre qui ne l'est pas, comme cela a lieu pour les arthrites, les ophthalmies, passons aux maladies générales. Dans le rhumatisme, par exemple, que trouvons-nous? La même cause produisant à la fois l'arthrite, la pleurésie, la péricardite, qui sont des inflammations, et l'endocardite, l'artérite, qui n'en sont pas; car l'endocarde et la membrane interne du système sanguin (MM. Broca et Houël ont de nouveau insisté sur ce point dans l'une de nos séances) sont dépourvus de vaisseaux. La même cause peut donc traduire son action par une inflammation dans une membrane vasculaire, par une altération non phlegmasique dans une membrane non vasculaire, et cela sans qu'il soit permis de nier l'étroite affinité qui existe entre l'une et l'autre manifestation, ni l'identité de la cause qui les a fait naître. Chaque organe réagit diversement contre un même excitant; la même pointe aiguë qui endolorit la fibre nerveuse, fait osciller la fibre musculaire; le même ébranlement de l'œil produit une souffrance de la conjonctive, une contraction de la pupille, un éblouissement de la rétine. Ainsi, les organes *fonctionnent* diversement dans la vie normale ; ainsi, dans une même maladie, le mode et la manifestation des changements qu'ils éprouvent sont liés à leur texture propre bien plus qu'à la nature de la cause qui les modifie. Par conséquent, on ne pourra dire, sans commettre une erreur d'anatomie, que le rhumatisme consiste en une *inflammation* multiple du système séro-synovial, car, encore une fois, l'endocarde et la membrane interne des artères ne sont pas des séreuses, ne sont pas vasculaires et ne peuvent être enflammés. Par conséquent encore, le nom d'*angiocardite*, à part toute considération doctrinale, ne saurait être synonyme de fièvre *inflammatoire*..... Et cependant, disons-le, l'inflammation de l'endocarde, si elle est inadmissible en anatomie, est une réalité incontestable en clinique ; de même l'artérite, de même la kératite : bien plus, elle est la seule source d'une thérapeutique rationnelle. Que faut-il en conclure, sinon que la définition du travail inflammatoire est fort difficile à donner? qu'on a eu tort, sans doute, d'y inscrire, comme le terme le plus important, la congestion vasculaire? que cette définition, qui est dans tous les esprits, ne saurait être formulée dans l'état actuel de la science, et que, dans une science plus parfaite, elle devra reposer bien plus sur une idée physiologique, dynamique, que sur la présence de tel ou tel mode d'altération. Conclusion vitaliste s'il en fut, qu'on pourrait opposer à bon droit à ceux qui appellent l'anatomie morbide une science cadavérique!

Mais revenons aux cartilages. Voici une communication intéressante de M. Tarnier qui prouve la possibilité de la *fracture d'un cartilage articulaire sans solution de continuité de l'os sous-jacent*, fait qu'on n'a pu produire expérimentalement jusqu'à ce jour, et très rare d'ailleurs. On rapprochera avec intérêt de l'observation de M. Tarnier celle que M. Mondière a consignée dans vos *Bulletins* (1850) : il s'agit d'un sujet trouvé à Clamart et chez lequel exis-

tait un cal indiquant une fracture ancienne de la jambe en même temps qu'une fracture consolidée du cartilage qui recouvre la face articulaire du tibia ; celle-ci ne présentait aucun vestige de fracture. Notons cependant le mécanisme qui a présidé, chez le malade de M. Tarnier, à cette fracture isolée du cartilage diarthrodial de l'un des condyles fémoraux : Dans une chute d'un lieu élevé, la rotule se brise, et l'un des fragments, faisant en quelque sorte l'office d'une lame tranchante, raye par son extrémité inégale la surface du condyle ; le cartilage est enlevé à la manière d'un copeau. — Si le malade avait survécu à l'accident, que serait-il advenu de ce fragment ? Aurait-il pu constituer un corps étranger articulaire, et aurions-nous eu sous les yeux la réalisation d'une théorie, aujourd'hui abandonnée, qui assignait une semblable origine à ces corps étrangers ? Cela est plus que douteux. Il est infiniment plus probable que des désordres aussi graves que ceux qui existaient sur la pièce de M. Tarnier seraient devenus le point de départ d'une suppuration de la jointure, et que le fragment de cartilage se serait retrouvé au milieu d'un épanchement sanguin et purulent, comme cela a été observé dans un autre cas par notre président.

Ayant terminé ce qui est relatif aux lésions mécaniques du système osseux, j'aborde l'énumération des pièces où vous avez constaté différentes altérations pathologiques de ce système.

Des exemples d'*ostéite* et d'*ostéomyélite* dans toutes leurs formes ont été produits par MM. Luys, Alfred Fournier, Lala, Decès, Eug. Nélaton et plusieurs autres membres ; une *nécrose du maxillaire inférieur*, par M. Henry. Cette dernière présentation a vivement fixé votre attention, par la rapidité avec laquelle la maladie a marché, par quelques particularités symptomatologiques, et notamment des hémorrhagies répétées dues à une perforation de l'artère dentaire inférieure ; par la nature de la cause qui y a donné lieu (une carie dentaire) ; par l'aspect du tissu osseux, où l'on voyait cette vermoulure fine et noirâtre regardée à tort par quelques chirurgiens comme caractéristique de la nécrose qui succède à l'action du phosphore.

M. Verneuil vous a présenté trois *exostoses* : l'une d'elles était surtout remarquable par sa situation à la partie antérieure de la première côte et par ses rapports avec le plexus brachial et les vaisseaux sous-claviers. Tout porte à croire que ce n'était là que l'exagération d'une disposition normale, et à comparer cette saillie comme une hypertrophie de l'apophyse antérieure de la côte. Une autre pièce (c'était une exostose du cubitus) montrait à la coupe comme un dédoublement de la lame compacte, et laissait dans le doute sur la question de savoir d'où venait du tissu spongieux interposé à ces deux lames.

Parmi des productions accidentelles que vous avez rencontrées dans les os, je citerai d'abord le *tubercule* que M. Fenerly vous a montré sous la forme *enkystée*, occupant l'extrémité inférieure de l'humérus ; M. Bailly sous la forme *infiltrée* dans différents points de la colonne vertébrale ; en second lieu, le *cancer*. C'est ici le lieu de vous rappeler un cancer *mélanique* du pouce, présenté par M. Binet, puis un cas remarquable de *cancers multiples* disséminés dans les os, que nous devons à M. Poisson ; le tissu pathologique offrait cet aspect fongoïde qui a souvent fait regarder les tumeurs de cette espèce comme étant purement vasculaires.

En troisième lieu, j'ai à vous signaler plusieurs exemples d'*enchondromes*. Dans une pièce de M. Parisot, c'était la dernière phalange du pouce qui présentait cette altération ; dans une autre, de M. Dumont-Pallier, c'était le tibia ; et enfin, M. Henry vous en a montré une troisième, où l'extrémité inférieure du fémur en était envahie. On lit dans l'*Anatomie pathologique* de Vogel, au sujet des enchondromes, les lignes suivantes : « Ce sont des tumeurs absolument bénignes, qui ne causent aucune douleur, qui se développent très lentement, de manière qu'elles subsistent dix à vingt ans sans gêner beaucoup celui qui les porte, bien qu'elles puissent atteindre un volume considérable. Cependant elles peuvent, lorsqu'elles sont grosses, s'enflammer comme toutes les autres tumeurs bénignes, passer à la suppuration, et devenir dangereuses par la déperdition d'humeurs qu'elles entraînent. » Voilà une description qui, certes, est inexacte, si l'on veut y faire rentrer les trois cas d'enchondromes auxquels je faisais allusion tout à l'heure ; car, dans ces trois cas, l'enchondrome s'est comporté à la manière des tumeurs malignes. Dans celui de M. Henry, il a même offert une marche *galopante* des plus funestes, quoique, à vrai dire, on puisse, avec notre collègue, attribuer, en partie du moins, cette rapidité des accidents à la pénétration d'un foyer purulent dans l'intérieur du genou. Mais que prouvent ces faits et d'autres analogues, et même les faits d'infection ? Ils prouvent que la physionomie clinique des productions accidentelles est infiniment variable, et qu'une classification fondée sur une base aussi mouvante n'offre aucune chance de stabilité. Les caractères tirés de l'examen de leur structure intime s'offrent, au contraire, avec cette constance, cette immuabilité qu'on chercherait vainement ailleurs, et qui en font, dans l'état actuel, les seuls éléments d'une classification méthodique.

Mais, objectera-t-on, les micrographes ont modifié sur plus d'un point leurs premières opinions. Tant mieux, dirons-nous. C'est que sans doute ils ont reconnu des erreurs et qu'ils y ont renoncé. Et quelles sont donc les vérités qui se sont inscrites sans rature dans le livre de la science !

Ces faits d'enchondromes ont vivement frappé votre attention, non-seulement au point de vue que je viens d'indiquer, mais à quelques autres encore. Le fémur dans la pièce de M. Dumont-Pallier, le tibia dans celle de M. Henry, offraient des végétations, des aiguilles osseuses sous-périostiques, perpendiculaires, telles, en un mot, qu'on en rencontre avec les tumeurs cancéreuses et fibroplastiques des os. Mais il a suffi à quelques-uns d'entre vous de faire un appel à leurs souvenirs pour faire rejeter l'opinion assez générale qui tendrait à voir dans ces productions osseuses un accompagnement caractéristique de telle ou telle altération spéciale des os. Ainsi, M. Foucher a vu des aiguilles semblables dans un cas de carie simple de l'ilium ; M. Verneuil a rencontré de petites colonnes rappelant celles de l'émail sur un radius affecté d'exostose. D'après cela, il est douteux que les aiguilles appartiennent plutôt à la forme maligne de l'enchondrome qu'aux autres, comme M. Broca a été tenté de l'admettre.

L'enchondrome du fémur et celui du tibia avaient l'un et l'autre dans quelques points un aspect hématode des plus caractérisés ; sur la première de ces pièces on voyait même un épaulement sanguin dont la formation avait donné lieu presque soudainement à un accroissement énorme de la tumeur.

Dans le tissu de ces tumeurs, M. Broca a constaté des cellules cartilagineuses très vastes, sensiblement différentes par leur aspect des cellules normales, offrant une grande ressemblance avec celles qu'on trouve dans le tissu spongoïde des os rachitiques. Ce résultat intéressant viendrait à l'appui de cette idée que, dans les productions accidentelles, les éléments homologues ne se montrent pas avec l'ensemble des caractères qu'ils ont à l'état normal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Coup d'œil sur plusieurs brochures relatives aux eaux minérales.

EAUX DE POUGUES, — DE SAINT-HONORÉ, — DE PIERREFONDS, — D'AIX EN SAVOIE, — D'AIX-LA-CHAPELLE, — DE FRIEDRICHSHALL, — D'EMS, — DE CARLSBAD.

Le grand nombre de brochures relatives aux sources minérales qui tombe dans la boîte d'un journal aux approches de la saison des eaux est tel, que la plus simple analyse serait une tâche interminable. Il nous est matériellement impossible de faire ce sacrifice de temps, d'espace et de travail ; ce serait d'ailleurs une peine mal employée à l'égard de beaucoup de brochures qui reproduisent de vieux thèmes avec d'insignifiantes variantes, et qui n'ont guère de nouveau que le millésime. Nous nous bornerons donc à relever dans quelques-unes des notices qui nous sont par-

venues les indications susceptibles d'intéresser le praticien ou l'érudit, le premier surtout. Pour deux de ces notices relatives aux eaux d'Ems, nous n'aurons rien de mieux à faire qu'à reproduire un rapport lu à la Société de médecine du département de la Seine et qui nous est parvenu à ce titre; enfin nous utiliserons un article publié récemment par le MONITEUR DES HÔPITAUX sur un établissement qui est en voie d'installation, l'établissement de Saint-Honoré.

L'importance des eaux de Pougues (1) n'a pas besoin d'être rappelée. Elle est établie théoriquement, si on peut le dire, par la composition des eaux, où l'on trouve à la fois les bicarbonates de soude, de chaux, de magnésie et de fer, c'est-à-dire les éléments réunis des eaux alcalines et des eaux toniques, et qui contiennent une plus forte proportion de principes minéralisateurs que la plupart des eaux analogues : près de trois fois autant que l'eau de Bussang, plus de deux fois autant que l'eau de Saint-Galmier, près de deux fois autant que l'eau de Contrexéville, une fois et demie autant que l'eau de Saint-Alban. Mais l'importance des sources de Pougues est plus clairement mise en évidence par les effets thérapeutiques. Chacun sait que, prises à l'intérieur, en même temps qu'elles jouissent de la propriété de relever les forces digestives et de combattre avantageusement la dyspepsie, elles constituent encore et surtout une des plus précieuses ressources contre la gravelle et le catarrhe de la vessie. Leur action est moins spécifique et moins sûre contre d'autres états morbides où l'on a coutume de les employer, comme le diabète, la goutte, le catarrhe utérin, les scrofules ; mais une efficacité démontrée contre les affections que nous nommions à l'instant est déjà un assez beau titre à la réputation. Pourtant jusqu'ici il avait manqué à Pougues des choses principales : une installation suffisamment variée et les moyens de distraction. Nous le disions il y a peu de temps (n° 16, p. 285), sous le rapport des appareils, du confortable, de l'agrément, les établissements français sont dans une infériorité fâcheuse à l'égard de l'Allemagne. Pougues, qui avait une bonne part dans ce reproche, a cessé de le mériter. Une nouvelle administration vient de faire construire un établissement capable de satisfaire toutes les exigences du traitement. On y trouve réunis les bains d'eaux minérales, les bains de vapeur, les douches froides ou chaudes, une chambre d'aspiration et une salle spéciale pour les bains de gaz acide carbonique.

Ces deux dernières dispositions répondent à un des progrès récents de la médecine thermale. Des chambres d'aspiration sont moins utiles peut-être à Pougues, où l'on ne se rend guère pour des affections bronchiques, qu'au Mont-Dore, par exemple ; mais c'est le cas du proverbe *abondance de biens ne nuit pas*, et c'est un bien d'ailleurs qui ne sera pas précisément perdu, car l'aspiration pourra être utile à un certain nombre de malades appelés à Pougues par des affections d'estomac ou de vessie, d'autant que beaucoup d'individus atteints de catarrhe vésical sont en même temps sujets au catarrhe bronchique. Les bains de gaz acide carbonique, qui seront fournis spécialement par la source Saint-Léger, permettront sans doute d'étendre la destination thérapeutique de l'établissement et d'augmenter sa fortune ; car en isolant ainsi un des éléments de l'eau pour l'employer exclusivement, on *déspécialise* la source, si l'on nous passe ce néologisme, et l'on acquiert un moyen de traitement que ne donne pas l'eau employée en nature. On sait qu'en Allemagne on fait grand usage des bains de gaz contre le rhumatisme, certaines affections cutanées, l'ophthalmie chronique, le coryza, etc.

Quant aux moyens de distraction, l'administration nouvelle y a pourvu par l'établissement de salons de conversation, de lecture, de musique, par l'agrandissement de l'ancien jardin, qui n'a pas aujourd'hui moins de 4 hectares, et par quelques autres améliorations du même genre, que nous ne craignons pas de signaler aux malades, chez qui l'ennui peut entretenir l'altération de la santé, et aux médecins, qui sont tenus de bien connaître les conditions transitoires où ils vont placer leurs clients.

(1) *Notice médicale sur les eaux de Pougues.* Brochure in-8° de 46 pages. Paris, Victor Masson.

— Un autre établissement sur lequel nous appelons tout spécialement l'attention est celui de Saint-Honoré (Nièvre). Comme le dit M. Racle (1), deux causes principales s'opposent à ce que certains malades se rendent aux eaux sulfureuses, à savoir, l'éloignement et la dépense. Ces deux conditions, il fallait les subir quand on était obligé d'aller chercher au bout de la France des eaux sulfureuses *thermales*. Or voici qu'on vient d'achever dans le département de la Nièvre, près de Pougues, près de Vichy, près de Saint-Alban, un établissement commencé seulement en 1854, aujourd'hui achevé, parfaitement installé et aménagé, mettant à la disposition des malades des eaux sulfureuses tout à fait analogues à celles des Pyrénées. M. Racle insiste avec raison sur cette analogie ; ce sont des eaux sulfureuses dites alcalines, contenant des sels à base de soude et de potasse, celles que l'estomac tolère aisément et dont l'efficacité est le mieux assurée, et non des eaux sulfureuses dites *calcaires*, qui sont indigestes et moins efficaces que les premières. « Quand on songe, disait M. James en 1855 (*Guide pratique des eaux minérales*, p. 178), que les eaux de Saint-Honoré sont les seules eaux sulfureuses thermales du centre de la France; qu'elles jaillissent dans une contrée aussi salubre que pittoresque; que, grâce au chemin de fer de Nevers, elles ne sont qu'à quinze heures de Paris; *puis, qu'un établissement s'élèvera prochainement sur l'emplacement des sources*, on ne peut se défendre de la pensée que Saint-Honoré deviendra un jour une succursale des Pyrénées. » Le *futur* de M. James est aujourd'hui le présent ; l'établissement est construit et installé, et nous augurons également bien de son avenir.

Déjà M. Racle a constaté l'efficacité des eaux de Saint-Honoré dans bon nombre de maladies contre lesquelles les eaux des Pyrénées sont indiquées, c'est-à-dire la phthisie à sa dernière période, le rhumatisme, certaines maladies cutanées, et un grand nombre de maladies chroniques de diverse nature.

(*La suite à un prochain numéro*)

A. DECHAMBRE.

Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement, par M. L. OLLIER, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — In-8 de 116 pages, avec 1 planche. Paris, chez VICTOR MASSON.

« Que sert de discuter? répète-t-on chaque jour. Après comme avant, chaque parti ne garde-t-il pas son opinion intacte? » Cet adage plaît à beaucoup d'esprits : il dispense les timides de faire un pas, les paresseux d'apprendre, les ignorants de s'avouer tels. Aussi — trop d'exemples tous les jours lui donnant raison — cette sottise prendrait-elle peu à peu l'autorité d'un argument, si de loin en loin quelques résultats bien tranchés ne venaient témoigner des incontestables avantages d'une discussion approfondie et consciencieuse entre gens compétents et modérés.

Le microscope a eu la gloire de fournir cette preuve, en même temps que la chance d'en tirer pour lui-même les profits les plus directs. Depuis le débat solennel agité au sein de l'Académie de médecine, il n'y a plus, on peut le dire, qu'une voix sur son compte. Mises en présence, l'opposition et la confiance extrême des uns et des autres se sont trouvées si bien fondées dans leurs motifs généraux, si injustifiables dans leurs prétentions exclusives, qu'après la bataille, et une fois l'honneur du drapeau sauvegardé, de mutuelles concessions sont devenues spontanément le gage d'une paix assurée. A présent, places fortes où se cantonnait la résistance comme armée d'invasion, tout s'est retiré de ce sol désormais rendu au calme de la culture scientifique. Et si chacun, selon ses tendances, se préoccupe un peu plus, celui-ci de l'étude clinique pure, celui-là des révélations de l'œil armé, l'accord, du

(1) Voir un article de M. Ch. Racle dans le *Moniteur des hôpitaux*, 1856, n°s 49 et 50.

moins se décèlera pour tout juge impartial par l'impossibilité flagrante qu'il y aurait aujourd'hui à soutenir publiquement l'une ou l'autre de ces deux thèses : « Non, le microscope ne sert en rien le diagnostic du cancer ; » ou celle-ci : « Oui, tout cancer peut se reconnaître à la présence constante d'un élément histologique un et invariable. »

Cet immense bienfait de la discussion académique — que la Gazette hebdomadaire tint à constater l'une des premières (t. II, p. 98), — il n'est pas une publication qui depuis lors ne l'ait consacré. Mais, quelque empressement que les auteurs engagés par leurs publications précédentes aient mis à se rallier au traité de paix forcément conclu à ce moment, leur langage n'en offre pas moins çà et là des contradictions, des obscurités, des lacunes, indices de convictions plutôt dissimulées qu'abjurées, ou de transformations où le passé aimerait à voir figurer des droits qu'il n'a pas sacrifiés sans murmure.

C'est donc dans les nouveaux auteurs que nous aimons à étudier cette science nouvelle telle qu'elle a été constituée et purifiée par la salutaire campagne académique de 1854. Sous ce rapport, nul plus que M. Ollier ne saurait nous inspirer de confiance. Placé, à Lyon, dans ce milieu libre et éclairé qui convient à l'étude et repousse l'esprit de système, il a poursuivi, sous l'amical patronage de chefs de service habiles, des recherches dont les sujets ne lui étaient que trop abondamment offerts par la population de nos hôpitaux. Aussi sa thèse — on s'en apercevra bien vite — n'est pas le tribut hâtivement agencé d'un compilateur par circonstance, pressé de se mettre en règle avec les exigences scolaires ; elle résume l'existence laborieuse de plusieurs années passées à méditer par goût sur ces problèmes délicats, avec le concours incitatif des discussions, des conseils, des doutes même les plus propres à affermir une vocation, à convertir peu à peu la simple thèse inaugurale en une monographie plus digne d'être offerte que soumise aux maîtres.

L'opuscule que nous avons sous les yeux nous semble, en effet, recommandable par deux qualités que nous n'avons trouvées nulle part réunies à un égal degré. En premier lieu, il absorbe et discute, non pas seulement la spécificité de la cellule cancéreuse, mais bien l'ensemble des questions afférentes à cet objet : hétéromorphisme, hétérotopie, hypergénèse ; origine, texture, accroissement, propagation des tumeurs cancéreuses ; en sorte que la détermination des caractères microscopiques ne se trouve plus là que comme un complément de diagnostic ajouté à tous les autres résultats de l'observation anatomique et clinique, sans néanmoins que ce signe précieux perde de sa valeur pour avoir été ainsi associé aux notions d'un autre ordre, dont il éclaire, au contraire, de sa lumière propice la signification parfois assez obscure. — En second lieu, l'ouvrage de M. Ollier brille par une grande clarté d'exposition, par un choix heureux d'expressions faisant à propos image sans jamais éblouir ; le lecteur croit voir de son œil naturel, toucher de son doigt véritable, ce déluge de nucléoles, noyaux, cellules, blastèmes, tubes, sacs, etc., que les premiers inventeurs de ce nouveau petit monde n'avaient pas su toujours assez distinctement séparer du chaos. Ici chaque mot a son acception définie, chaque expression répond à un fait pathologique distinct. Et si l'auteur en crée de nouvelles, — car il ne s'est pas refusé ce droit, — il en explique le besoin et en justifie la composition avec une clarté d'aperçus qui commande, sinon leur adoption immédiate, du moins la présomption la plus favorable sur leur appropriation rigoureuse aux désidérata de la science.

Il nous en coûtera d'abréger par l'analyse cette thèse ; car nous l'avons laissé entendre et nous aimons à le dire explicitement, sous ce titre modeste, elle ne contient rien de moins que l'ensemble des notions relatives à l'étude microscopique du cancer. Mais il nous en coûterait encore plus de nous tenir, à l'égard d'un travail aussi méritant, aussi élémentaire et aussi original tout à la fois, dans la vague limite de ces formules laudatives, expédient poli de la critique envers des œuvres que recommande seulement un nom. Tâchons donc de faire connaître, par quelques extraits, et l'esprit de ce travail, et les faits nouveaux qu'il met en lumière.

La valeur à donner au mot *cancer* a préoccupé M. Ollier. Avant l'intronisation du microscope, que de confusion sur ce point dans les livres comme dans les idées ! Chacun partant d'une donnée diverse, « les médecins parlaient de l'affection cancéreuse, la décrivaient comme une unité bien établie, et les anatomo-pathologistes leur répondaient par une multiplicité de lésions. » Or, quand le microscope intervint, quel eût dû être son rôle ? « Poursuivre ce que le scalpel avait commencé ; chercher des différences là où l'œil nu ne révélait que l'uniformité ; établir des groupes naturels en se basant sur la nature des tissus ; réunir ce qui avait une structure analogue ; séparer ce qui présentait des éléments anatomiques différents. »

Mais, au lieu de ce travail rationnel, facile, fructueux, les nouveaux observateurs, comme enivrés du merveilleux pouvoir de leur instrument, voulurent s'élever tout de suite à la solution du problème vital le plus complexe ; ils crurent et dirent de bonne foi avoir découvert le caractère anatomique de la malignité, appelèrent élément cancéreux une forme unique, et refusèrent le nom et les propriétés de cancer à tout tissu qui ne la présentait pas.

Bientôt tous les esprits sages réagirent contre de pareilles conclusions. Déjà, en février 1855, M. Dechambre, dans ce journal, faisait remarquer que, pour M. Lebert lui-même, *la cellule* n'a pas une spécificité exclusive, absolue et nécessaire, mais seulement qu'il y a un rapport *à peu près* constant entre la présence de cette cellule et le pouvoir de destruction successive, de récidivité et d'infection générale, propre aux tumeurs où on la rencontre.

A son tour, M. Ollier, reconnaissant des tumeurs malignes quoique sans cellules caractéristiques, se demande si, en place du mot cancer appliqué de tout temps à des altérations différentes, et qui emporte une idée dont aucun clinicien ne voudrait revenir, il ne vaudrait pas mieux créer un nom de toutes pièces, propre à désigner les éléments qu'offrent *la plupart* des tumeurs malignes, et ne signifiant rien, absolument rien de plus. Pour créer ce mot, il ne fallait point préjuger l'origine, ni la nature du corps à définir, ni sa manière d'influencer l'organisme ; il fallait seulement tenir compte de ses caractères anatomiques. Or, comme l'individualité de cet élément paraît principalement reposer sur le large nucléole que contient le noyau, M. Ollier propose de l'appeler *macrocyte* (de μακρός, gros, et κύτος, cellule, cavité). Il préfère ce terme, qui ne va pas au delà des propriétés apparentes, au *thnétoblaste* (littéralement *germe mortel*) dont M. Robin avait, avant lui, justifié la création d'après des considérations analogues, mais qui lui semble susceptible d'une partie des reproches adressés à la *cellule cancéreuse*, puisque le noyau fibro-plastique, la cellule épithéliale, le granule pigmentaire sont, dans certaines circonstances, aussi mortels que le *macrocyte*.

Cependant si le macrocyte n'est pas le cancer, il n'en constitue pas moins le caractère, sinon unique, du moins le plus constant. Ici encore devient palpable, presque jusqu'à l'identité d'expression, l'accord que nous signalions à l'instant entre le langage actuel de M. Ollier et celui de la Gazette hebdomadaire lors de la discussion académique. Pour lui comme pour nous, c'est là une question de proportion. « La cause de la malignité nous échappe, dit M. Ollier, nous n'avons pas de signe certain qui nous la fasse prévoir. Ce que nous savons, c'est que les tumeurs de telle structure la présentent *plus souvent* que celles constituées par tel autre élément. Dans un cas, la généralisation sera la règle ; dans tel autre, l'exception. » Avant lui, M. Dechambre, éclairant le débat suscité alors entre M. Velpeau et les micrographes, écrivait : « La dissidence est uniquement dans une question de nombre, et la statistique est ici rigoureusement applicable, puisqu'elle s'applique à des termes simples : la récidive et la généralisation d'une part, et de l'autre un élément histologique déterminé. M. Velpeau dit, il faut qu'il dise pour que son opposition ait une raison d'être : l'épithélium et le fibro-plastique récidivent et se généralisent aussi bien à peu près que la cellule appelée cancéreuse ; donc ce sont aussi bien qu'elle des cancers. La cellule ne récidive, ne se généralise guère plus que l'épithélium et le fibro-plastique ; donc elle n'est pas plus ni autrement cancéreuse. Les micrographes répliquent :

L'épithélium et le fibro-plastique récidivent et se généralisent *rarement*. La cellule, quand elle apparaît bien caractérisée, flanquée de certains autres éléments microscopiques, récidive *presque toujours*.»

Nous avons tenu à rappeler textuellement le sens et les termes précis de cette déclaration répétée à l'insu l'un de l'autre par deux hommes indépendants, que leur situation en dehors des conflits personnels rend souverainement aptes à porter un jugement et qui, tous les deux, l'ont jugée de la même manière.

Cette question de nomenclature vidée, M. Ollier s'attache à décrire les caractères généraux des tumeurs cancéreuses, étudie d'abord ce que l'œil nu peut en apprendre, et n'omet pas de mentionner le plus important de ces caractères, le suc cancéreux, dont M. Cruveilhier avait si bien pressenti la haute valeur séméiologique. Les vaisseaux de ces tumeurs et leur disposition sont aussi, de sa part, l'objet d'un chapitre spécial.

Au point de vue des éléments anatomiques, l'hétéromorphisme obligé ou l'homœomorphisme possible du tissu cancéreux ont été l'occasion de dissidences tranchées. L'auteur y met un terme rationnel, en concluant, d'après les notions générales ci-dessus, que le cancer étant constitué le plus souvent par le macrocyte, mais pouvant l'être aussi par la cellule épithéliale ou les noyaux fibro-plastiques, offre tantôt la structure hétéromorphique, tantôt l'homœomorphique, quoique plus fréquemment la première. Mais, et c'est une des remarques les plus intéressantes. l'homœomorphisme est, dans ce cas, plus apparent que réel; c'est-à-dire que les cellules épithéliales d'un cancer ne seront jamais tout à fait semblables à celles de l'épiderme normal. Elles ont éprouvé des altérations que le microscope révèle, et que M. Ollier a grand soin de décrire.

Chemin faisant, se trouvent réfutées d'un trait de plume, cette étrange hypothèse d'un homme de génie, d'après qui la masse cancéreuse serait le produit du kyste qui l'enveloppe ; et celle d'une autre célébrité qui spécialisait le développement du cancer à deux tissus organiques seulement La nature n'offre rien de semblable. Un kyste protégeant le voisinage, des systèmes organiques inhabiles à subir cette viciation diathésique! Ce sont là malheureusement, mais trop réellement, des chimères ; car, comme le dit avec autant de précision que de justesse M. Ollier, le cancer n'a pas d'organe générateur ; *un vaisseau capillaire suffit pour lui donner naissance*.

Nous n'insisterons pas sur la partie de ce travail consacrée à la détermination microscopique, à la distinction des éléments cancéreux divers. Faute de la pouvoir analyser, nous nous bornons à rappeler qu'elle offre l'exemple d'un enseignement aussi complet que lumineux, malgré les bornes que lui imposait son caractère de thèse. Nous citerons néanmoins l'opinion de l'auteur sur la texture des cancers des os. La plupart d'entre eux, dit-il, ainsi que M. Ch. Robin l'avait montré pour les épulis, ne sont pas constitués par des macrocytes, mais par des éléments homœomorphes : médullocelle, myéloplaxe, cellule ou noyau fibro-plastique. On verra avec plaisir, vu la rassurante perspective qui en découle, que cette opinion se fonde sur des recherches directes et déjà assez multipliées pour lui donner de solides fondements.

Mais le microscope, entre les mains de M. Ollier, ne pouvait demeurer un instrument de simple curiosité, non plus qu'une arme à polémique. S'inspirant avec sagacité de la clinique qui parlait si haut autour de lui, il a cherché à résoudre quelques-uns des problèmes capitaux que pose si instantanément à l'esprit et à la conscience du praticien tout nouveau cas de maladie cancéreuse. D'après ses recherches, d'après la part qu'il a vu prendre au suc cancéreux dans la diffusion de la lésion locale, il compte deux périodes bien tranchées dans la généralisation du cancer (qu'il distingue, du reste, et fort judicieusement, de la génération multiple) : période d'infection ganglionnaire, période d'infection générale. La première survient à époques variables ; elle n'attend pas, pour se faire, que la tumeur soit ulcérée ; d'ailleurs elle est parfois précédée elle-même d'une infiltration plus ou moins étendue du cancer au voisinage de cette tumeur elle-même.

On parle beaucoup et partout de dégénérescence des tumeurs. D'après M. Ollier, c'est une erreur. Un tissu peut se *substituer* à un autre, et il en cite un exemple très concluant, emprunté à la clinique de M. Barrier, où l'on voit une tumeur simple récidiver, au bout de quatre mois, sous forme macrocystique. Mais jamais un tissu *ne se change* en un autre. Cette idée de substitution sera, outre son exactitude, acceptée d'autant plus volontiers que si un travail vicié de composition peut engendrer des éléments mortels à la place d'éléments simples, la thérapeutique doit par cela même espérer qu'en trouvant le moyen de modifier en sens inverse cet effort vital elle pourra arriver un jour à guérir le cancer, ou du moins à le maintenir guéri après l'opération.

C'est par les indications de cette espèce que nous terminons notre analyse. Pour M. Ollier, le cancer peut être guéri par une extirpation, mais à deux conditions : c'est qu'elle soit complète et hâtive : il reproche à la plupart des opérations de pécher par le premier point. Souvent, en étudiant les plaies d'ablation, en examinant de petites parcelles de tissu (que le chirurgien avait enlevées après coup et seulement pour égaliser la plaie), il y a observé la présence d'éléments de la nature la plus inquiétante.

Ses observations, extrêmement précieuses à cet égard, le conduisent à préciser dans quel sens, sur quels tissus, avec quelles apparences, cette infiltration locale, trop méconnue, s'étend de préférence dans les cancers de telle ou telle région, du sein et de la langue en particulier. D'où résulteront de très utiles enseignements pour la chirurgie opératoire.

Quant aux ganglions, sur six femmes mortes de maladie intercurrente après l'ablation d'un sein cancéreux, M. Ollier a constaté que quatre fois les ganglions de l'aisselle contenaient encore des noyaux macrocytiques. « On avait cependant, dit l'auteur, enlevé au moment de l'opération tout ce qui avait paru suspect ; le chirurgien avait fait explorer la plaie par diverses personnes. »

Sur ces données si précises, M. Ollier fonde une proposition, qui, justifiée ainsi, rencontrera moins d'incrédules : « Dans la majorité des cas, dit-il, le cancer ne récidive pas ; il se continue. » En effet, six fois sur dix le cancer reparaît sur la cicatrice ou à côté ; trois fois dans les ganglions voisins ; une seule fois dans les viscères. Qu'on songe d'ailleurs combien peut aisément se méconnaître l'altération des ganglions profonds.

Donc, s'il y a plus souvent continuation, progression, que récidive, n'en soyons que plus prompts, que plus hardis, à extirper de bonne heure et à extirper tout le mal. Car alors le cancer aura en quelque sorte besoin de renaître pour subsister encore ; l'économie devra pourvoir à une création nouvelle ; et l'on peut espérer 1° qu'elle n'y pourra suffire ; 2° que l'art trouvera quelque moyen de l'entraver dans cette marche ; 3° tout au moins que, durant ce temps, le malade jouira d'un répit quelquefois très long.

Comme conclusion pratique, M. Ollier nous dit : « L'ablation complète d'un cancer n'assure pas la guérison ; mais elle permet seule de l'espérer. » Un cancer localisé *demande* l'opération ; un cancer qui est déjà à la période d'infection ganglionnaire ne la demande plus, mais *ne la contre-indique pas* ; un cancer arrivé à la période de généralisation la *contre-indique* formellement. » En opérant tout ce qui est opérable, on agit dans l'intérêt le mieux compris du malade, qui est de n'être exposé qu'à *des récidives*.

Nous terminons par ces citations : à qui les saura comprendre, elles montrent mieux que des éloges ce qu'a su faire du microscope le sagace et judicieux confrère dont nous saluons avec bonheur le début plein de promesses.

P. DIDAY.

VII.

VARIÉTÉS.

COURS PUBLIC DE PHYSIOLOGIE — M. J. Béclard, agrégé à la Faculté de médecine, commencera ce cours le lundi 16 juin 1856, à deux heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants. — *Fonctions du système nerveux, fonctions de reproduction.*

— S. M. le roi de Danemarck vient d'envoyer à M. le docteur Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, la croix de commandeur de l'ordre de Danebrog, en récompense des services importants rendus par M. Vleminckx à l'armée du Danemarck, à l'occasion d'une épidémie d'ophthalmie.

— Voici, d'après la *Gazette des hôpitaux*, la liste complète des médecins militaires morts à l'armée d'Orient :

M. Volage, médecin principal. — MM. Brunweld, Girard, Pégat, Rampont, Félix, Peyrusset, Goutt, Fournier, Puel, Demicourt, Moulinier, Leclerq, médecins-majors. — Ragu, Boussan, Masson, Leclerc, Cordeau, Lardy, Dartigau, Dulac, Savaëte, Gueury, Mittemberger, Bourgueraux, Forget, Leker, Servy, Precy, Gillin, Sagne, Perrin, Laval, médecins aides-majors. — Jacob, médecin sous-aide. — Daraignes, ancien élève de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — 1856. Mai. Difformités suites d'adhérences avec le placenta, par *Montgomery*. — Division du palais, par *Collis*. — Métastase de la goutte et autres affections sur le cerveau, par *Lynch*. — Paraplégie suite d'artérite, par *Cummins*. — Déplacement du scapulum, par *Hobart*. — Théorie de M. Marshall Hall sur le système nerveux, par *Reid*. — Sur le farcin aigu, par *Browne*. — Rapport entre la pneumonie et les maladies des reins, par *Dowel*. — Ophthalmie épidémique dans les maisons de travail d'Irlande, par *Kirkpatrick*.

THE LANCET. — N°s 17 Traitement de la lèpre, par *E. Wilson*. — Pathologie utérine, par *Tyler Smith*. — Syncope sénile, suite d'irritation gastrique, par *J. Higginbottom*. — Tentative de strangulation produisant l'épilepsie ; guérison, par *A. Beardsley*. — 18. Contracture du genou ; nouvel appareil, par *J. Erichsen*. — Histoire, propriétés et emploi de l'aconit napel, par *R. Jackson*. — Pathologie utérine, par *T. Smith*. — Ulcération du col utérin traitée par la potasse caustique, par *T.-H. Shute*. — 19. Nature et traitement de la lèpre, par *Wilson*. — Sur l'empoisonnement par l'antimoine, par *Richardson*. — Emploi de l'ergot, par *Rose*. — Sur le moyen de découvrir la strychnine dans l'empoisonnement, par *C. Calvert*. — 20. Abcès symptomatique et maladie de Bright, par *W. Coulson*. — Considérations sur la chirurgie opératoire, par *Knox*. — Sur un mode de restauration dans la consomption pulmonaire, par *T. Thompson*. — Cas de maladie du rectum; par *Ashton*. — Empoisonnement par le sulfate de zinc, par *G. Gibb*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 30 à 36. — 32. Troisième communication sur l'influence des racines antérieures de la moelle sur la lumière des vaisseaux, par *Pflüger*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — 13e vol. 2e cahier. Le pouls rémitent et différent de la carotide dans les maladies du cerveau et chez les aliénés, par *Alben*. — Quelques remarques sur la proportion anormale de carbonates et de phosphates contenue dans l'urine des aliénés, par *le même*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 18. Sur l'extirpation de la rate, per le professeur *Adelmann*. — La surdi-mutité est-elle incurable ? par *Wolff*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — T. VIII, 1er cah. Résultat d'une série d'autopsies médico-légales avec considérations sur le suicide, par *Faber*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — VIIe vol. 3e cah. Constriction du duodénum chez un enfant, par *Hecker*. — Dégénérescence spéciale de la muqueuse gastrique chez un enfant, par *le même*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 17. Contribution à l'étude des causes de mort subite chez les personnes bien portantes en apparence, par le professeur *Sigmund*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N° 19. Contribution à la pathologie et au traitement du catarrhe chronique de la vessie, par *Lewinsky*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, de Günsburg. — Mai 1856.

NEDERLANDSCH WEEKBLAD. — N°s 19 à 22. Quelques observations sur la blennorrhée vaginale et son traitement, par le docteur *G.-D.-J. Huet*. — Rapport du professeur Schröder van der Kolk sur la structure et fonctions de la moelle allongée. — Cas de volvulus, par le docteur *S. Coronel*. — Applications de teinture d'iode dans les cas de cephalæmatome, grenouillette, fissure à l'anus, par *I.-J. van Hageninge*. — Rapports sur l'état sanitaire en Hollande des mois de février et mars, par le docteur *Saltet*.

EL SIGLIO MEDICO. — N°s 121. La vaccine considérée comme moyen préservatif de la variole, et curatif d'autres affections, par *T. Calzada*. — Études cliniques sur la syphilis, par *Gonzalez Olivares*. — 122. *Idem*. — Sur l'analyse des eaux minérales, par *F. Sastre y Dominguez*. — Sur la contagion du choléra; par *Martinez y Gonzales*. — 123. Sur les fièvres lentes, par *G. Caballero*. — Arsenic dans les fièvres intermittentes, par *L. Gordino Garza*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N°s 79. Quelques particularités des os du carpe et du métacarpe, par *de Carvalho*. — Climat de Funchal, par *Barral*. — Sur le choléra de Faro, par *J.-M. Correia Belles*. — Documents pour l'histoire du choléra, par *Oliveira Rocha*. — 80. Climat de Funchal, par *Barral*. — Choléra de Faro.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 7. Considérations sur la médication contro-stimulante, par *P. Spina y Martinez*. — Cancer dans l'aisselle droite ; extirpation ; gangrène ; mort, par *J. Benavides*. — 8. Anévrysme énorme de l'aorte ascendante; autopsie, par *Ortega*. — Section diagonale dans la continuité de tous les os du carpe ; plaies par incision au côté interne du bras ; amputation de l'avant-bras, par *Juan Luque*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 6 (31 mars). Diarrhée prodromique du choléra, par *Linoli*. — 15 avril. Cas de broncho-pleurite avec empyème; mort; remarques, par *Amadeo*. — 30 avril. Trois observations relatives à l'éthérisation dans le tétanos, par *Perlusio*.

LA LIGURIA MEDICA. — N° 7 (20 avril). Sur l'huile de foie de morue contre les scrofules, par *V. Centofanti*. — Emploi chirurgical de la même huile, par *Botto*. — Sur l'hygiène et la médecine navale, par *Massone*. — 8 (5 mai). Le typhus de Crimée à l'hôpital de Pammatone (Gênes), par *Balestreri*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 17. Clinique obstétricale, par *P. Castiglioni*. — 18. *Idem*. — 18. Des émétiques dans la thérapeutique, par *Bottini*. — 20. *Idem*. — 21. *Idem*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier du mois d'avril. Sur l'épidémie du choléra qui a régné à Zacinthe, par *Berettas, Berikios* et *Barbianis*. — Sur un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante, par *Chrysospathis*. — Opération d'une hernie inguinale étranglée, par *Zallonis*. — Cas de dystocie par suite de prolapsus utérin, par *le même*. — De l'emploi de la quinoïdine à l'hôpital militaire pendant le troisième trimestre de 1855.

Livres nouveaux.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES sulfureuses d'Aix en Savoie, comme moyen curatif et diagnostique des accidents consécutifs de la syphilis, par le docteur *F. Vidal*, In-8 de 33 p. Chambéry, imprimerie de Puthod fils.

DES ANÉVRYSMES ET DE LEUR TRAITEMENT, par le docteur *Paul Broca*. 1 vol. in-8 de VIII—932 pages, avec 36 figures dans le texte. Paris, Labé. 10 fr.

NOUVELLES ÉTUDES CHIMIQUES, physiologiques et médicales sur les substances albuminoïdes qui entrent comme principes immédiats dans la composition des solides et des fluides organiques tant animaux que végétaux. Mémoire présenté à l'Académie des sciences, par le docteur *P.-S. Denis*. In-8 de 236 pages. Paris, J.-B. Baillière. 3 fr. 50

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement, par le docteur *Léopold Ollier*. In-8 de VIII—118 pages avec 1 planche. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ŒIL, par *W. Mackenzie*. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *Warlomont* et *Testelin*. 2 vol. gr. in-8. Fascicules II et III, contenant les chapitres III à VI, pages 133 à 432, figures 11 à 67.

L'ouvrage comprendra 12 fascicules. Prix de chacun : 2 fr. 50

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 30 juin courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un* **mandat payable le 31 juillet prochain.**

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Tableau du prix de l'abonnement annuel à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger.*

Autriche, Bade, Bavière.	24 fr.
Angleterre, Malte ; Belgique ; Grèce ; Pays-Bas ; Égypte, Syrie, Turquie.	27
Colonies, États-Unis du Nord (voie anglaise) ; Toscane.	29
Duchés italiens ; Suisse.	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie ; Saxe ; Suède.	28
États romains	34
Portugal.	25
Sardaigne	26
Sicile	30

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 20 JUIN 1856. — N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier.

M. Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

M. Bussy, président de l'Académie de médecine, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. Corvisart, docteur en médecine.

Au grade de chevalier : M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences et à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Oppermann, dir. de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

M. Gaillard, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

M. Philippe, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

M. Cazeaux, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, auteur d'une traduction de Paul d'Égine.

M. Debout, docteur en médecine, directeur du *Bulletin de thérapeutique médicale.*

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 juin 1856, sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Sanderet, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Besançon ;

Hélie et Delacour, professeurs à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes ;

Comte (Achille), directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes.

Farge, directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres d'Angers.

Wieger et Michel, professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg ;

Coste, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille ;

Brossard, Guignant et Quotard, professeurs adjoints à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers ;

Béchamp, professeur adjoint à l'École de pharmacie de Strasbourg.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 13 juin 1856, M. Guyot, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. le docteur Duval, démissionnaire.

M. Duval, ancien professeur d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé directeur honoraire de ladite école.

FEUILLETON.

Exposition de bestiaux au Palais de l'Industrie.

L'habitué de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, quelque tolérant qu'il soit de sa nature, se demandera tout d'abord ce que nous entendons faire de lui au milieu des races bovines et porcines, et pourquoi, au lieu de le conduire à l'Hôtel-Dieu, nous le faisons entrer à l'étable. Mais, en y réfléchissant un peu, il comprendra que l'hygiène et la physiologie, même humaines, sont intéressées à ces procédés dits d'*amélioration*, par lesquels on modifie, pour ainsi dire, à volonté, la nature, la forme, la composition organique et certaines fonctions d'un animal, de la manière qui lui permet de figurer avec le plus d'honneur soit à la charrue, soit à la broche ou sur le gril. Nous pouvons même dire tout de suite que ce qui manque surtout aux éleveurs, pour les diriger dans les voies d'une saine et fructueuse expérimentation, ce sont des notions précises sur les effets physiologiques du climat, des divers genres de nourriture, du pacage ou de la stabulation, ainsi que sur le rapport qui doit exister entre les conditions de structure d'un animal et le mode de traitement hygiénique ou de croisement auquel on le soumet. Les éleveurs, il est vrai, nous retournent le compliment et prétendent que nous ne sommes pas de première force sur la pratique du métier, sur le métissage, sur le demi-sang, le trois-quarts de sang, les races, sous-races, races intermédiaires, tout le *demi-monde* enfin et le *trois-quarts de monde* des espèces domestiques. Pour éviter de répliquer, nous entrons immédiatement en matière.

L'*amélioration* d'un bétail quelconque ne s'entend pas, en économie domestique, du perfectionnement des formes naturelles, du développement des qualités innées, mais bien de l'appropriation la plus parfaite possible de l'animal à un usage déterminé. Il importe peu qu'un cheval de course soit élégant s'il est agile, qu'un cheval de trait soit de haute taille s'il est vigoureux, qu'un bœuf de boucherie ait l'encolure d'un bœuf de travail, ou réciproquement. L'agilité, la force, l'embonpoint, une riche musculature constituent

— Par arrêté en date du 16 juin 1856, S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé, sur sa demande, M. Lecœur, qui était professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, professeur adjoint de clinique externe à la même École.

Aux termes du même arrêté, M. Leclerc, docteur en médecine, a été chargé du cours de thérapeutique et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 19 juin 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TYPHUS CONTAGIEUX. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PÉRITONITE.

Deux lectures intéressantes ont eu lieu mardi dernier à l'Académie de médecine. La première, relative au *typhus épidémique et contagieux observé à l'hôpital d'Avignon*, est de M. Émile Chauffard, dont nos lecteurs ont eu plus d'une occasion d'apprécier le savoir et le talent. Nous commençons aujourd'hui la publication intégrale de ce travail, qui offre le double intérêt de la valeur scientifique et de l'actualité. L'autre lecture, faite par M. le docteur Ménière, contient l'anatomie pathologique de la péritonite. Le but de ce mémoire est d'établir que l'inflammation péritonéale s'étend toujours aux tissus sous-séreux, tout au moins à la trame celluleuse; que cette trame est friable, et que le péritoine viscéral, quand on cherche à le détacher, emporte avec lui le plan musculaire longitudinal, tandis que le plan circulaire reste adhérent à la membrane muqueuse; que toutes les tuniques intestinales sont épaissies; enfin que ces altérations amènent une sorte de rétraction de l'intestin, qui diminue sensiblement de longueur.

Ces détails d'anatomie pathologique sont beaucoup plus circonstanciés que ceux qu'on rencontre dans les traités spéciaux. Néanmoins, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que c'est précisément dans le tissu sous-péritonéal qu'on place généralement les premières lésions anatomiques qui se montrent dans la péritonite, puisque la rougeur apparente de la membrane est attribuée à l'injection des vaisseaux de la couche celluleuse. On sait très bien aussi que la péritonite a souvent pour effet de raccourcir l'intestin; seulement le fait est considéré comme moins général qu'il ne le paraîtrait, d'après les observations de M. Ménière. Enfin, il ne nous paraît pas exact de dire que les tuniques intestinales sont constamment épaissies; il est des cas, au contraire, où la tunique séreuse et la tunique muqueuse sont presque en contact par suite de l'extrême amincissement des plans musculeux.

— M. Depaul a présenté un fœtus cyclope qui lui a été envoyé pendant la séance même, et M. Bousquet a donné lecture du rapport annuel de la commission de vaccine.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE CLINIQUE DU TYPHUS CONTAGIEUX, par le docteur ÉMILE CHAUFFARD, médecin de l'hôpital d'Avignon.

Considérations préliminaires.— Une épidémie importée cet hiver, et développée dans nos salles d'hôpital, m'a fait connaître directement le typhus contagieux, que je n'entrevoyais auparavant qu'à travers une inévitable confusion, et d'après quelques-unes des relations données souvent sous des noms divers par les auteurs du siècle passé ou de celui-ci.

Nulle fièvre pourtant n'a son génie caractérisé plus à part. Malgré les traits communs que présentent toutes les pyrexies graves, le typhus contagieux se détache parmi elles avec un enchaînement de symptômes si spécial, une marche et des crises tellement propres, que ne pas le discerner entre toutes me paraît impossible.

Limitée quant au nombre des malades atteints, circonscrite dans un foyer bien déterminé, cette épidémie m'a semblé fournir des éléments d'étude sûrs, sinon faciles. Nous avons pu méditer à loisir sur la nature propre du mal, et sur les indications qui en découlent.

En même temps que l'étude des malades nous instruisait, elle nous fournissait aussi l'occasion d'admirer le haut jugement et la pénétration achevée de quelques illustres médecins qui ont décrit la fièvre dont il s'agit. Trois, en particulier, nous ont frappé : Pringle, traçant en maître consommé l'histoire de la fièvre des hôpitaux, comme il l'appelle; Borsieri, en grand critique et en nosologiste éminent, l'affection pétéchiale; Hildenbrand, enfin, écrivant son traité du typhus contagieux en clinicien voué à l'intime contemplation

---

autant de qualités dont il est souvent plus avantageux d'accroître une seule aux dépens des autres que d'obtenir la réunion chez un même animal. Cela dépend du milieu où se fait l'élevage. L'Angleterre, peu montagneuse sur la plus grande partie de son territoire, possédant d'immenses ressources en agriculture, riche en chevaux, se donne le luxe d'élever des bœufs presque exclusivement pour produire de la viande. Le principal problème que s'y posent les éleveurs est donc de produire le plus économiquement possible la meilleure chair de boucherie possible, au détriment de toutes les autres destinations naturelles de l'animal. En France, où l'espèce bovine, en même temps qu'elle sert à l'alimentation, doit fournir une notable proportion de force motrice, il y aurait inconvénient à soumettre un trop grand nombre d'animaux au traitement exclusif de l'engraissement, auquel d'ailleurs le milieu climatérique et agricole n'est pas aussi favorable que de l'autre côté de la Manche. C'est ce qu'on a compris. De là une infériorité de la France à l'égard de la Grande-Bretagne dans la production de la viande, mais infériorité purement relative, et qui, répondant à des besoins réels et importants, ne saurait passer pour un désavantage. Le pays a des nécessités comme un ménage, et les bêtes *pour tout faire* sont d'une utilité très générale. De même, en toute contrée, on a senti le besoin d'imprimer une direction toute spéciale à l'élève des vaches laitières, et la qualité qu'on parvient à leur donner en exclut d'autres que pourrait rechercher un acheteur peu éclairé.

Les deux moyens capitaux d'amélioration, dans le sens ci-dessus défini, sont, comme personne ne l'ignore, le mode d'alimentation et le croisement. A côté du croisement, qui consiste à accoupler deux individus d'espèces ou de races différentes, il faut placer l'*appareillement*, dans lequel on assortit deux reproducteurs de la même espèce. Quel que soit le moyen dont il s'agisse, on comprend très bien que les résultats doivent varier suivant l'origine des reproducteurs, suivant le climat, suivant le degré de fertilité du sol et la nature de ses productions, suivant enfin une foule de circonstances hygiéniques.

La pratique de l'engraissement se réduit en grande partie aux

de la nature. Après de pareils maîtres, le silence serait de rigueur, et l'étude de leurs écrits seule avouable, s'il n'était dans les conditions d'être de la médecine de toujours reprendre les travaux passés, de toujours reproduire les descriptions données. Il faut que les faits du jour soient retracés à nouveau; il ne saurait suffire de renvoyer aux relations écrites en un autre temps, en un autre milieu de choses et d'idées, souvent en une autre langue ou en un langage vieilli. D'ailleurs, il nous a semblé que quelques traits, non sans importance, pouvaient être ajoutés aux tableaux que nous admirons, et quelques autres plus fortement accentués; qu'enfin l'histoire de la maladie entière pouvait être plus condensée, établie en un relief plus saillant, de façon à faire mieux ressortir la physionomie propre de l'affection.

Un autre motif m'engage encore à donner la relation de l'épidémie de typhus que j'ai observée. Depuis que de remarquables travaux modernes ont plus solidement constitué une grande unité fébrile, la fièvre typhoïde, celle-ci tend à absorber, pour le plus grand nombre des médecins, toutes les espèces fébriles. Les anciens distinguaient plutôt trop que pas assez dans les fièvres; pour nous, nous avons souvent fait de la confusion, et le mouvement aujourd'hui est à en sortir. L'unité typhoïde a été, dans le principe, perçue surtout autopsiquement; on a volontiers accepté une maladie que des lésions constantes, symptômes propres et partie, mais non pas cause de l'affection, comme le voulaient quelques entraînements systématiques, constituaient avec une réelle fermeté; puis on est parvenu à fonder nosologiquement cet état morbide. Mais, par cela que la fièvre typhoïde occupe un rang important, et le premier peut-être, dans la pyrétologie des grandes villes, ce n'est pas une raison pour rejeter les autres espèse fébriles, quand même elles seraient moins bien caractérisées par les nécropsies. Il faut apprendre à diviser et à distinguer autrement que par les lésions de tissu, dans l'immense classe des maladies fébriles. Façonné à ces études les plus élevées de la médecine, on ne risque pas de méconnaître les affections nouvelles, de confondre les types divers que les constitutions annuelles et stationnaires fournissent toujours à l'observation. On est surtout prêt à compter avec les épidémies, source permanente de formes fébriles séparées plus ou moins profondément des formes communes. Popularisons donc des distinctions trop méconnues; ne restons pas au-dessous des maîtres du siècle passé, et en particulier sachons séparer, comme eux, la fièvre pétéchiale ou typhus de la fièvre lente nerveuse maligne, ou, en langage moderne, de la fièvre typhoïde.

Je n'ignore pas que cette distinction est déjà établie et presque acceptée; le typhus a été observé, dans ces dernières années, en Irlande, en Amérique, sur divers points de la France, et plusieurs pathologistes français ont su percevoir ses caractères différentiels; ils se sont même attachés plutôt à établir les différences propres qu'à décrire la maladie elle-même. Aussi croyons-nous utile de continuer ces efforts de distinction par la seule description du mal, par la seule étude de ses symptômes, de sa marche, de ses terminaisons diverses.

État de la constitution atmosphérique et des maladies régnantes. — Un mot d'abord sur les conditions au milieu desquelles a paru et s'est développée l'épidémie, sur les maladies régnantes de cette saison d'hiver et de printemps. Notre hiver a été très doux, et n'a pas présenté les variations brusques de température si communes dans nos contrées. Des pluies plus fréquentes et plus prolongées que d'habitude ont régné, entremêlées de belles et chaudes journées. Aussi les maladies ont été remarquablement peu nombreuses et bénignes. Jamais, en pareil temps, je n'avais moins observé de phlegmasies aiguës de poitrine, de fièvres éruptives ou autres. Quelques rares fièvres typhoïdes peu graves, continuation des maladies d'automne, quelques synoques prolongées, de simples embarras gastriques, des rhumatismes articulaires aigus peu intenses et sans complications, formèrent le contingent de nos maladies aiguës dans l'hôpital.

Au dehors, mais surtout dans la population aisée, se montrèrent des fièvres catarrhales rémittentes. D'un type obscur au début, plutôt continentes que rémittentes, ces fièvres commençaient à se dessiner franchement vers le septième jour, s'accompagnaient alors, vers le milieu ou la fin du jour, de frissons vagues, quotidiens ou tierces, suivis de redoublement et de sueurs nocturnes, et offraient le matin une rémission marquée. En même temps, la prostration augmentait, la langue pourtant restant humide et le ventre libre. Le sulfate de quinine donné du neuvième au treizième jour enchaînait les redoublements, et la maladie dès lors se jugeait. Quelquefois pourtant, après cinq ou six jours de calme et de sédation, le mouvement fébrile, les horripilations, les sueurs reprenaient; de nouvelles doses du sel fébrifuge, et souvent considérables, étaient nécessaires, et toujours parfaitement tolérées. J'ai fait remarquer que ces fièvres rémittentes atteignirent principalement les personnes dans l'aisance, et placées en dehors des conditions de travail et de vie rude accoutumées dans les classes laborieuses. Cela tenait, sans doute, à ce que ces ma-

---

deux principes suivants : 1° choisir des aliments propres à fournir du tissu adipeux et à gonfler la fibre musculaire sans lui ôter sa succulence ; 2° faire que les animaux en digèrent (nous ne disons pas en *consomment*) le plus possible dans un temps donné. L'usage trop prédominant d'aliments azotés et peu aqueux, tels que pois, fèves, graines, donne la chair dense et ferme qui convient aux bêtes de travail et non aux bêtes à l'engrais. Néanmoins, ces aliments, qui renferment beaucoup d'albumine, de fibrine, de matières grasses (le maïs surtout), sont de nature à contribuer puissamment à l'empâtement des animaux, si l'on y joint une quantité suffisante d'aliments aqueux. Les herbages frais conviennent principalement, et l'on sait qu'en Angleterre, dans la Normandie, dans le Charolais, sur les bords du Rhin, l'*engraissement de pâture* est une méthode constituée et très suivie. Il y a des aliments qui sont tout à la fois très aqueux et assez chargés de principes carbonés : le trèfle en fleurs, par exemple, qui contient, suivant M. Boussingault, 3,4 pour 100 de matières grasses, et les résidus de distillerie de grains, les racines sucrées, comme la carotte et la betterave. Ce sont de bonnes ressources pour l'engraissement. Suivant M. Crud, la betterave est, de toutes les racines cultivées pour la nourriture du bétail, celle qui fournit le plus à l'assimilation. Les éleveurs anglais nourrissent leurs bestiaux à peu près comme eux-mêmes, c'est-à-dire avec force pommes de terre, et l'on peut dire qu'ils *arrangent* l'animal vivant comme ils se proposent d'arranger plus tard les morceaux de sa culotte. L'excellence de ce genre d'alimentation était déjà attestée par ces beaux types de faces fleuries, qui vous apparaissent dans les rues de Londres, entre deux pointes de faux-col et en avant d'un chapeau placé sur la nuque, comme une lune qui aurait fait un trou dans un nuage noir; mais une démonstration plus directe est fournie par l'exposition anglaise. L'emploi des féculents à large dose favorise l'expansion des tissus, et contribue à donner ce bétail *fin gras* si recherché des amateurs. La pomme de terre et le topinambour ont la même influence sur l'engraissement des porcs ; l'Exposition en offre des exemples d'une magnifique monstruosité.

Mais la convenance de l'aliment n'en fait pas toute la vertu.

ladies reconnaissaient des causes d'une action modérée et soutenue auxquelles sont sujets les gens d'habitudes paisibles et régulières, et dérobés ceux qui se livrent à des travaux journaliers. Ces causes sont, par exemple, un refroidissement lent et insensible, amené par le repos dans un air ambiant peu froid, mais humide, les alternatives de chaleur des appartements et d'humidité extérieure, sans que d'ailleurs la rigueur du temps engageât à se défendre par des vêtements chauds et épais; tout au contraire, relativement aux autres années, on se vêtissait peu, pour ne pas être incommodé par trop de chaleur.

J'ai tenu à donner ces détails afin de montrer que, soit dans nos salles d'hôpital, qui étaient presque vides et sont d'ailleurs spacieuses, élevées, aérées, très propres; soit au dehors, dans la constitution médicale de la cité, caractérisée par les quelques fièvres catarrhales rémittentes dont je viens de parler, rien ne pouvait appeler le typhus contagieux, ni le modifier après son apparition. Amené par la contagion, celui-ci devait trouver un terrain vierge, de façon à garder son développement propre, sans être obscurci par aucune complication émanant de maladies régnantes. Cela était d'autant plus important à signaler que la plupart des observateurs affirment que le typhus contagieux subit facilement et nécessairement l'influence de la constitution médicale concomitante, et prend ainsi des caractères nouveaux ou perd de ceux qui lui appartiennent. « Les fièvres contagieuses, dit Hildenbrand, bien plus que les fièvres sporadiques, sont soumises à l'influence de la constitution régnante. Suivant que cette constitution est inflammatoire, ou bilieuse, ou de la nature des fièvres intermittentes, le caractère propre du typhus, surtout dans certaines périodes, est tellement influencé par ces circonstances, que le type de la maladie en est changé et qu'il faut avoir recours à d'autres remèdes ou à des médicaments plus énergiques. Toute épidémie, soit qu'elle provienne de la saison, de la température ou de toute autre cause, tient également sous sa dépendance, non-seulement le typhus contagieux, mais encore toutes les autres maladies qui se montrent en même temps. Mais s'il n'existe aucun caractère particulier de maladies régnantes, le typhus reste plus ou moins simple et régulier. » Nous étions donc dans les conditions voulues pour observer le typhus normal dégagé de toute complication, établi et propagé dans ses caractères par la contagion qui lui est propre. Les conditions individuelles pouvaient seules amener des phénomènes accidentels, des formes irrégulières et anomales. Mais si l'on songe que celte maladie est essentiellement contagieuse, et qu'une telle qualité prédominante de soi, efface toutes les variations particulières sous une puissante uniformité, on sera convaincu d'avance que le vrai typhus contagieux, importé dans notre milieu, devait s'y établir avec toute régularité. C'est aussi ce que nous a révélé l'observation : une maladie contagieuse, à phases parfaitement dessinées, et se montrant dans presque tous les cas, à travers les différences de gravité, exactement semblable à elle-même et éloignée de toute autre espèce fébrile. Cette constante identité de la forme morbide est déjà une garantie de sa régularité. Les formes irrégulières sont par elles-mêmes dissemblables, à moins qu'elles ne reconnaissent une cause particulière puissante, assurée et exceptionnelle; et l'on a vu que nous étions en dehors de toute cause pareille.

Importation et propagation contagieuse du typhus dans les salles de l'hôpital. — Il importe d'élucider ces points : le fait de contagion qui doit en ressortir constitue l'un des caractères essentiels de la maladie. Le 13 février dernier, une évacuation de malades eut lieu de l'hôpital de Dolma-Batché de Constantinople, et à leur arrivée à Marseille, une partie de ces militaires malades ou convalescents fut aussitôt dirigée sur l'hôpital d'Avignon, presque vide alors. Ils y entrèrent le 27 février, quatorze jours après leur départ. Nous reçûmes par ce premier convoi une centaine de malades; huit jours après, un second et pareil convoi nous fut adressé, venant aussi de Constantinople. D'après la notoriété publique, le typhus régnait dans les hôpitaux de cette ville, et avait déjà été importé de là dans les hôpitaux de Marseille. Nous étions loin pourtant de nous attendre à le voir suivre cette arrivée que nous ne suspections pas. Ces militaires étaient pour la plupart convalescents et assez valides : c'étaient d'anciens scorbutiques rétablis, des blessés guéris, des soldats ayant subi des congélations partielles des orteils ou du pied; les seuls malades parmi eux étaient des diarrhéiques parvenus au dernier degré de l'émaciation, en proie à une colliquation opiniâtre. Nous n'avions donc à soigner que des états morbides chroniques. Toutefois, parmi ces soldats se trouvait un fébricitant, homme bien conservé, qui n'avait eu à Constantinople qu'un scorbut léger et dont il ne restait pas de traces apparentes. Il avait été pris de frissons deux ou trois jours avant son entrée dans nos salles. Nous constatâmes une fièvre vive, sans signes d'état catarrhal. Cette fièvre nous parut une synoque franche, une sorte de fièvre inflammatoire, et fut attribuée par nous aux fatigues de la traversée. Mais dès le lendemain l'allure anomale de

---

C'est en grande partie des règles suivies dans la distribution de la nourriture que dépend le succès.

Il importe, avons-nous dit, que les animaux digèrent, dans un temps donné, la plus grande quantité possible de substances nutritives. On y arrive par deux moyens combinés : d'abord en accoutumant l'estomac à digérer de bonne heure ces substances; ensuite, par des repas peu copieux, mais fréquents et variés. L'alimentation précoce est plus répandue en Angleterre que chez nous. Cet usage abondant des féculents dont nous parlions à l'instant commence, chez nos voisins, la mise en pratique de l'engraissement; on y soumet les animaux tout jeunes encore; tandis que, chez nous, on débute généralement par une nourriture légère. Chacun de ces deux systèmes a ses inconvénients et ses avantages. Si l'alimentation précoce est mal supportée, les animaux arrivent promptement à un état de pléthore qui est le contraire de celui qu'on veut produire, puisque le parfait engraissement suppose un certain degré de lymphatisme. Mais si l'estomac la tolère, le but est plus rapidement atteint, et alors on gagne deux avantages économiques : celui d'obtenir à meilleur compte un même degré d'engraissement, et celui d'activer la production en activant le débit. C'est ainsi que l'Angleterre parvient à produire, relativement au chiffre de la population, quatre fois plus de viande de boucherie qu'en France, ce qui ne prouve pas contre son système. Notre système, à nous, est plus prudent, mieux approprié au but, mais, en définitive, moins avantageux. Telle est du mois l'opinion d'agronomes distingués.

De quelque manière qu'on ait commencé, on finit à peu près de même partout. Il n'y a qu'une opinion, en effet, sur l'importance d'une alimentation *à doses réfractées*, et en même temps très variée. Grosnier, dans son *Cours de multiplication des animaux domestiques*, dit que les engraisseurs de Bresse distribuent journellement à leurs bœufs d'engrais 30 à 40 livres de fourrage sec, 20 livres de pommes de terre cuites, 20 livres de farine mélangée avec du son, et que, avec ce mode d'alimentation, l'opération de l'engraissement dure à peine trois mois. M. Magne, qui cite Grosnier, fait le calcul suivant : « Supposons, avec les auteurs allemands, qu'on

cette fièvre qui nous frappa : l'ouïe devint très dure, la tête parut s'engager, et vers le troisième jour, une éruption particulière, commencée sans doute de la veille, avait couvert la poitrine, le ventre, les bras, les cuisses. Tout nous sembla insolite, car nous ne soupçonnâmes pas devant ce premier malade la nature réelle du mal; mais nous fûmes bientôt éclairés. Trois ou quatre jours après l'arrivée de ces malades, et alors que cette maladie fébrile exanthématique me préoccupait, un militaire voisin de lit, venant également de l'hôpital de Dolma-Batché, fut pris de frissons, de fièvre, de surdité, de délire, et enfin présenta le même exanthème. Peu de jours après, un autre soldat, étranger à l'armée d'Orient, fortement constitué, en séjour dans nos salles pour une fièvre quarte opiniâtre, mais vigoureux encore malgré les fréquentes récidives de cette intermittente, fut aussi frappé, et plus terriblement. En rapprochant ces derniers faits, qui d'ailleurs se multiplièrent rapidement, il nous fut impossible de méconnaître les caractères et la présence du typhus contagieux. Pendant tout le mois de mars et la première moitié d'avril, la contagion sévit dans les salles des militaires. Ceux-ci ne furent pas seulement atteints : deux dames religieuses vouées à les soigner furent saisies, et l'une d'elles succomba. Deux infirmiers des mêmes salles eurent le même sort; l'un des deux, veilleur de la salle, était sorti le 24 mars pour échapper à la contagion, mais il en emportait le germe, et le 31 mars il rentrait à l'hôpital, atteint d'un typhus qui l'enleva en peu de jours. Deux autres domestiques de l'hôpital, l'un chargé du soin de l'amphithéâtre et de la salle des morts, l'autre aveugle et préposé aux bains, furent atteints également. Le premier venait habituellement passer l'après midi dans la salle des militaires; il mourut dans d'horribles agitations, exhalant une odeur affreuse, le corps tout couvert de vibices et de larges plaques ecchymotiques. Le second n'entrait jamais dans les salles infectées, mais il était en communication avec les autres infirmiers, et dînait tous les jours à côté de l'un de ceux que la contagion avait gagnés; il guérit heureusement. Enfin, je dois encore compter, parmi les employés de l'établissement frappés de la maladie, un tuberculeux depuis longues années dans l'hôpital, toujours valétudinaire, pâle mais peu amaigri, assistant de l'aumônier; il offrit peu de résistance au mal qui l'emporta. En total, nous eûmes 21 malades atteints dans l'hôpital, sur lesquels 7 périrent. Je fus appelé en outre, mais seulement dans les derniers jours de sa maladie, auprès d'un jeune étudiant en médecine, modèle de travail et de dévouement, remplissant les fonctions de sous-aide dans l'hôpital militaire temporairement établi dans notre ville pour les besoins de l'armée d'Orient. Il avait contracté le typhus, auquel il succomba, auprès des malades frappés de cette fièvre contagieuse qui sévissait aussi dans cet hôpital.

On voit que le caractère contagieux de cette affection fébrile est incontestable, et que la transmission contagieuse est une des grandes voies de la propagation de ce mal. C'est la seule que nous ayons observée. Notre typhus a été directement importé des hôpitaux de Constantinople. Rien, comme on l'a vu, ne pouvait en favoriser le développement spontané dans nos salles. Je laisse donc à d'autres observateurs le soin de préciser quelles sont les causes primitives, originaires du typhus, alors qu'il naît sans contagion préalable, qu'il s'organise et s'étend sous l'influence des conditions premières qui entraînent sa formation. J'incline pourtant vers l'opinion de Pringle et d'Hildenbrand, accueillie depuis par la plupart des observateurs, qui rapporte le typhus originaire à l'atmosphère des hôpitaux, des prisons, des camps encombrés, altérée et surchargée de beaucoup d'exhalaisons, surtout des exhalaisons des malades, ou de matières organiques en fermentation putride. Peut-être aussi faut-il tenir compte de l'état des individus vivant au milieu de cette atmosphère, et appauvris par une nourriture malsaine sous quelques rapports, ou par des fatigues soutenues, ou par les ennuis et la nostalgie. Quelle que soit la vérité à cet égard, la contagion suffit seule à répandre le typhus. Cette contagion est-elle directe, provoquée par le contact, ou dépend-elle d'une atmosphère d'infection créée par le malade, et pénétrant par les voies respiratoires dans un organisme sain? L'un et l'autre, sans doute, et, à bien examiner, il n'y a pas grande différence entre ces deux modes de contagion. On peut avancer, en outre, que le typhus ainsi produit et propagé, quand d'ailleurs il n'y a pas une influence marquée des maladies régnantes, doit être type, régulier, parfaitement constitué dans ses caractères normaux, exempt des complications amenées par les causes mêmes qui font éclater le typhus originaire, et qui peuvent imprimer à la maladie telle ou telle allure. Aussi, quoique nous n'ayons observé qu'un nombre restreint de cas, nous pensons qu'ils nous suffisent à dresser le vrai tableau du typhus normal. Une observation plus étendue nous aurait sans doute montré diverses complications dans la marche et les phénomènes de la maladie, mais n'aurait pu modifier la description de la maladie pure.

Avant de terminer cet exposé de la propagation du typhus

---

engraisse un bœuf qui consomme par jour 20 livres de foin, 4 livres de farine et 2 onces de sel; il sera gras dans l'espace de vingt semaines, et il aura consommé 2,800 livres de foin, 560 livres de farine, 17 livres 1/2 de sel ; mais si, au lieu de 4 livres de farine, nous en donnons 6 livres 1/4, le foin et le sel restant invariables, nous l'engraisserons en quatre-vingt-dix jours, et les frais s'élèveront à 1,800 livres de foin, 560 livres de farine, 11 livres 1/2 de sel. Ainsi, nous aurons épargné 1,000 livres de foin, 6 livres 1/4 de sel, et nous aurons couru moins de risques d'accidents; nous aurons, en outre, économisé des frais de pansage, et la quantité de fumier est toujours proportionnelle à la nourriture consommée. » L'important, nous le répétons, est que l'assimilation soit en rapport avec la consommation. Cela étant, on peut dire — et c'est là un axiome parmi les éleveurs — que toute dépense de nourriture qui profite à l'engraissement est un bon calcul. Or l'un des moyens les plus sûrs d'assurer une bonne et prompte digestion est la grande variété des aliments. Les bêtes bovines ont l'estomac plus ennemi de l'uniformité que celui d'un certain valet dont parle la Fontaine, et les meilleures betteraves, répétées chaque jour, leur sont *pâté d'anguilles*.

Il se passe à la fin de l'opération un phénomène digne d'être noté. L'engraissement a son *maximum*, variable suivant les races et les individus, au delà duquel le traitement serait continué en pure perte. Il faut alors revenir à la nourriture ordinaire et se hâter de vendre. Le tact des éleveurs s'exerce à saisir ce point précis. On comprend aisément que les habiles, qui ont le talent de ne pas augmenter inutilement le prix de revient de l'animal, ont sur la place une supériorité marquée à l'égard de leurs confrères.

On choisit, pour l'engraissement, les bœufs qui ont la peau fine, les os minces, les jambes courtes, le dos horizontal, l'encolure forte, le poitrail large ainsi que la culotte, les côtes longues et arrondies. On attend, pour commencer l'opération, que tous les effets de la castration aient été produits, et que l'individu ne conserve plus rien du taureau. Ce sont des échantillons analogues qu'on choisit également parmi les moutons, en ayant soin de pratiquer préalablement la tonte. Les bœufs d'engrais les plus célè-

dans nos salles d'hôpital, je dirai, en un mot, comment il nous a été permis de l'arrêter. Nous avons pu obtenir promptement des congés de convalescence pour tous les militaires qui le désiraient, et nous avons dirigé les autres sur les dépôts de leurs régiments. De la sorte, nos salles se sont désemplies ; un petit nombre de malades seulement y a séjourné. Grâce à la douceur du climat, j'ai fait laisser durant le jour toutes croisées ouvertes; la contagion s'est éteinte d'elle-même vers le milieu d'avril. Il eût été préférable, sans doute, le caractère de la maladie reconnu, d'isoler les malades atteints, ou de leur affecter une salle particulière; mais la distribution intérieure de notre hôpital ne le permettait pas.

Prodromes du typhus contagieux. — Les prodromes du typhus contagieux ont peu préoccupé les observateurs, et leur ont presque entièrement échappé. Pringle se tait à cet égard ; Hildenbrand ne reconnaît d'autres avant-coureurs du typhus que ceux qui se rencontrent dans toutes les fièvres. Les autres écrivains ne relatent également que des symptômes sans caractère, et qui ne peuvent distinguer les prodromes réels du typhus de ceux des affections fébriles graves. Il est, en effet, nombre de prodromes communs au typhus et aux fièvres graves, tels sont: pesanteur de tête, céphalalgie fixe ou venant par moments, vertiges, sentiment d'ivresse et de brisement dans les membres, lassitude générale, douleur des lombes, chute des forces, tristesse, dégoût des aliments, haleine fétide, frissons erratiques légers, irréguliers, bouffées de chaleur, surtout après le repas. Parmi ces symptômes, on peut pourtant en spécialiser quelques-uns dans leur mode de manifestation propre au typhus : ainsi la pesanteur de tête, le sentiment de vertige et d'ivresse, sont très prononcés et entremêlés de moments de céphalalgie frontale pertérébrante, venant et disparaissant plusieurs fois durant le jour et la nuit. Toutefois, ces distinctions seraient difficiles et incertaines.

Mais on rencontre des prodromes plus assurés du typhus, et propres, croyons-nous, à cette affection. Ce sont, en premier lieu, une certaine hésitation dans la parole, une sorte de tremblotement de la voix qui va quelquefois jusqu'au bégaiement, et une incertitude analogue dans les mouvements volontaires, surtout ceux des membres supérieurs. Cette incertitude dans les mouvements se révèle par un tremblement plus ou moins prononcé dans les bras et les mains, alors que la personne menacée de typhus veut les soulever ou saisir un objet. Ces tremblements sont quelquefois légers, en d'autres cas très manifestes et pénibles pour le patient. Ces symptômes prodromiques me paraissent très ordinaires dans le typhus imminent, même constants à un degré quelconque. Les cas que j'ai observés s'étant déclarés, pour la plupart, dans mes salles mêmes (les autres provenaient de la salle attenante des militaires blessés), j'ai plusieurs fois perçu distinctement ces symptômes, et ai pu en constater la filiation avec la maladie qui les suivait; mais parfois aussi ils sont peu prononcés et peuvent échapper soit au médecin, soit presque aux malades eux-mêmes. Le médecin, n'ayant pas à arrêter son attention sur des personnes qui ne se sentent pas encore malades, passera souvent sans rien remarquer, quoique ces personnes, en séjour dans une infirmerie ou dans des salles d'hôpital, soient directement soumises à son observation, et contractent sous ses yeux les germes de l'affection contagieuse. Cependant si une épidémie de typhus règne, et si les prodromes ci-dessus indiqués lui sont connus, ils ne sauraient toujours se dérober à ses investigations. Quant aux malades, militaires surtout, ils sont d'ordinaire si peu éclairés sur leurs véritables intérêts, qu'il ne faudrait guère compter sur eux pour révéler dès l'apparition de pareilles sensations. Tout au plus, le mal déclaré, peut-on, par une interrogation minutieuse, leur faire exprimer ce qu'ils ont éprouvé durant les jours précédents.

Mais il est encore un autre prodrome du typhus plus distinct et certain, et surtout plus facile à percevoir pour le patient, que tous ceux qui précèdent : il consiste dans les bruits et les bourdonnements des oreilles. Je n'ai pas vu un malade qui ne les ait distinctement éprouvés plusieurs jours avant d'être saisi par les frissons d'invasion de la fièvre. Comme ce symptôme ne peut donner lieu à aucune confusion, qu'il est de soi manifeste pour l'individu qui le ressent, sa constatation prête moins aux chances d'erreur. On ne court pas le risque d'avoir une réponse douteuse: c'est évidemment oui ou non, surtout lorsqu'on interroge les malades dès le début de la maladie. La plupart aussi me l'ont énergiquement confirmé, lorsque arrivés à la convalescence ils rentraient en possession de toutes les facultés intellectuelles. Ce prodrome, ai-je dit, m'a paru constant; aussi suis-je très étonné de ne pas le trouver mentionné à part et comme tel dans les descriptions données du typhus. Hildenbrand parle bien du bourdonnement des oreilles comme de l'un des symptômes le plus incommodes du typhus, et même comme un de ceux qui cessent les derniers, ce que j'ai souvent vérifié; mais il ne le donne pas comme prodrome, et même ne le mentionne qu'à dater du second jour de la maladie. Cependant il préexiste

---

bres appartiennent à l'Angleterre, ce sont les Hereford, les Durham et les Angus ; ces deux dernières races figuraient avec grand honneur à l'exposition, les Angus surtout, si nouveaux pour nous et si originaux avec leur tête sans cornes. Ailleurs, on cite principalement les races hollandaise, charolaise, cotentine et garonnaise. La garonnaise avait, au palais de l'Industrie, des types magnifiques. Quant aux moutons, les plus beaux sont les Dishley qui sont à l'espèce ovine ce que sont à l'espèce bovine les Durham à petites cornes ; puis viennent les Norfolk et les Champenois.

De gustibus non disputandum. Les Durham sont fins de chair et de peau ; il n'est pas de bœuf d'engrais dont la forme étalée au poitrail, aux reins, aux fesses, aux cuisses, soit mieux disposée pour recevoir une grande quantité de muscles ; il n'en est pas chez qui le poitrail, la croupe, l'attache de la queue, toutes les parties enfin qui, en argot d'éleveurs, portent le nom de *maniements*, soient plus pleines et plus potelées. Mais la chair de cette superbe bête est grasse, et, à notre avis, moins succulente que celle des bons cotentins. Le feuilleton déclare à la face du Ciel qu'il préfère les fins gras français aux fins gras britanniques, et beaucoup de bouchers sont de son avis sur le marché de Poissy. Il ne s'agit encore que des races pures et non des sous-races, dont nous allons nous occuper.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

— MM. Sautier, Molinard et Desblanc, médecins militaires, viennent de succomber au typhus qui sévit en Orient.

59 médecins sont morts du typhus ;
11 — — de diverses autres maladies.

— Le *Courrier de l'Isère* rapporte que M. le docteur Aragon (de Bourg-d'Oisans) a péri, le 29 mai, victime des inondations qui ravagent une partie de la France. M. Aragon, en revenant la nuit de visiter ses malades dans les montagnes, a été surpris par les eaux d'un torrent et entraîné par elles. Le 31 mai son cadavre n'avait pas encore été retrouvé.

certainement à l'invasion de la fièvre, et même parmi tous les prodromes il est initial et dominant, si je puis m'en rapporter à ce que j'ai observé et si j'ai eu affaire au typhus normal et régulier, ce qui à aucun point de vue ne saurait être mis en doute. Pour moi, le tintement des oreilles est au typhus ce que la diarrhée prémonitoire est au choléra, et cela tout au moins, et sans aucune exagération de ma part.

Nous résumerons donc les prodromes du typhus en prodromes communs au typhus et aux fièvres graves, avec un cachet pourtant qui les spécialise assez souvent dans le typhus; en prodromes spéciaux, embarras de la parole, tremblotement de la voix, bégaiement, tremblements des mains et des bras; et enfin en prodrome pathognomonique et tout à fait initial, bourdonnements ou tintements des oreilles.

On comprend l'importance que peut acquérir cette détermination rigoureuse. Quel intérêt pour tous, et pour ceux, en particulier, qui sont exposés par devoir à contracter la contagion typhique, de connaître avec précision l'instant même où le miasme les gagne et impressionne l'économie d'une manière sensible !

Quelle durée faut-il assigner aux prodromes du typhus? Je ne pense pas qu'il soit aisé de répondre avec exactitude à cette question, ni même qu'il y ait une durée fixe et normale. Si je m'en rapporte au dire de mes malades et au contrôle que j'ai pu en faire, cette durée varie de cinq à dix et même à douze jours. Elle ne saurait, je crois, être moindre de cinq jours; toutefois, je dois faire des réserves à cet égard.

Avant de quitter cette étude des prodromes, je relaterai un fait remarquable, tendant à prouver que, dans le typhus, on peut directement passer de l'état prodromique à une issue funeste, à une agonie subite, sans la maladie réactive intermédiaire. Un militaire du premier convoi expédié de Constantinople le 13 février, entra le 27 de ce même mois à notre hôpital. Il était un peu pâle et amaigri, nous dit qu'il avait eu la diarrhée en Orient, mais que depuis longtemps déjà il était guéri, et que présentement il se trouvait bien portant, avait de l'appétit et digérait bien. La langue était naturelle, le ventre souple et indolore, le pouls absolument calme. Comme à tous les soldats dans cet état, je prescrivis seulement une alimentation suffisante, attendant tout du temps, du repos et d'un bon régime pour remettre ces corps fatigués. Quelques jours passèrent, pendant lesquels se déclarèrent les trois premiers cas de typhus. Ces premiers cas, on le sait, ne nous frappèrent que par une expression insolite de maladie; nous étions devant l'inconnu, non encore fixés sur le genre de l'affection et la nature du mal. Nous enregistrions les symptômes s'offrant à nous, sans les rattacher d'ailleurs par une idée préconçue à aucune espèce fébrile; surtout nous ne savions à peu près rien sur les prodromes réels de cette fièvre. Pendant donc que nous observions les premiers typhiques, ce malade, huit jours après son entrée, se plaignit d'embarras de parole, d'un bégaiement qui le fatiguait beaucoup; en même temps, il entendait du bruit dans les oreilles, avait même pris l'ouïe dure, et ne pouvait s'empêcher de trembler des mains lorsqu'il voulait s'en servir. Cependant l'appétit se conservait, le sommeil était paisible, et surtout la chaleur de la peau naturelle, le pouls normal, ni ralenti ni accéléré. Cet état, au dire du malade, était récent, ne datait que de l'avant-veille; et au fait, en l'interrogeant les jours précédents, je n'en avais pas perçu trace. Je ne trouvai pas là des signes assurés d'une affection cérébrale, ni d'un ramollissement, ni d'une compression par épanchement séreux à la surface des méninges. L'invasion récente, les antécédents, l'âge du malade, et surtout le caractère particulier des symptômes m'éloignaient de toutes ces conjectures. Après réflexion, je ne conseillai au malade que le repos; aucune indication ne me parut pressante; je crus devoir maintenir le régime alimentaire que le malade désirait et supportait bien, et, à mon sens, nécessaire pour la restauration des forces. Les jours d'après, le mal n'avait pas empiré; le malade s'était presque habitué aux sensations incommodes qu'il éprouvait, et s'en plaignait moins. Cependant la sœur de service me dit qu'il était silencieux et un peu abattu dans la journée. Le pouls restait normal. Après cinq ou six jours d'expectation pure, sans traitement particulier, tellement l'affection me paraissait douteuse et incertaine, le malade, au milieu de son repas du matin, assis sur son lit, pâlit tout à coup et tomba comme foudroyé. Il perdit aussitôt connaissance, fut saisi de convulsions générales, sans qu'un côté fût plus affecté que l'autre; la respiration devint stertoreuse; un râle comateux et apoplectique s'empara de lui et ne le quitta plus. Je le vis dans cet état à ma visite de l'après-midi; le matin même, rien ne m'avait frappé dans son aspect. Malgré les soins appropriés donnés par l'interne de service et par moi ensuite, le malade expira dans la soirée. A l'autopsie, injection des méninges, épanchement séreux à la surface des hémisphères et dans l'intérieur des ventricules cérébraux ; lésions ultimes et provoquées par l'exaspération subite d'une activité morbide obscure jusque-là, et par sa concentration sur les milieux encéphaliques.

Ce fait me paraît devoir être rattaché à une contagion opérée dans des conditions spéciales. Le malade éprouve tous les symptômes prodromiques du typhus et rien que ces symptômes; le mal reste insidieusement latent; l'économie semble reculer devant la nécessité de réagir contre les germes morbides qui s'amassent en elle. Mais bientôt les forces vitales ne résistent plus à l'affection, et celle-ci se dégage avec éclat. Une agonie précoce se déclare, sans lutte morbide préalable, sans aucune tentative de réaction salutaire. La mort, d'ailleurs, s'opère par la lésion terminale de la plupart des typhus. Hildenbrand l'appelle improprement terminaison par apoplexie; Horn la précise mieux dans un mémoire intitulé : *Des collections d'eau dans l'organe cérébral qui sont une terminaison fréquente du typhus;* il lui donne, à tort aussi, le nom de terminaison par hydrocéphale.

Des faits comme le précédent sont bien en rapport avec le génie propre du typhus ; ce génie revêt au plus haut degré les marques de ce que Le Roy et Buchan appelaient malignité, Hildenbrand caractère nerveux, Pinel ataxie, de ce qu'on pourrait appeler, d'après la cause, *contagium* fébrile. Et en effet, les maladies contagieuses portent toutes plus ou moins cette empreinte particulière, nulle pourtant à un si haut point que le typhus. Je ferai également remarquer combien les prodromes que nous avons donnés comme propres au typhus, parole hésitante, tremblements des bras et des mains, tintements des oreilles, concordent avec l'atteinte profonde ressentie par les forces et l'innervation, atteinte dont les traces ne s'effacent pas durant tout le cours de la maladie.

Invasion et marche du typhus jusqu'à l'apparition exanthématique. — Après la période prodromique pendant laquelle l'économie s'infecte et les forces vitales se dépriment sous la cause affective, une réaction se déclare et s'organise contre cette cause ; la vie se soulève contre les troubles suscités en elle. Ce soulèvement initial commence, comme dans toutes les fièvres graves, par l'apparence d'un ressentiment

morbide plus profond, auquel succède une réaction plus ou moins vive et franche. Les extrémités, puis tout le corps se refroidissent; le malade pâlit; l'engourdissement fébrile le saisit; des frissons, d'intensité et de durée variables, s'emparent de lui. Ces frissons peuvent persister pendant deux et même trois jours; ils sont alors irréguliers et vagues, quoique pénétrants, entremêlés de bouffées de chaleur, de longs abattements, d'horripilations dans le dos; ils se terminent par un frissonnement plus fort et plus durable, survenant à la fin du second ou du troisième jour, et suivi d'une chaleur fébrile plus intense et soutenue. Souvent, au contraire, l'invasion fébrile s'effectue tout à coup et violemment par un long et énergique frisson de plusieurs heures de durée, se déclarant après les jours prodromiques et ordinairement avant l'entrée de la nuit. A ce frisson plein d'angoisses succède une chaleur ardente, et la maladie prend son cours. Je ne saurais affirmer lequel des deux modes d'invasion implique un typhus plus grave; après l'un et l'autre, j'ai observé des typhus guérissant et des typhus mortels; dans les deux cas, la modération des symptômes est un bon signe. Il est un autre mode d'invasion qui m'a paru très redoutable : il s'opère par deux frissons également longs et violents, se succédant à vingt-quatre heures de distance. Après le premier frisson, la maladie semblait établie comme dans le cas précédent; cependant le frisson se renouvelait le lendemain, prolongé et accompagné de grandes angoisses; la chaleur ne reparaissait qu'avec une exaspération de tous les symptômes. Ce furent des indices mortels chez le malade qui les présenta.

En même temps que la fièvre se déclare, les symptômes prodromiques s'aggravent considérablement et d'autres surviennent. La céphalalgie frontale devient continue et déchirante, les tintements des oreilles redoublent, les mains tremblent et s'agitent, la face se tuméfie et rougit, l'esprit se trouble, la parole s'embarrasse, le corps entier tombe dans un engourdissement douloureux, les mouvements se font difficiles, la peau est ardente, la respiration s'accélère, les yeux rougissent et la vue s'obscurcit. Je ne donnerais qu'une idée imparfaite de la maladie, si je ne traçais la marche affectée par ces symptômes. Ils apparaissent dès la première nuit; une insomnie opiniâtre, une agitation extrême les accompagnent. Le matin, au contraire, le malade est plongé dans une stupeur presque pareille à l'ivresse. Il ressent, et au même degré, sinon davantage, tous les symptômes pénibles de la nuit; car si on l'interroge il se plaint d'une céphalalgie cruelle, de bruits dans les oreilles ou d'une surdité commençante; ses lèvres tremblent légèrement, il balbutie avec peine; ses mains, dès qu'on les dérange, tremblent aussi; il ne saurait se mouvoir, tant il est engourdi; aussitôt qu'on cesse de fixer son attention par des demandes émises à très haute voix, il retombe dans la stupeur et y demeure durant tout le jour. L'intelligence livrée à elle-même est troublée; éveillée, elle reparaît saine, et le malade répond presque toujours juste. La nuit suivante, la stupeur et l'ébriété morbide font place de nouveau à une agitation délirante; tous les symptômes s'exaspèrent dans leur manifestation extérieure; parfois même le malade pousse de hauts cris, instantanés et très douloureux. Cette agitation, qu'un moment de tranquillité ne vient pas interrompre, s'apaise encore vers les cinq heures du matin; la stupeur reparaît plus accablante; une apparente opposition entre la nuit et le jour semble se dessiner nettement. La même succession de phénomènes continue, soit qu'il y ait accroissement quotidien dans les symptômes, soit que ceux-ci se maintiennent au même degré; en sorte qu'à juger par ce seul enchaînement d'agitation et de stupeur, on serait porté à croire la maladie une fièvre rémittente quotidienne grave, ou même une pseudo-continue, une intermittente obscure et accompagnée, soumise au génie des vraies fièvres périodiques; croyance qui dominerait le traitement de la maladie. Mais il n'en est rien; l'étude attentive des symptômes, leur persistance pendant la stupeur elle-même, l'absence de sueurs critiques, et surtout l'étude du pouls, sans compter la marche subséquente de la maladie, éloignent de l'erreur à laquelle pourrait entraîner une première impression. Le pouls, en effet, dès le début, dès que la chaleur a remplacé le frisson d'invasion, est plein, vif, fréquent, résistant à quelque heure qu'on l'examine. De ce côté donc, il n'y a aucune apparence de rémission; le pouls de la stupeur est aussi fébrile que celui de l'insomnie délirante. Cette stupeur du jour, pendant laquelle se voilent les troubles des sens et des fonctions, est la règle, et elle n'est pas d'un mauvais présage, lorsque d'ailleurs les autres symptômes n'ont pas une gravité démesurée. Mais parfois le délire, les tremblements convulsifs des mains, l'agitation incessante des lèvres, viennent lutter contre elle; ce sont presque toujours des signes funestes. Les malades, dans cet état, sont stupéfiés et convulsés à la fois.

J'ajouterai quelques détails à la symptomatologie qui précède. Les yeux présentent une injection passive et deviennent promptement pulvérulents; le nez semble obstrué de mucosités desséchées; la langue reste souvent humide et blanche, ou de couleur naturelle ou un peu râpeuse et sèche, quelquefois elle brunit légèrement et se dessèche; les dents et les gencives se recouvrent de pellicules jaunâtres, mais ne s'encroûtent pas de fuliginosités brunes ou épaisses; l'haleine est ou non fétide, sans que j'aie pu rattacher à ce fait aucune indication ou complication particulière. Le ventre est souple et indolore; il n'y a pas d'évacuations alvines. Quelques nausées ou vomiturition, parfois des vomissements jaunes ou verts, au premier ou au second jour; soif modérée ou plus prononcée, sans être jamais ardente. Je n'ai pas observé l'ardeur ou la rougeur de la gorge ni la difficulté d'avaler signalés par quelques auteurs. Le décubitus est dorsal ou latéral; mais l'un et l'autre témoignent ici d'une égale prostration. Les mouvements des membres inférieurs et les changements de position du tronc sont difficiles et douloureux, les muscles du dos et de la colonne vertébrale enroidis et impuissants.

En général, ces divers symptômes augmentent par degrés pendant les quatre premiers jours de la maladie; mais, à moins que celle-ci ne soit mortelle, ils croissent modérément, de façon à se mieux dessiner, à prendre plus franchement leur caractère propre, sans que pour cela l'état général paraisse notablement aggravé. Ils ne permettent déjà plus de confondre le typhus contagieux avec les autres fièvres graves, et en particulier avec la fièvre typhoïde, laquelle s'établit d'après un appareil symptomatique facile à distinguer de celui-là.

Comment faut-il qualifier cette première période du typhus contagieux? Quel élément morbide y prédomine? Faut-il y voir un élément catarrhal ou un état inflammatoire, comme le veut Hildenbrand? Ce serait, à mon sens, une bien fausse interprétation et que rien ne légitime. Je ne la conçois chez Hildenbrand que comme une réaction contre le système de Brown, et pour se dégager des conséquences pratiques auxquelles l'auraient condamné les idées du jour, s'il eût paru adopter dans le typhus contagieux une de ces modifications que les esprits alors rapportaient invariablement à l'asthénie

Le professeur de Vienne voulait faire accepter la médecine tempérante et expectante dans la première période du typhus; il voulait éloigner surtout l'emploi prématuré des excitants, dont on avait à redouter l'abus ordinaire qui s'en faisait à cette époque. C'est pour de telles raisons, sans doute, qu'il cherche à faire prévaloir l'idée d'un état catarrhal et inflammatoire au début du typhus contagieux; mais ce n'est pas sans que le sens pratique n'amène çà et là des restrictions, et ne fasse percevoir à l'auteur, à travers les prétendus signes de catarrhe et d'inflammation, les caractères commençants de l'état nerveux qui, selon lui, constitue exclusivement le second septénaire de cette fièvre. Pourquoi cette séparation fondamentale entre deux périodes d'une maladie qui se suivent en se pénétrant? La nature ne fait pas de ces séparations tranchées dans un même ordre de choses. Et, en effet, l'état nerveux, malin ou ataxique, ou mieux et pour ne pas prêter à de fausses analogies, l'état typhique, n'est-il pas ici et déjà évident? Peut-on voir des marques de catarrhe et d'inflammation dans les troubles de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements qui s'annoncent dès le début, persistent invariablement et même augmentent de jour en jour? Le tintement des oreilles et la dureté de l'ouïe, le tremblement des bras et des mains, l'embarras de la parole, la stupeur et l'engourdissement des malades, ne prouvent-ils pas que, dès les commencements, le centre nerveux et les forces vitales elles-mêmes sont atteints, pervertis, stupéfiés, opprimés, non par une turgescence sanguine active, par une fluxion ou un raptus inflammatoire, mais par l'action évidente d'une cause toxique, virulente, offensant directement et spécifiquement la vie et la sensibilité des organes? La continuité et l'accroissement des désordres spéciaux de la maladie le prouve, comme nous allons voir, et plus tard aussi le prouveront les méthodes de traitement que l'expérience clinique nous montrera appropriées au génie du mal.

Ces points établis, je reprends le narré de la maladie. Vers la fin du quatrième jour, quelquefois du troisième, plus rarement du cinquième, en même temps que se manifeste une aggravation de tous les phénomènes morbides, s'opère une éruption caractéristique : c'est l'éruption pétéchiale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

EMBRYOGÉNIE COMPARÉE. — *Sur l'ordre de formation de la vésicule ovigène et de la vésicule germinative. Étiologie de la duplicité monstrueuse*, par M. *Serres*. — L'auteur, dans cette seconde partie de son travail (voir le compte rendu de l'*Académie des sciences* de notre dernier numéro), dans l'espoir d'éclairer le problème si difficile de l'ovogénie, examine comment d'illustres embryologistes ont pu avancer que la vésicule germinative précédait dans sa formation la vésicule ovigène.

Baer est le premier auteur de cette opinion. Une des causes de cette erreur, c'est qu'il croyait que l'ovule des mammifères représentait la vésicule germinative des oiseaux, découverte par Purkinje. Lors donc que Baer dit que la formation de la vésicule germinative précède celle de la vésicule ovigène de Graaf, c'est l'ovule en entier qu'il faut entendre.

Mais que ce soit l'ovule ou la vésicule germinative qui, pour Baer, ne faisait qu'un seul organisme, cet auteur l'a-t-il réellement vu précéder dans sa formation celle de la vésicule ovigène? Nullement. C'est même après les tentatives infructueuses auxquelles il se livra pour connaître cette succession des parties, qu'il écrivit cette phrase qui traduit son découragement : « Je doute qu'il soit jamais possible à l'homme de s'en convaincre par l'observation. » Et en effet, comment l'observation pourrait-elle dévoiler à l'homme un ordre de succession des parties qui est l'inverse de celui suivi par la nature?

Barry, moins circonspect que Baer, suppose, comme ce dernier, que la vésicule ovigène, qu'il nomme *ovisac*, doit précéder la vésicule germinative, et aussitôt, délaissant ce que l'observation lui a montré, il conclut en sens inverse de ce qu'il a observé. Sa conclusion, toutefois, renferme l'aveu de la formation primitive de la vésicule ovigène de Graaf : « *Chacun des ovisacs* (vésicule de Graaf) contenait *probablement*, dit-il, en outre, des granules particuliers visibles dans leur intérieur, *une partie cachée* non visible, la vésicule germinative, qui paraît être l'élément le plus primitif de l'œuf. »

Rendant à la conclusion de Barry sa légitime expression, M. Serres croit pouvoir la remplacer par la sienne, en disant qu'à ce second temps de développement la vésicule ovigène est déjà formée avec son liquide, avec les granules contenus dans son intérieur, tandis que la vésicule germinative n'est pas encore développée.

Les observations de Barry prouvent, avec la dernière évidence, qu'à l'état granuleux primitif de la vésicule ovigène de Graaf succède l'état folliculeux avec son liquide transparent dans l'intérieur. Elles prouvent que dans ce liquide transparent apparaissent en troisième lieu des globules grisâtres ayant un aspect huileux. Elles prouvent enfin que ce n'est que lorsque toutes ces parties se sont montrées que les rudiments de la vésicule germinative commencent à se développer. L'ordre de succession des parties est donc le même que celui que M. Serres a énoncé; et il croit pouvoir établir, d'après les observations même de Barry, que, par sa destination et ses fonctions, la vésicule de Graaf justifie le nom de *vésicule ovigène*, que l'auteur du mémoire lui a donné.

« Quant à la question de l'étiologie de la duplicité monstrueuse, dit M. Serres, consécutive à la duplicité de la vésicule germinative et du vitellus dans une vésicule ovigène unique, je l'ai si longuement traitée, il y a vingt-cinq ans, dans le travail sur *Ritta-Christina*, que je me bornerai à transcrire ici quelques-uns des corollaires qui en renferment les éléments. Ces corollaires sont relatifs à l'influence qu'exercent sur la duplicité monstrueuse la veine ombilicale, qui représente le vitellus, et les artères du même nom, qui représentent l'allantoïde (1). »

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Observations ozonométriques faites avec le papier* Schœnbein, *autour de la caserne de Saint-Cloud* (du 6 octobre au 5 novembre 1855), par M. *Bérigny* (de Versailles). — La caserne de Saint-Cloud se compose de quatre étages donnant une hauteur totale de 21 mètres. Le premier est à 11 mètres au-dessus du sol; le troisième est à $17^m,70$ au-dessus de ce même niveau. Quatorze appareils ont enveloppé pendant trente et un jours la caserne de Saint-Cloud, et l'auteur a renouvelé, toutes les douze heures, ainsi que le conseille M. Schœnbein, les papiers ozonométriques contenus dans les appareils ou abris.

M. Bérigny avait disposé ses appareils à 15 centimètres en dehors des fenêtres, de manière que les papiers fussent, autant que possible, sous l'influence de l'air qui glissait le long des murs et qui pénétrait même dans l'intérieur. Puis, pour connaître aussi l'influence de l'air du milieu de la cour, il avait fait placer, à quelque distance des ailes du bâtiment, un mât supportant des appareils correspondant au niveau de chacun des deux étages auxquels il opérait.

Il résulte des expériences faites par l'auteur :

(1) *Théorie des formations et des déformations organiques appliquée à l'anatomie de Ritta-Christina et de la duplicité monstrueuse*, p. 176-177, 1832.

1° Qu'il y a plus d'ozone le jour que la nuit, lorsqu'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques. — Pour le jour, 7,01 ; pour la nuit, 6,76. Différence, 0,25.

2° Que l'on trouve, au contraire, plus d'ozone la nuit que le jour du côté de la Seine. — Pour le jour, 5,64; pour la nuit, 6,38. Différence, 074.

3° Qu'il y a, comme dans le premier cas, plus d'ozone le jour que la nuit du côté de la cour. — Pour le jour, 7,56 ; pour la nuit, 6,91. Différence, 0,65.

Relativement aux altitudes auxquelles les appareils étaient situés, M. Bérigny a constaté les résultats suivants :

1° Qu'il y a moins d'ozone au premier qu'au troisième étage, lorsqu'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques.

1er étage, la cour et la rivière ensemble. . .	6,77	Différ. 0,23
3e étage, la cour et la rivière ensemble. . .	7,00	

2° Que si, au contraire, on recherche les résultats fournis séparément du côté de la cour et du côté de la rivière, au premier et au troisième étage, on trouve qu'il y a dans les deux cas plus d'ozone au troisième qu'au premier étage.

Du côté de la cour au premier	7,15	Différ. 0,17
Du côté de la cour au troisième	7,32	
Du côté de la Seine au premier	5,82	Différ. 0,38
Du côté de la Seine au troisième.	6,20	

Un des appareils placés le long du mât ayant été baissé au bout de onze jours, voici les différences obtenues dans ce cas :

Premier cas, 11 mètres au-dessus du sol. .	8,38	Différ. 2,00
Deuxième cas, 3 mètres au-dessus du sol. .	6,38	

Ici, comme dans tous les cas qui concernent l'altitude, on retrouve la même loi, qui démontre que plus on s'élève, plus on rencontre d'ozone.

Une preuve de l'influence que l'ozone exerce sur la santé, se trouve dans l'examen d'un état indiquant le nombre des malades survenus depuis le 12 septembre jusqu'au 31 octobre dernier. Cet état, que l'auteur a fait établir de telle sorte qu'il indique la situation des malades par étage, fournit les résultats suivants sur 49 malades :

Pour le premier étage, 21 ; pour le deuxième étage, 12 ; pour le troisième étage, 12 ; pour le quatrième étage, 4. Total, 49.

D'où il suit que le nombre de ces malades a été beaucoup plus fort au premier étage qu'au troisième.

M. Bérigny ayant étudié comparativement la marche de l'ozone à Saint-Cloud et à Versailles, a trouvé qu'elle est, à très peu d'exceptions près, exactement la même dans ces deux pays. Ce fait est important, parce qu'il prouve que la présence de l'ozone subit la même loi que les autres phénomènes météorologiques, en s'exerçant également dans un certain rayon. (*Comm.:* MM. Becquerel, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

MÉDECINE.—M. *Rambosson* lit une note intitulée : *Recherches sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets ; moyen simple et facile probablement employé par les premiers inventeurs de cet art.* — Une longue expérience acquise par l'auteur, quand il était chargé de l'institution royale des sourds-muets, à Chambéry; de nombreuses observations ultérieures confirmées par celles d'autres savants éclairés, lui permettent d'affirmer que les sourds-muets les plus jeunes arrivent sans beaucoup d'efforts à prononcer des mots, tandis que, pour ceux qui sont déjà d'un certain âge, c'est une perte de temps et une peine incroyable pour arriver à presque rien. Ce serait donc à la mère, lorsqu'elle tient son petit enfant sur les genoux, ou à ceux qui la remplacent dans les soins maternels, à commencer cet enseignement. Ce sont là, suivant l'auteur, les moyens employés par les premiers inventeurs de l'art, et la solution de ce problème si plein d'intérêt. (*Comm.:* MM. Andral, Cl. Bernard.)

ANATOMIE COMPARÉE. — *De l'appareil circulatoire sanguin chez le serpent python*, par M. *Jacquart*. — Dans la description du cœur, l'auteur signale dans le ventricule droit une disposition valvulaire qu'il croit avoir découverte le premier : c'est celle de la valvule qui ferme l'entrée du sinus formé par la veine cave postérieure, et la jugulaire droite qui réserve un tiers environ de son étendue pour abriter et fermer aussi la jugulaire gauche, dont l'orifice est adossé à celui du sinus veineux précédemment indiqué. Ainsi, trois orifices veineux fermés par une seule valvule !

Une colonne charnue, s'étendant de la pointe du cœur vers sa base, soudée par son côté supérieur, libre par l'inférieur, divise le ventricule droit en deux loges : une supérieure, où prennent naissance les deux aortes ; l'autre inférieure, d'où part l'artère pulmonaire. Puis se présente un ventricule gauche qui communique avec l'oreillette pulmonaire, mais il n'en part aucun vaisseau.

M. Jacquart cherche ensuite à démontrer que le cœur des ophidiens peut être ramené à celui des mammifères, dont la cloison interventriculaire ne serait pas soudée par son bord inférieur aux parois du cœur, et dont le ventricule gauche serait divisé en deux loges communiquant ensemble par un passage rétréci.

L'auteur montre toutes les artères de la tête fournies par un seul tronc, la carotide commune. Il rappelle les anastomoses entre les veines portes rénales et la veine porte hépatique, si nombreuses et si volumineuses, qu'on peut dire qu'il n'y a pas seulement anastomose, mais presque fusion des deux systèmes, avec mélange partiel du sang qu'ils charrient. Il signale enfin le défaut de parallélisme des ramifications des nerfs pneumogastriques avec les vaisseaux pulmonaires. (*Comm.:* MM. Duméril, Serres, de Quatrefages.)

EMBRYOGÉNIE. — *Sur les monstres doubles* (extrait d'une note de M. *Schultze*).— Partant de ce principe, que l'embryogénie pathologique est le seul fondement de la tératologie, l'auteur explique les monstres doubles par la duplicité totale ou partielle de la bande primitive (*bandelette embryonnaire*, Lereboullet, et *axenplatte*, Remak). Il ressort évidemment des observations de MM. Jacoby, Baer, Reichert, Valentin, Coste, sur les œufs des poissons, des oiseaux et des crustacés, que cette double disposition des organes de l'axe embryonnaire se forme à la surface d'un seul vitellus. Adoptant l'hypothèse de Beneke, que la coexistence de deux vésicules germinatives dans un vitellus devient la cause de la naissance d'un monstre double, M. Schultze, d'accord avec M. Coste, admet que les monstres doubles naissent par une différenciation primitive et simultanée dans des œufs dont le vitellus contient deux vésicules germinatives.

Après avoir établi que la vésicule germinative est la première formation et la plus essentielle de l'œuf, l'auteur entre dans des détails minutieux sur le développement des différentes parties qui le constituent.

En terminant, M. Schultze range les monstres doubles, eu égard à leur genèse, dans trois séries : 1re série, *duplicité antérieure ;* 2e série, *duplicité postérieure ;* 3e série, *duplicité parallèle*. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

MÉDECINE. — *Note sur l'anesthésie du sens du goût*, par M. *Guyot*. — C'est le hasard qui a fait reconnaître à l'auteur qu'un morceau de glace conservé dans la bouche enlève presque complétement aux muqueuses linguale et buccale leur aptitude à percevoir les saveurs. C'est là un résultat qui peut avoir son application pratique. Ainsi, chacun sait que le colombo est doué d'une grande amertume Or, au moyen de la glace conservée dans la bouche avant de prendre ce médicament et pendant qu'on en fait la déglutition, on ne sent que très peu son amertume, et il est probable qu'on ne la sentirait pas du tout, si, au lieu de glace commune, on employait quelque mélange d'une température plus basse.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Le rapport de M. le docteur *Lebret* sur le service médical des eaux de Balaruc pen-

dant l'année 1854. — *b.* Le rapport do M. le docteur *Lenfant* sur le service médical des eaux de Sail-sous-Touzan pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *c* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, de la Haute-Marne. (*Commission de vaccine.*) — *d.* Plusieurs recettes de remèdes nouveaux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Une lettre de M. le docteur *Parchappe* informant l'Académie qu'il renonce à sa candidature pour le titre de membre résidant. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Bouffier*, chirurgien de première classe de la marine, avec un mémoire intitulé : « Quelques considérations sur un point obscur de la génération. » (*Comm.:* M. Bousquet.) — *c.* Une note ayant pour titre : « Teinture d'acétate de fer éthérée, et observations relatives à la fausse dénomination de teinture éthérée de perchlorure de fer, » par M. *Hoffmann*, pharmacien à Paris. (*Comm.:* M. Chevallier.) — *d.* Un mémoire sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques, par M. le docteur *Lamare-Picquot*, de Honfleur (*Comm.:* M. Piorry.) — *e.* Un mémoire intitulé : « Dysurie intermittente guérie par la quinine, » par M. le docteur *Léon Dufour*, membre correspondant. (M. *Civiale* est chargé de faire un rapport verbal sur ce travail.)

M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de MM. *Maunoury* et *Pichot*, relative au rapport de M. Bousquet et à la discussion sur l'inoculation des eaux aux jambes du cheval à l'homme.

Les auteurs se portent garants de la bonne foi et de la sincérité de Brissot ; puis ils ajoutent :

« Quelle est la cause de l'éruption des pustules survenues sur la main de Brissot? Cette éruption est-elle spontanée? Est elle le résultat du contact de la main de Brissot avec les pieds du cheval atteint d'eaux aux jambes? Est-elle due à d'autres causes qui échappent encore à la science ?

» Nous ne pouvons rien affirmer d'une manière absolue ; mais, ce qui est évident pour nous, c'est que Brissot n'a jamais été vacciné et ne porte pas de traces de vaccination sur les bras ; c'est qu'il n'a pas touché à des vaches ; c'est qu'il a ferré, le 11 février 1856, un cheval atteint d'eaux aux jambes ; c'est que le pus pris le 5 mars sur la main de Brissot, enfermé entre deux plaques de verre et transmis, après dilution dans un peu d'eau, sur les bras d'un enfant, a produit sur cinq piqûres une seule pustule vaccinale, qui a été la source du virus pour des inoculations successives.

» Nous avons pensé, d'après toutes ces circonstances, que ce fait venait à l'appui des idées et des observations de Jenner sur l'origine du cow-pox, et nous l'avons soumis à l'appréciation de l'Académie.

» Maintenant, qui peut expliquer complétement les conditions essentielles, nécessaires à l'inoculation des virus tels que le virus-vaccin, le virus charbonneux, le virus syphilitique, et à leur transmission d'un individu à un autre individu de même espèce ou d'espèce différente ? » (*Comm.* : M. Bousquet.)

M. *Larrey* dépose sur le bureau un travail imprimé *sur le choléra*, par M. le docteur *Gaëtano Barracano* (de Naples), et saisit cette occasion pour demander que la *commission du choléra* soit invitée à hâter la lecture de son rapport.

Lectures et Rapports.

PATHOLOGIE. — M. le docteur *Émile Chauffard* (d'Avignon) lit le résumé d'un mémoire intitulé : *Étude clinique sur le typhus contagieux.* (*Commission* déjà nommée, M. *Michel Lévy*, rapporteur.) — (Nous publierons ce travail en entier.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur *Ménière* donne lecture d'une *Note sur un point de l'anatomie pathologique du tube digestif.* —Dès 1825, l'auteur a remarqué que, dans certaines autopsies on voyait l'intestin réuni en boule au-devant du rachis, ne dépassant pas l'angle sacro-vertébral en bas et latéralement, et n'atteignant pas les flancs. Dans ces cas, il y a diminution de longueur du mésentère. Mais quelle est la cause de ce phénomène? Des signes non équivoques de péritonite permettaient d'attribuer ce retrait à l'inflammation. Mais, de plus, l'iléon est raccourci. Sur 164 nécropsies, M. Ménière a trouvé 88 fois l'intestin, comparé à la taille de l'homme, dans le rapport de 4 à 1 ; 46 fois dans le rapport de 3 à 1 ; 30 fois au-dessous de cette dernière proportion. Or, dans les cas de péritonite, l'intestin n'a pas offert plus de 2 fois, 2 fois et demie la longueur du corps. Il suit de là que le raccourcissement ne porte pas seulement sur le mésentère, mais encore sur le feuillet qui enveloppe l'iléon. Il existe en même temps un épaississement de toutes les tuniques intestinales et une augmentation en nombre des valvules conniventes, qui s'étendent alors jusque vers la fin de l'iléon. On peut se convaincre que non-seulement le péritoine est friable, mais que le tissu sous-jacent est profondément altéré. Il suffit, pour cela, de passer un doigt au travers du mésentère, près de son insertion à l'anse intestinale, le pouce opposé à ce doigt formant un cercle ; si l'on tire brusquement l'intestin, le péritoine qui le revêt se déchire et laisse sortir la membrane muqueuse bien plus résistante. En continuant cette traction, on extrait sans difficulté l'iléon tout entier, l'obstacle ne se rencontrant qu'au duodénum et à la valvule iléo-cæcale. Ce résultat est impossible à produire avec un péritoine sain.

D'où vient la différence? Quand on examine avec attention les parties séparées par cette traction violente, on trouve que le péritoine, privé des parties auxquelles il sert d'enveloppe, représente un gros bourrelet circulaire formé par la séreuse, à la face externe de laquelle reste adhérent le plan musculeux longitudinal, tandis que la membrane muqueuse, étendue sous la forme d'un long cylindre, est revêtue de la couche musculeuse profonde, du plan des fibres charnues circulaires. La séparation s'est opérée, grâce à la rupture du tissu lamelleux qui réunit les deux plans de fibres musculaires.

Il résulte de ceci que, dans la péritonite, ce n'est pas seulement la membrane séreuse qui est enflammée, épaissie ; d'autres altérations importantes existent dans les tissus sous-jacents. Si les fibres charnues des parois intestinales ne sont pas elles-mêmes affectées de phlogose, le tissu cellulaire qui les réunit l'est très certainement ; et ce sont ces dernières altérations qui paraissent être la cause principale de la rétraction des replis péritonéaux. Ce sont même les seules que l'on rencontre dans certains cas de péritonite très récente, où les signes de la phlogose sont peu marqués.

La rétraction qui résulte de ces altérations est quelquefois assez forte pour faire rentrer des hernies réputées irréductibles, ainsi que l'auteur l'a observé dans un cas, et comme M. J. Cloquet l'a vu plus d'une fois.

Ces considérations se rapportent aussi bien à la péritonite aiguë qu'à la péritonite chronique avec ou sans épanchement. Le retrait du péritoine par suite d'inflammation est un fait constant, quelles que soient, du reste, la cause de cette phlegmasie et sa durée.

On peut rapprocher cet effet de la péritonite de ceux qu'on observe à la suite de l'inflammation de la plèvre, de l'arachnoïde, etc.

L'étude des caractères spécifiques de la péritonite, c'est-à-dire de l'action exercée par l'inflammation sur les couches musculeuses de l'intestin, a inspiré à M. Ménière la pensée de donner aux malades affectés de perforation intestinale l'opium à dose élevée, par exemple une pilule de 2 à 3 centigrammes répétée huit ou dix fois dans la journée. Plus d'un résultat favorable a prouvé l'utilité de ce traitement. L'auteur le rappelle ici, dans l'espoir qu'on pourra y avoir avantageusement recours. (*Comm.:* MM. Grisolle et Barth.)

TÉRATOLOGIE. — M. *Depaul*, secrétaire annuel, présente à l'Académie un fœtus monstrueux qui vient de lui être envoyé pendant la séance. C'est encore un cas de cyclopie. Celui-ci pourtant diffère de celui que M. Depaul a montré récemment à l'Académie en ce qu'il porte au milieu de la face une trompe ou tubercule nasal, tandis que le premier n'offrait pas vestige de cet organe.

L'orateur annonce qu'il a déjà disséqué en partie le premier fœtus, chez lequel il a trouvé un seul nerf optique atrophié et un lobe cérébral unique, le reste de la boîte crânienne étant occupé par un kyste. M. Depaul fera connaître ultérieurement à la Compagnie les résultats de ses études comparatives sur l'anatomie de ces deux cyclopes.

—M. *le président* annonce que l'Académie va se former en *comité secret* pour entendre le rapport de la *section d'anatomie pathologique.*

M. *Blache*, rapporteur, étant absent, la séance publique est continuée.

VACCINE. — M. *Bousquet* donne lecture du *Rapport annuel de*

la commission de vaccine sur les travaux qui ont été adressés à l'Académie pendant l'année 1855. L'analyse de ces travaux n'a fait que fournir à M. le rapporteur de nouveaux motifs de conviction relativement à l'utilité de la revaccination, et à l'innocuité de la vaccine, que des détracteurs passionnés avaient accusée d'avoir engendré la fièvre typhoïde. Suivant M. Bousquet, la fièvre typhoïde est aussi vieille que le monde : elle était certainement connue des anciens, et on la trouve décrite dans les livres hippocratiques sous un autre nom.

M. le rapporteur cite avec éloges les travaux consciencieux par lesquels M. Bertillon (de Montmorency) a réfuté victorieusement les ennemis de la vaccine. M. Bertillon a bien voulu lui adresser un résumé de ses patientes statistiques, résumé inséparable du rapport de la commission et qui en forme comme un complément indispensable.

M. Bousquet invite les personnes qui seraient assez heureuses pour découvrir le *cow-pox* à adresser le précieux virus à l'Académie, qui se fera un devoir de l'expérimenter.

Après de courtes réflexions présentées par M. *Dubois* (d'Amiens) et par M. *Hervez de Chégoin*, l'Académie adopte les conclusions du rapport.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 JUIN 1856.

M. *Boys de Loury*, note sur les caustiques à la gutta-percha, de M. *Robiquet*.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Coup d'œil sur plusieurs brochures relatives aux eaux minérales.

EAUX DE POUGUES, — DE SAINT-HONORÉ, — DE PIERREFONDS, — D'EMS, — D'AIX EN SAVOIE, — D'AIX-LA-CHAPELLE, — DE FRIEDRICHSHALL, — DE CARLSBAD.

(Suite. — Voir le n° 24, t. III.)

Nous parlions à l'instant de la division des eaux sulfureuses en sodiques et calcaires. Cette distinction, du moins au point de vue de l'emploi thérapeutique, appartient à M. le docteur Sales-Girons, qui l'a établie en 1851, avec d'intéressantes déductions théoriques et pratiques, dans une brochure relative aux eaux d'Enghien-lès-Bains, où il donnait comme type de sulfureuse calcaire cette même eau d'Enghien, et comme type de sulfureuse sodique l'eau thermale de Barèges.

Nous avons sous les yeux une autre brochure du même auteur sur les eaux de *Pierrefonds*, dont il est inspecteur (1). Les sources de Pierrefonds sont froides et calcaires comme leurs congénères du nord de la France ; mais la sulfuration en est un peu plus douce que celle des eaux d'Enghien, et la quantité de soude qu'elles contiennent y est aussi plus considérable. Ces différences rapprochées d'analogies signalées par MM. O. Henry et Beaude, firent penser à M. Sales-Girons que, de même que les eaux d'Enghien ont les mêmes propriétés que celles de Barèges pour les maladies cutanées, de même les eaux de Pierrefonds pourraient bien être de la même efficacité que celles de Bonnes pour le traitement des affections de la poitrine. Notre confrère relève, entre ces deux dernières eaux, une série d'analogies physiques et chimiques qui n'attendent que la sanction de la thérapeutique. Les sulfureuses de Bonnes, dans les Pyrénées, ont fait leurs preuves. Il s'agit de savoir si les sulfureuses de Pierrefonds, dans la forêt de Compiègne, feront les leurs sur les maladies de l'appareil respiratoire. M. Sales-Girons semble mettre sa confiance à cet égard dans la quantité notable de *soude* que contiennent les eaux de Pierrefonds, ce qui les rapproche de la minéralisation des sulfureuses du midi.

L'auteur sent la nécessité de l'observation clinique qui peut seule fournir cette preuve ; aussi s'attache-t-il tout particulièrement en ce moment à recueillir des faits capables de décider cette grave question de thérapeutique. Déjà même il en a recueilli plusieurs dont la signification est favorable ; en sorte que les sources de Pierrefonds paraissent devoir être classées au nombre de celles qui ont des vertus curatives dans le traitement des affections bronchiques et pulmonaires.

Pierrefonds a aussi ses chambres d'aspiration, mais avec un mode d'administration plus rationnel que dans d'autres établissements. Tout le monde le comprendra, pour que ce genre de ressources ait, dans les stations d'eaux minérales, la valeur toute spéciale qu'on lui attribue, il faudrait que les principes minéralisateurs fussent réellement inhalés en même temps que l'eau où ils sont tenus en dissolution. Or, il n'y a pas longtemps que M. Thenard a, sinon appris, au moins rappelé aux praticiens, que l'eau vaporisée qu'on donne à respirer aux malades est purement et simplement de l'eau distillée ; genre de remède qu'il n'est pas besoin d'aller chercher bien loin. M. Sales-Girons a eu l'idée de remplacer la vapeur par une *poussière* aqueuse, en brisant l'eau minérale assez finement pour qu'elle puisse rester suspendue dans l'atmosphère et pénétrer en nature avec l'air dans les voies respiratoires, emportant nécessairement avec elle les principes qu'elle tient en dissolution. Un mémoire tout récemment adressé à l'Académie de médecine nous apprend que le problème est résolu, et que l'appareil pulvérisateur fonctionne à l'établissement de Pierrefonds. C'est donc là une des stations auxquelles le praticien devra songer quand il désirera soumettre son client aux inhalations d'eau sulfureuse naturelle.

A. DECHAMBRE.

Sur les eaux d'Ems.

Rapport lu à la Société de médecine par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE, *et imprimé par décision de cette Société.*

Messieurs, à la fin de l'été dernier, vous m'avez adressé deux brochures sur les eaux d'Ems, avec la mission de vous en rendre compte. Je vous demande pardon d'avoir mis autant de retard pour m'en acquitter.

La première brochure est intitulée : *Ems, ses sources minérales et ses environs*. Elle est imprimée à Wiesbade, et ne porte pas de nom d'auteur. On y traite, d'une manière assez vague, des sources et des bains, du pays, des promenades, des vues, etc., des propriétés médicales des eaux, de leur expédition, et de leur emploi loin des sources. Cette notice, qui ne paraît être faite que dans l'intérêt de l'administration, ne mérite pas de nous occuper plus longtemps.

La seconde brochure est intitulée : *Études balnéologiques sur les thermes d'Ems*, par le docteur Spengler, l'un des médecins de ces eaux, conseiller aulique, membre de l'Académie impériale de Vienne, des Sociétés de médecine de Berlin, Munich, etc. Elle est traduite de l'allemand par M. Kaula, docteur en médecine, et a été imprimée à Strasbourg. Nous devons lui consacrer quelques moments d'examen. Je passerai en revue ses différents chapitres, et me permettrai de les accompagner de considérations, de réflexions et de critique.

Le premier est intitulé : *Des vertus curatives des sources thermales d'Ems*. L'auteur commence par le vœu que les médecins des eaux déterminent d'une manière précise les affections auxquelles les sources s'adressent et les conditions spéciales de leur emploi. Ce vœu, nous l'approuvons tous, assurément ; mais la difficulté est dans sa réalisation. M. Spengler détermine ensuite la classe à laquelle appartiennent les eaux d'Ems : le bicarbonate de soude, qui y domine, les fait entrer naturellement dans celle de nos eaux alcalines. L'acide carbonique, les carbonates de magnésie et de

(1) *Étude médicale sur les eaux minérales sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains, près Compiègne*, par le docteur Sales-Girons. Brochure in-8° de 72 pages. Paris, chez Victor Masson.

chaux, les chlorures de soude, de magnésie et de chaux, et le sulfate de soude, y existent en outre, mais s'y trouvent en si minime quantité, qu'on ne saurait, selon l'auteur, leur attribuer des propriétés actives. Cette raison ne devrait pourtant pas être absolue ; car il y a des eaux minérales dans lesquelles l'analyse chimique ne trouve qu'une petite quantité de principes, et qui, cependant, jouissent d'une grande efficacité : témoins celles de Gastein, en Autriche, et celles de Wilbaden, en Wurtemberg, dont on raconte tant de merveilles pour les paralysies.

Dans une note, le traducteur se demande si les urines deviennent alcalines sous l'influence des bains préparés avec les eaux d'Ems, sans que la moindre quantité de celles-ci soient prises en boisson. D'après les expériences qu'il cite, à la suite de bains d'une heure dont la température était au-dessous de 28 degrés R., l'urine avait conservé la réaction acide ; mais, à ce degré, ce produit sécrétoire avait perdu les caractères acides et était devenu neutre, sans jamais toutefois présenter de réaction alcaline. Moins d'une heure après le bain, l'urine était redevenue acide. On infère de cette dernière circonstance que la soude en solution dans l'eau du bain, après avoir été absorbée par la surface cutanée, est éliminée par les reins avec rapidité. Cette explication est conforme aux expériences de Magendie. On sait, en effet, que la plupart des sels ingérés passent rapidement et presque en totalité par les urines. Ces expériences ont même été faites en grand par la commission d'hygiène hippique, pour le sel ordinaire, sur les chevaux de la cavalerie française. Quant à l'absorption par la surface cutanée, on doit tenir compte d'une circonstance importante. Pour qu'elle ait lieu plus rapidement, il faut frictionner la peau et en ouvrir ainsi, en quelque sorte, les pores. Sans cette précaution, ce n'est qu'au bout d'un certain temps, lorsque l'épiderme est bien ramolli, que l'absorption commence à se faire avec rapidité.

L'auteur reconnaît aux eaux d'Ems une action spéciale contre les *affections catarrhales chroniques*. Elles résolvent parfaitement les hypérémies des membranes muqueuses et de leur appareil folliculaire ; elles font disparaître les relâchements et les altérations qui en sont la suite ; elles remédient, en même temps, à l'affaiblissement général qui succède à ces diverses lésions. Parmi les affections catarrhales, c'est à la guérison de celles qui ont pour siége la *membrane muqueuse des voies respiratoires* qu'Ems doit sa plus grande renommée. Dans le cas de fièvre, cette médication est contre-indiquée ; mais cette fièvre, une fois dissipée, dans les cas même où il s'est fait des dépôts tuberculeux, elle a un très bon effet sur le catarrhe qui persiste. Aussi a-t-on coutume de dire de ces thermes que, s'ils ne guérissent pas les tubercules, ils guérissent le catarrhe chronique qui accompagne la tuberculisation et qui en favorise le développement. J'ajouterai que cette conclusion est peut-être empreinte d'une trop grande réserve. Dans les productions tuberculeuses, dans celles des poumons même, qui s'opèrent sous l'influence de certaines circonstances, telles que l'effervescence sanguine des premières lueurs du printemps, le travail qui, chez les jeunes filles, précède l'évolution menstruelle; chez les jeunes gens, une tension d'esprit excessive, un exercice corporel trop violent, etc., si l'on vient à modifier par divers moyens, surtout par le changement des conditions où la maladie s'est développée, la constitution de ces individus, on voit peu à peu les symptômes alarmants disparaître et le calme revenir ; l'éruption tuberculeuse n'augmente plus, mais persiste cependant. Ne peut-on pas supposer qu'alors des eaux alcalines, aussi douces que celles d'Ems, secondées par la distraction, le grand air et un bon régime, doivent avoir sur l'absorption de ces produits un effet favorable? Non-seulement encore on peut détruire, par ces mêmes eaux, le catarrhe qui accompagne habituellement l'emphysème pulmonaire et les dilatations bronchiques, mais on améliore en même temps les lésions anatomiques qui le plus souvent se développent par suite du catarrhe.

La seconde classe des affections catarrhales curables par les eaux d'Ems comprend celles de la membrane muqueuse digestive. M. Spengler indique avec soin comment ces eaux agissent sur les muqueuses de l'arrière-gorge, de l'estomac, des petits et gros intestins, comment elles relèvent l'appétit, font cesser l'amaigrissement et disparaître tous les symptômes pénibles qui accompagnent les engorgements de ces membranes. Les deux organes glandulaires principaux de l'abdomen, le foie et le pancréas, ayant leurs muqueuses en communication avec celles du canal intestinal, l'auteur paraît attribuer un grand moyen d'action des eaux à ce rapport pour la guérison des phlegmasies des canaux et de la vésicule biliaires. Ce rapport, selon nous, n'est pas celui qui fournit la plus grande prise à l'action des eaux. Il faut la chercher dans l'absorption qui a lieu par les veines du système abdominal ; par cette voie, les principes actifs des eaux minérales sont portés jusqu'au sein des granulations hépatiqu s. Aussi, comme je l'ai fait remarquer dans les considérations préliminaires de mon *Précis des maladies du foie et du pancréas*, toutes les eaux sont-elles vantées contre les affections hépatiques, et toutes aussi sont elles en réalité plus ou moins utiles, suivant la nature, le degré, l'ancienneté de ces maladies, et suivant aussi la constitution et l'état général du malade. Absorbées avec rapidité, elles cheminent, soit seules, soit avec les sucs nutritifs, à travers le foie, et aucun point de cet organe n'échappe à leur action. Elles ne se bornent pas à laver et déterger la glande, à rendre son sang et sa bile plus fluides, mais encore elles empêchent leur stase, raniment leur circulation languissante et réveillent la tonicité des parois vasculaires. Par suite, une profonde modification est imprimée à l'économie par le renouvellement plus rapide de tous les liquides. On voit disparaître, par l'usage des diverses eaux minérales, bien des engorgements, et s'éclaircir des teints qui semblaient annoncer le développement ou la menace d'affections cancéreuses. Les dispositions morales tristes et sombres se dissipent en même temps.

Les *catarrhes chroniques des voies urinaires et des organes génitaux* trouvent aussi un remède dans l'emploi des sources dont nous nous occupons ; *ces sources sont même*, dit-on, *indiquées d'une manière toute spéciale contre les maladies des voies utérines*. Elles guérissent avec facilité le catarrhe vaginal et utérin essentiels en augmentant l'état congestionnel de ces parties, elles en font cesser la torpeur et la sécrétion visqueuse. Une source surtout, la *Bubenquelle*, ou *Source aux garçons*, jouit d'une grande renommée. Sous l'action énergique et continue de la douche, on assure que des indurations considérables de la membrane muqueuse disparaissent, et qu'après quelques semaines on voit cesser la dysménorrhée et l'aménorrhée. Ces résultats obtenus, on peut concevoir leur efficacité pour rétablir chez les jeunes femmes la fécondité. Si l'auteur m'a paru réservé sous certains rapports, je crains qu'il n'étende trop les vertus de ces eaux en voulant les appliquer aux cancers de l'utérus. Ce n'est pas qu'il prétende les guérir de cette manière ; mais il assure que les bains d'Ems exercent ici une action calmante dont l'effet se continue assez longtemps et l'emporte de beaucoup sur l'opium. On aurait même observé plusieurs cas de carcinome de la mamelle où cette action se serait aussi présentée.

On traite encore aux eaux d'Ems les scrofules, la goutte, l'arthralgie, la gravelle et les concrétions urinaires. M. Spengler examine, à leur occasion, la question de savoir si ces maladies sont dues à un acide préexistant, ou si celui-ci n'est qu'un produit morbide. Quoique M. Scherer ait trouvé de l'acide lactique libre dans un exsudat puerpéral, quoique M. Verdeil ait recueilli un acide pulmonaire particulier, quoique les liquides du foie, de la rate, des muscles, etc., renferment, dit-on, un acide libre, ces faits lui paraissent trop isolés, et il faudrait, comme il le dit avec raison, que la diathèse acide du sang ne fût pas encore à l'état d'hypothèse, bien que certains résultats thérapeutiques semblent parler en sa faveur. On admet cependant une diathèse urique, laquelle finit par amener le dépôt de cet acide, soit dans l'urine sous forme de sable ou de graviers, soit dans les jointures sous forme de tophus ou d'incrustations; et l'on sait que ces deux espèces morbides se balancent ou alternent fréquemment. Mais cette diathèse ne paraît pas faire perdre au sang sa nature alcaline.

Comme les affections calculeuses développent le catarrhe des membranes muqueuses qui tapissent les conduits ou les réservoirs urinaires qui en sont le siége, l'auteur conseille judicieusement les eaux d'Ems pour guérir ces membranes. Nous n'admettons pas toutefois, avec lui, que ces eaux soient entièrement contre-indiquées lorsque les concrétions sont composées de phosphates. Les concrétions

phosphatées, en effet, sont presque toujours le produit du catarrhe ou de la phlegmasie chronique des membranes, et il importe, avant tout, de guérir la maladie qui les occasionne. C'est sur cette cause, très différente, des concrétions uriques et des concrétions phosphatées, que j'ai récemment cherché, dans l'*Union médicale*, une petite querelle à notre honorable confrère, M. de Crozant, médecin des eaux de Pougues, qui paraissait confondre ces deux origines.

L'auteur veut qu'on laisse à la médecine ordinaire les hémorrhoïdes, dont les causes sont souvent très diverses et complexes. On est généralement de cet avis pour toutes les eaux minérales. Je n'ai qu'un seul motif pour le combattre, et ce motif m'est personnel. Me trouvant, il y a deux ans, à Hombourg, et y souffrant horriblement d'hémorrhoïdes entretenues par une constipation pénible, je m'avisai, pour tenir compagnie à un malade, de prendre un bain préparé avec cette eau minérale, additionnée, comme c'est l'habitude à ces bains, d'un petit seau des eaux mères de Nauheim (préparation connue sous le nom de *Mutterlauge*) ; je n'y restai qu'une demi-heure, par prudence, et je fus très étonné, après, de ne plus me ressentir de mes hémorrhoïdes.

Les autres dyscrasies, selon l'expression de notre auteur, telles que le diabète, l'hydropisie, la diathèse graisseuse générale, ne guériraient à Ems que sur le papier. Je remarquerai encore ici que M. Spengler fait bon marché de ses thermes ; car ils ressemblent pour les effets, en petit, il est vrai, à ceux de Vichy, et ces derniers jouissent d'une grande vogue pour le traitement de la glycosurie. Je ne crois pas, cependant, que Vichy guérisse définitivement de cette dernière affection ; mais ses eaux font du bien aux malades : elles calment la soif et diminuent considérablement le sucre des urines. L'économie en reçoit une modification profonde, modification à laquelle on s'habituerait sans doute, mais qui, renouvelée chaque année, amène de très bons résultats. Je serais bien étonné que les eaux d'Ems ne produisissent pas un effet analogue. Je ne veux pas, à cet égard, entrer dans des explications théoriques, où je m'égarerais probablement. Je ne le ferai pas non plus relativement à la diathèse graisseuse : pour ce dernier cas, il est certain qu'à Vichy les malades maigrissent, sans que cela empêche les eaux d'agir favorablement sur leurs affections, et je pense qu'à un moindre degré il doit en être de même à Ems.

Deux petits chapitres sont consacrés, l'un à l'emploi spécial des eaux d'Ems dans l'emphysème pulmonaire, et l'autre à l'emploi de ces mêmes eaux dans les maladies de la peau. L'auteur, dans le premier, disserte sur l'*emphysème* et les causes qui le produisent. Il s'appuie des recherches de MM Rokitansky et Skoda, et il en déduit que l'affection consistant dans une atrophie partielle du poumon, avec oblitération de ses vaisseaux, le rétablissement parfait de l'organe n'est pas possible ; mais du moins qu'on peut faire cesser les catarrhes qui compliquent cette maladie et la soulager ainsi elle-même. Il invoque l'opinion de Laënnec, qui avait recommandé les alcalins contre le catarrhe qui accompagne l'emphysème. Les bains de cette nature, en rétablissant les fonctions cutanées, contribuent aussi à soulager les malades. Quant aux *maladies de la peau*, M. Spengler rappelle l'opinion de tous les écrivains allemands qui les ont vantées ; celles de Winter (d'Andernach), de Thurneisen, de Weigel, de Grambs, de Brüchmann, de Cartheuser, de Thilenius, et des médecins résidant actuellement aux eaux d'Ems. Je ne m'arrêterai pas à l'explication donnée de leur action. J'aime mieux indiquer les espèces morbides qui, dit-on, y sont diminuées ou guéries. C'est d'abord l'*érysipèle habituel*, qui finit par indurer le tissu cellulaire sous-cutané ; les bains ainsi que la boisson des eaux remédient à cet effet ; l'on croit aussi que l'usage interne de celles-ci, mêlées surtout au petit-lait, en modifiant le sang, fait disparaître la disposition générale à cette maladie. Vient ensuite le *zoster* ou *zona*, qui laisse quelquefois à sa suite des démangeaisons et même des douleurs insupportables ; les eaux empêcheraient les récidives et guériraient ces douleurs. Le *pemphigus chronique*, dont les vésicules contiennent souvent un liquide à réaction acide, qui dure des années, altère la santé et produit même le marasme, est heureusement modifié par les mêmes eaux ; M. Cazenave en atteste lui-même l'heureux emploi. L'augmentation dans la *sécrétion des glandes sébacées*, l'*urticaire* et l'*eczéma* chroniques, le *lichen*, également chronique, seraient aussi traités heureusement à Ems ; pour ce dernier, surtout, l'auteur s'appuie de l'opinion d'Alibert, de MM. Rayer et Cazenave, qui conseillent les alcalins. Le *prurigo sénile* peut être ajouté à la liste précédente. L'auteur prévient que, dans ce traitement, on ne doit pas s'étonner de remarquer une recrudescence momentanée de l'affection, mais qu'elle est passagère et suivie bientôt de la disparition durable de l'exanthème, sans que l'organisme en souffre.

Au chapitre IV, M. Spengler revient d'une manière toute spéciale sur la *douche ascendante naturelle d'Ems*, donnée avec la célèbre source dite *Source aux garçons*. Elle jaillit naturellement à 1 mètre de hauteur, et le filet d'eau a environ 1 centimètre de diamètre. La crédulité et la spéculation ont attribué à cette eau une vertu particulière contre la stérilité. Cette douche, tombée dans le discrédit par suite de l'abus qu'on en avait fait, a été, dans ces derniers temps, remise en honneur dans la *gynécologie*, suivant l'expression de l'auteur. Cette douche, par sa chaleur et ses propriétés minérales, exercerait une action spéciale sur le système utérin, sur la menstruation, dont le cours devient plus abondant et plus fluide ; elle pourrait, d'une autre part, dissoudre les indurations de la muqueuse, comme on l'a vu déjà, mais encore les engorgements plus profonds qui seraient de nature à s'opposer à la procréation ; elle peut encore faire utilement cesser le spasme qui accompagne certains états névralgiques. M. Spengler passe ici en revue diverses affections améliorées par ce moyen : telles sont l'aménorrhée, qu'il appelle *torpide*, la menstruation transposée, l'engorgement et l'induration chroniques du tissu de l'utérus, la dysménorrhée névralgique, les coliques utérines, les blennorrhées de l'utérus ; il trouve dans la guérison de ces maladies les causes du retour de la fécondité.

J'arrive au chapitre qui concerne spécialement les maladies du foie. M. Spengler prend pour épigraphe un passage de Kreysig qui dit : *Ems est un Carlsbad plus léger et plus doux*. Il peut y avoir quelque vérité dans ces mots, en ce sens que les deux eaux sont favorables à ces maladies ; mais leur action est tout à fait différente. Les eaux de Carlsbad agissent surtout par le sulfate de soude qu'elles contiennent en abondance, ainsi que par leur chlorure de sodium ; elles renferment aussi du carbonate de soude. Ce qui fait leur caractère essentiel c'est leur action purgative. Aussi, dans ces maladies, ont-elles cette triple puissance, qu'on ne trouve dans aucune autre eau minérale : 1° d'être très chaudes, ce qui les rend plus pénétrantes ; 2° d'être alcalines ; et 3° surtout, d'être purgatives et de pouvoir être supportées à hautes doses sans fatiguer les malades. Combien je regrette, pour mon compte, que Carlsbad soit si éloigné de Paris ! car cette puissante médication l'emporte de beaucoup sur celle de Vichy pour les engorgements hépatiques avec hypochondrie, ce qui se conçoit, puisqu'aux vertus fondantes elle réunit en même temps des propriétés dérivatives. Cette contrée, du reste, si riche en eaux minérales, où l'on trouve, en outre, Marienbad, Pullna, Sedlitz, Tœplitz, nous sera bientôt ouverte par un chemin de fer projeté entre Bamberg et Prague. Pour en revenir à l'épigraphe, il aurait fallu dire : *Ems est un Vichy plus léger et plus doux*.

Nous avons déjà parlé, d'après l'auteur que nous suivons pas à pas, de l'efficacité de ses sources contre les catarrhes de la muqueuse qui pénètre et revêt les conduits et la vésicule biliaires. M. Spengler recommande, de plus, les eaux d'Ems en boisson et en bains, contre les hypérémies du foie, l'ictère prolongé, l'hépatalgie, contre les vices de composition de la bile qui produisent les concrétions biliaires, contre ces concrétions elles-mêmes. Il leur reconnaît surtout une grande efficacité dans la polycholie, dans celle surtout qui est le résultat de l'habitation des climats intertropicaux, ce qui fait venir, sous ce rapport, à Ems, un certain nombre d'Anglais à leur retour des Indes. M. Spengler, qui a nié l'action des eaux pour la diathèse graisseuse, a (ce qui semble contradictoire) remarqué que le foie gras, si commun chez les tuberculeux, et qu'on rencontre aussi dans quelques autres cas, diminuait par l'usage de ces eaux ; il explique cela, comme on peut le faire pour la diathèse générale, en supposant la saponification de la graisse ; il reconnaît, bien entendu, l'inutilité des eaux contre la cirrhose, les kystes et le cancer. Personne, parmi nous, n'a la pensée que le cancer d

foie soit curable par aucune eau minérale ; mais en Allemagne on est plus ambitieux : l'auteur nous apprend que des cancers de cet organe, constatés par Opozler, ont trouvé une guérison à Carlsbad.

Dans le VI^e chapitre, M. Spengler, poursuivant son idée favorite de la guérison des affections catarrhales par les eaux d'Ems, pense qu'on ne trouvera pas étonnant qu'elles aient une action salutaire dans certaines affections de la muqueuse oculaire. Ces propriétés, nous dit-il, étaient reconnues anciennement ; car une des sources les plus élevées, mêlée aujourd'hui à celles dont on se sert pour les bains, portait le nom de *Source pour les yeux*, et elle formait dans le *Kurhaus* un petit jet d'eau qu'on employait en douche pour ces organes. Le traitement des yeux par ce moyen, bien qu'il en soit question dans quelques auteurs, était complétement tombé dans l'oubli. M. Spengler, dans les cas d'affections catarrhales chroniques avec injection considérable, boursouflement, ramollissement, atonie de la conjonctive, avec sécrétion de matière gluante, excoriation et ulcération de la cornée, a constaté l'efficacité de l'eau d'Ems. Il faisait faire, trois fois le jour, des lotions et des fomentations, et donnait aussi de petites douches ; suivant la constitution, il insistait plus ou moins, en même temps, sur la boisson et les bains. Les malades affectés de sensibilité excessive des yeux se trouvaient bien de ce traitement.

Les études balnéologiques sur les thermes d'Ems se terminent par quelques considérations sur l'emploi des eaux loin de la source. L'auteur constate qu'elles se conservent très longtemps dans des bouteilles bien fermées. Il ajoute qu'on peut s'en servir utilement pour calmer la soif et relever l'appétit dans la seconde période des bronchites de l'hiver ; que, coupées avec du lait chaud, elles sont résolutives et amènent la diaphorèse ; qu'elles sont propres, surtout, à rendre à la voix son timbre normal chez les personnes qui, par état, se livrent au chant ou à la parole d'une manière prolongée, ainsi que chez celles qui ont eu la voix altérée par l'habitation d'un lieu ou d'un climat humides.

Le petit ouvrage dont je viens de vous présenter l'analyse est écrit avec bonne foi et honnêteté ; les prétentions sur l'usage des eaux sont très modérées, et vous vous rappelez que j'ai cru même devoir prendre à cet égard l'auteur en défaut. M. Spengler donne une description abrégée, mais fort exacte, des maladies qu'on traite à ces thermes ; il se montre un très chaud partisan du diagnostic anatomique. Il cite beaucoup d'auteurs allemands ; quoiqu'on trouve aussi des citations d'auteurs français, il est facile de reconnaître que notre littérature ne lui est pas très familière.

J'ai à m'excuser, messieurs, d'avoir parlé aussi longuement d'une simple brochure, d'études sur des thermes qui en comptent déjà beaucoup. MM. Wogler, Dœring, Frauque, médecins anciennement établis à Ems, avaient publié leurs notices ; le docteur d'Ibel, venu plus récemment, avait suivi leur exemple ; le docteur Spengler, plus nouveau encore, ne pouvait rester en arrière. Moi-même, après deux petites saisons passées à ces sources, je n'avais pas résisté à l'entraînement général, et, aujourd'hui encore, je crains bien d'avoir laissé trop courir ma plume ; mais je vous ai annoncé, en commençant, que j'ajouterais à l'analyse de l'ouvrage des considérations, des réflexions et des critiques, et j'ai eu le tort, malheureusement, de trop tenir ma parole.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V.

VARIÉTÉS.

Vœu d'institution d'un **Ordre du dévouement**.

L'idée d'un *ordre du dévouement* a paru plaire à la Gazette hebdomadaire (voy. n° 24, au *feuilleton*) ; je m'attendais à ce bienveillant accueil, et les amis du bien l'en remercieront. Serait-ce abuser de sa complaisance que d'ambitionner encore une petite place dans cette feuille qui trouve presque chaque semaine le moyen de charmer ses lecteurs, en leur servant un véritable dessert agréablement varié et spirituellement fait, après le repas scientifique ? Ce serait toujours des médailles d'épidémie que je voudrais deviser avec la Gazette.

En 1849, le ministère de l'instruction publique, si je ne me trompe, fit frapper des médailles commémoratives de l'épidémie en l'honneur des élèves que la Faculté avait envoyés dans les départements envahis. En 1855, au mois de février, le Moniteur annonça que le ministère de l'agriculture voulait aussi honorer les actes de dévouement qui lui avaient été signalés dans l'épidémie générale de 1854. Il y fut question de croix, de médailles d'or, d'argent, de bronze, de certificats à distribuer à des personnes de toutes les positions, administrateurs, ecclésiastiques, religieuses hospitalières, instituteurs communaux, médecins, élèves, simples particuliers. Le journal officiel publia bien les noms honorés d'une croix ou d'une médaille d'or ; mais du menu fretin, il ne fut rien dit. Trois élèves en médecine seulement figurèrent dans la liste des médailles d'or. Ceux-là, à ce qu'il paraît, avaient déjà conquis la médaille d'argent de 1849. Tous les autres, en si grand nombre, qui s'étaient disséminés dans plus de cinquante départements, sont restés inconnus avec leur récompense plus ou moins importante.

Plusieurs ont succombé sur le champ de bataille ; personne n'a parlé de leur mort généreuse. Leur père ou leur mère ont été les seuls à gémir. Ces infortunés parents n'ont pas entendu un seul mot de consolation parti d'en haut. Peut-être dans cet isolement en sont-ils venus à se plaindre d'avoir eu des fils trop dévoués à leurs concitoyens.

Une autre épidémie sévissait au mois d'août de 1855 dans les Pyrénées. Une dizaine d'entre nous ont accepté le périlleux honneur d'aller lutter encore contre le fléau. L'école de Bordeaux avait déjà mis cinq de ses élèves à la disposition de M. le préfet de Pau. Nous en avons vu un, de ces courageux jeunes gens qui n'étaient pas aguerris comme nous, mourir au milieu des malades qu'on lui avait confiés, dans une misérable commune du pays basque. La presse de Bordeaux versa des larmes sur sa tombe. M. le préfet y a même, dit-on, fait célébrer officiellement un service funèbre ; mille fois merci pour notre infortuné compagnon ! ! Le Moniteur en a-t-il parlé ? Non. Peut-être les trois ou quatre lignes qui eussent été consacrées à cette mort généreuse l'ont-elles été à un feu de cheminée.

Au mois d'avril dernier, M. le ministre de l'agriculture fit frapper une nouvelle série de médailles commémoratives de l'épidémie des Basses-Pyrénées. Mais la distribution s'en est faite encore à huis clos, dans l'obscurité la plus profonde et dans le silence le plus complet.

De nos jours quand nous voyons un ruban bleu à une boutonnière, nous disons : voilà un acteur ou au moins un témoin des gestes militaires de Crimée. Il y a des institutions pour exalter le courage militaire, les services rendus aux administrations, aux sciences, aux arts, à l'industrie. Où est-elle, celle qui honore d'une manière ostensible et permanente ce courage civique qui fait courir au milieu des épidémies, qui fait jeter au milieu des flots, qui fait traverser les flammes, qui fait précipiter au-devant des chevaux furieux ? Quelle marque distinctive fait reconnaître le soldat de l'épidémie, de l'inondation, du naufrage, du sinistre, etc. ? Quand nous nous présentions aux préfets vers lesquels M. le ministre nous déléguait, souvent ils nous demandaient : avez-vous soigné des cholériques ? Au lieu de chercher au fond de notre petit bagage notre médaille, nous aurions pu montrer un petit ruban à la boutonnière. Avec cela on reconnaîtrait au premier abord les chevaliers ou officiers de la *légion du dévouement*, comme on reconnaît ceux de la Légion d'honneur. En remplissant cette lacune de nos institutions honorifiques, on se ménagerait le moyen de récompenser progressivement les nombreux actes méritoires d'un citoyen ! Il aurait possibilité et facilité pour l'avancement, suivant l'expression du régiment.

Puisse la Gazette hebdomadaire être ce terrain fertile où la plus petite semence ne se perd pas, quoique lancée par la main d'un passant ! Peut-être suffira-t-il d'un seul regard pour l'amener à fructifier en face de tout ce qui se fait de beau, de généreux, d'hé-

roïque même, dans les régions supérieures ; il n'est pas téméraire d'espérer, pourvu que ceux qui ont mission de voir dans les régions inférieures accomplissent leur devoir.

UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE,
Qui vous prie encore d'excuser son anonyme.

Projet de souscription pour un banquet à offrir aux médecins de l'armée d'Orient.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire les paroles pleines de cordialité et de généreuse énergie que M. Baudens a prononcées récemment sur la tombe du docteur Desblancs, mort du typhus à Constantinople. Je suis encore ému lorsque après cette lecture je songe aux fatigues inouïes et aux dangers de toute espèce auxquels nos confrères ont été si constamment exposés dans la guerre qui vient de finir. Je ne puis surtout me défendre d'un profond sentiment de tristesse en pensant au nombre considérable de ceux que le fer de l'ennemi, que le climat, que les maladies plus terribles encore, ont moissonnés depuis trois ans.

Une chose, sinon me console, du moins apporte quelque adoucissement à ma peine, c'est que là-bas chacun a fait son devoir et s'est couvert d'une gloire immortelle. Aussi répéterai-je bien haut avec M. l'inspecteur Baudens : Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; à juste titre elle doit être heureuse du rôle que sa destinée lui a fait.

Pour nous, praticiens de Paris, praticiens des départements, qui représentons la médecine civile, nous devons être fiers de nos confrères de l'armée. En toute circonstance, ils ont bien mérité de la profession. Ils ont montré une fois encore que, malgré l'injustice des hommes et celle de la société, chez le riche comme chez le pauvre, aussi bien dans la clientèle privée que sur les champs de bataille, le médecin reste toujours la plus haute personnification de la probité et du dévouement, et que jamais il ne reconnaît pour mobile de sa conduite que ces trois nobles mots : honneur, patrie, humanité!

Transporté d'enthousiasme pour tant d'actes éclatants d'abnégation et de courage, j'ai cru qu'il était de notre devoir à nous, médecins civils, de témoigner notre reconnaissance à nos confrères de l'armée :

Voici donc ce qu'à cet effet je propose :

C'est qu'au nom de la famille médicale française, les praticiens civils offrent un banquet à leurs confrères de Crimée, aussitôt que ceux-ci seront de retour en France.

Je pense, monsieur le rédacteur, que vous accueillerez favorablement cette idée, et qu'en conséquence vous voudrez bien faire imprimer ma lettre dans un des plus prochains numéros de votre journal. Je ne doute pas non plus que chacun de vos abonnés n'approuve avec satisfaction cette manière d'honorer ceux qui ont porté si haut la gloire de la médecine française.

Je propose, en outre, qu'en souvenir de ce banquet, des médailles soient offertes à chacun de nos dignes invités, avec cette inscription :

Témoignage d'estime et de sympathie offert par la médecine civile aux médecins de l'armée d'Orient.

Veuillez agréer, etc. Docteur MAHEUX.

— Nous accueillons, en ce qui nous concerne, avec une grande sympathie, la proposition du docteur Maheux. Pour qu'il y fût donné suite, il faudrait qu'une commission se constituât, ouvrît officiellement une souscription et en fixât le prix. Nous engageons notre confrère à prendre l'initiative à cet égard. A. D.

La séance annuelle de la Société de chirurgie, qui devait avoir lieu le dernier mercredi de ce mois, est remise au mercredi 2 juillet. Quant au banquet, il n'aura pas lieu cette année. En présence de désastres récents, la Société a pensé qu'elle ne saurait faire un meilleur usage de la souscription annuelle, qu'en l'employant à soulager les victimes de l'inondation.

— Voici l'état des souscriptions pour l'exécution en marbre du buste de Pinel :

MM. Pinel (neveu), 200 fr.; Pinel (Scipion), 45 fr.; Pinel (Charles), 100 fr.; Pinel (petit-fils), 50 fr.; Rostan, 100 fr.; Falret, 100 fr.; Voisin, 100 fr.; Semelaigne, 20 fr.; Delaye (à Toulouse), 50 fr.; Brierre de Boismont, 50 fr.; Moreau (de Tours), 50 fr.; Mitivié, 50 fr.; Larrey, 15 fr.; Baillarger, 50 fr.; Calmeil, 20 fr.; Bédor, 5 fr.

La souscription ayant atteint le chiffre de 1,000 fr., peut être considérée comme close. A l'exception des versements que doivent faire MM. Ferrus et Bricheteau, il ne sera plus reçu d'autres fonds.

— M. le docteur Mérier, directeur de l'asile départemental des aliénés de la Haute-Marne, à Saint-Dizier, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe), en remplacement de M. le docteur Morel, dont nous avons annoncé la nomination à Rouen.

— L'amélioration progressive dans la santé des troupes, et le petit nombre de malades arrivés de l'armée d'Orient, ont permis d'évacuer entièrement les hôpitaux provisoires qui avaient été établis à Montpellier. Les quelques malades qui restaient encore à la Citadelle viennent d'être transportés à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

— M. Ludovic Hirschfeld vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale de Rio-Janeiro.

— La *Gazette de Lisbonne*, du 16 mars, donne l'image et la description d'un enfant vraiment unique dans l'histoire des monstres. Feliciano da Assompçao est né sans membres (supérieurs et inférieurs), ni aucun appendice qui en occupe la place. Cet enfant est âgé aujourd'hui de douze ans. Il a l'intelligence nette et vive et une excellente mémoire. Son poids est de 8 kil. 355; sa taille de $0^m,44$; sa plus grande circonférence, à la base du thorax, en passant par l'appendice xiphoïde, est de $0^m,54$; le thorax est très aplati; son plus petit diamètre, vers l'épigastre, est de $0^m,11$.

— Par décret en date du 12 juin 1856, l'Empereur a fait les nominations suivantes dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE.— *Officiers :* Les médecins principaux Godard et Bonnafont.

Chevaliers : Les médecins-majors, 1re classe, Marit, Ducreux, Blot, Leclerc; 2e classe, Lassaigne, Corniquel du Bodon, Cordier, Prudhomme, Moutier; Reboud, aide-major, et Decisy, vétérinaire.

MARINE. — *Commandeur :* Amic, premier médecin en chef.

Officier : Barallier, médecin en chef.

Chevaliers : Drouet, chirurgien professeur; Laugardin, chirurgien principal; les chirurgiens Olivier, Bourdel, Gouie, Balbot, Richer-Desforges et Isnard; Vincent, pharmacien.

— M. Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste des maisons impériales et chirurgien mécanicien des Invalides, trois fois lauréat de l'Institut, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ANNUAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, par le docteur *Lorain*, revu par le docteur *Ch. Robin* (première année). 1 volume in-18 de 400 pages. Paris, Chamerot. 2 fr. 50

AUVERT (ALEX.) SELECTA PRAXIS MEDICO-CHIRURGICÆ QUAM MOSQUÆ EXERCET; typis et figuris expressa Parisiis, moderante *Amb. Tardieu*. 2e tirage. Paris, Victor Masson.
Cette magnifique clinique iconographique du docteur *Alex. Auvert*, de Moscou, comprend 120 planches grand in-folio demi-colombier, gravées en taille-douce, tirées en couleur et retouchées au pinceau.
Chaque sujet est accompagné d'un texte explicatif imprimé dans le même format et placé en regard de la planche.
L'ouvrage forme un fort volume relié en demi-maroquin, avec tranche supérieure dorée. 500 fr.

TRAITÉ PRATIQUE des propriétés curatives des eaux sulfureuses thermales d'Aix-la-Chapelle et du mode de leur emploi, par M. le docteur *L. Wetzlar*. Bonn, Henry et Cohen. 2 fr.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE ENTWICKELUNG DER BLUTGEFAESSE (Recherches sur le développement des vaisseaux sanguins), par *Th. Billroth*. In-folio. Berlin, chez *G. Reimer*. 17 fr. 50

HUSS, STATISTIK UND BEHANDLUNG DES TYPHUS UND TYPHOID-FIEBERS (Statistique et traitement du typhus et de la fièvre typhoïde), traduit du suédois par *G. von dem Busch*. In-8. Bremen, Strack. 5 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 27 JUIN 1856. N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret en date du 16 juin 1856, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection de M. le docteur Trousseau, faite par l'Académie impériale de médecine, pour remplir la place devenue vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, par suite du décès de M. Derosne, est approuvée.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 juin 1856, sont nommés officiers de l'instruction publique, savoir :

M. Parisot (Léon), professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Thomas, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 25 juin 1856. M. Xardel, docteur en médecine, a été nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Aux termes de cet arrêté, M. Xardel sera attaché en ladite qualité aux chaires de médecine proprement dite, et M. Granjean, professeur suppléant, restera attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Par un autre arrêté, en date du même jour, M. le ministre a autorisé M. Andrieu, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, à se faire suppléer par M. le docteur Le Noel dans le cours gratuit de zoologie qu'il a été admis précédemment à ouvrir dans l'amphithéâtre du jardin des Plantes de cette ville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 10 au 25 juin 1856.

155. Lorquin, Victor-Porphyre-Benjamin, né à Cambray (Nord). [*Considérations générales sur quelques applications du dessin aux sciences médicales.*]

156. Marchandon, Sylvain-Alphonse, né à Versailles (Seine-et-Oise). [*Étude sur l'angine de poitrine.*]

157. Caillet, Henri, né à Tours (Indre-et-Loire). [*De la chlorose pendant la grossesse, et de sa véritable proportion.*]

158. Barteau, Pierre-Alexandre, à Touvois (Loire-Inférieure). [*De la teigne tonsurante.*]

159. Morin, Henri-Parfait, né à Noeé (Orne). [*De l'influence des privations et des excès sur la tuberculisation.*]

160. Silve, Henri, né à Digne (Basses-Alpes). [*Quelques considérations sur le goître.*]

161. Bouhin, Auguste-François, né à Esbarres (Côte-d'Or). [*De la chorée.*]

162. Le Paulmier, Claude-Stéphen, né à Bayeux (Calvados). [*Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 26 juin 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : FONDATION D'UN PRIX PAR AMUSSAT. — ALBUMINURIE. — NOUVEAU FORCEPS. — AUSCULTATION DE L'UTÉRUS : NOUVEAU STÉTHOSCOPE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DU HAUT-RHIN : ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE GRAVE (ROUGEOLE MALIGNE?). — SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE D'ÉDIMBOURG : SUR LA ROUGEOLE ANOMALE.

L'Académie de médecine a reçu de M. Jacques-Nicolas Amussat, père du confrère célèbre qui vient d'être enlevé à la science, une lettre touchante dans laquelle il offre, au nom de son fils, une rente annuelle de 500 francs, « destinée à la fondation d'un prix de *chirurgie expérimentale* à décerner tous les deux ans. » C'est une dette de reconnaissance qu'Amussat avait toujours eu l'intention d'acquitter envers la Compagnie qui, par une exception unique, l'avait admis dans son sein avant qu'il fût docteur ; mais la soudaineté de sa mort ne lui avait pas permis de réaliser lui-même cette intention.

On voit, par les termes de la lettre, qu'une grande latitude est laissée aux concurrents pour le choix du sujet. La donation ressemble, sous ce rapport, à celle d'Itard, qui s'adresse au *meilleur livre ou mémoire de médecine pratique et de thérapeutique appliquée.* Nous ne savons si l'Académie jugera à propos de proposer des questions, comme elle fait, par exemple, pour les prix Capuron, dont l'objet n'était indiqué aussi qu'en termes généraux. Il nous paraîtrait, dans

la circonstance présente, plus profitable à la science, et plus conforme aux intentions du donateur, de ne pas enfermer les travailleurs dans un programme déterminé.

— Dans cette même séance, M. Vernois, en son nom et au nom de M. A. Becquerel, a lu le résumé d'un mémoire d'une grande importance sur l'albuminurie. Nous donnons intégralement ce résumé ; mais nous nous dispensons, pour aujourd'hui, de prendre parti, sur une simple audition, dans des questions neuves, difficiles, controversées. Nous le pourrions d'autant moins que le résumé présenté à l'Académie ne renferme pas le détail des expériences et observations sur lesquelles s'appuie l'opinion des auteurs. A leurs yeux, l'albuminurie, qui ne reconnaît pas pour cause la présence du sang ou du pus dans l'urine, c'est-à-dire l'albuminurie qui a son point de départ dans les reins, est toujours liée à une altération matérielle de ces organes, et n'est jamais, comme on l'a cru, le produit d'une simple sécrétion ou d'une filtration de l'albumine.

— M. Mattei a présenté un forceps de son invention, auquel nous souhaitons plus de succès qu'à la plupart de ses devanciers. Le forceps usuel, dans ses dispositions essentielles, nous paraît bien près de la perfection ; et, aux yeux des accoucheurs les plus expérimentés, les reproches que la théorie lui adresse fréquemment s'évanouissent dans la pratique.

— Nous sommes plus inquiet encore sur le sort d'un nouveau stéthoscope pour l'auscultation de l'utérus en état de gestation, *présenté à la Société obstétricale d'Édimbourg* par M. le docteur Keiller (*Edinburg Medical Journal*, n° de juin). L'idée d'ausculter l'utérus par le vagin remonte, comme l'a dit M. Depaul (*Traité d'auscultation obstétricale*, Paris, 1847), à Maygrier. Elle a été réalisée par Nauche, dont tous les accoucheurs connaissent le *métroscope*. Cet instrument s'applique à l'orifice externe du col de l'utérus; M. Keiller applique le sien sur la partie inférieure du corps, à travers les parois vaginales. Mais ce nouveau métroscope est passible d'une grande partie des objections adressées par M. Depaul à celui de Nauche. Il serait le plus souvent repoussé par les femmes, au moins de ce côté-ci de l'Atlantique. De plus, il ne saurait avoir grande utilité. Ce que l'auscultation se propose surtout dans ces circonstances, c'est de constater les battements du cœur du fœtus; or, à l'époque de la vie intra-utérine où le bruit de ces battements peut être perceptible à travers les parties molles et l'amnios (entre trois et quatre mois), le fond de l'utérus est assez élevé pour être accessible au stéthoscope ordinaire.

— Un très intéressant sujet d'étude est offert en ce moment aux médecins des pays qui ont figuré dans la guerre d'Orient. Il s'agirait de bien constater par quelles voies les maladies développées en Crimée, sous l'action de causes locales, pénètrent en France, en Angleterre, en Piémont, dans l'intérieur de la Russie; suivant quel mode elles se propagent sur ce nouveau terrain, au lieu de s'y éteindre; jusqu'à quel point elles s'étendent de la population militaire à la population civile; quelles transformations elles subissent en traversant ainsi des organismes qui n'ont pas reçu l'action des causes primitives de l'épidémie. Dans cet ordre d'idées, nous avons donné il y a un an quelques indications relatives au scorbut, et nous publions en ce moment même un excellent travail sur le typhus contagieux. (V. aussi l'*Ac. des Sciences*, p. 457.) C'est à ce titre également que notre attention s'est portée tout spécialement sur une communication faite par M. le docteur Stackler à la trente-troisième réunion de la Société médicale du Haut-Rhin, dont le compte rendu nous est apporté par le dernier n° de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (n° 21). Malheureusement l'analyse de cette communication, concernant une épidémie de fièvre grave qui a régné en 1855 sur la garnison de Mulhouse, est trop écourtée pour nous offrir le genre d'utilité qui nous préoccupe spécialement; mais elle suffit, sinon pour décider absolument, dans l'espèce, la question de diagnostic débattue à la Société, du moins pour nous permettre de rappeler les éléments qui, dans une question de ce genre, dont l'importance clinique est considérable, doivent servir de base à la solution.

Voici le résumé symptomatologique donné par la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

« La maladie débutait généralement par une fièvre intense, accompagnée de bronchite et parfois de coryza. Au bout de quelques jours survenait une éruption générale ressemblant, dans le plus grand nombre des cas, à celle de la rougeole, mais quelquefois aussi formée par de véritables pétéchies. Des symptômes très graves du côté de la tête, de la poitrine et du larynx annonçaient que le mal avait atteint sa période d'apogée ; on observait alors, comme dans la fièvre typhoïde, le délire, le soubresaut des tendons, le coma ; d'autres fois, les accidents thoraciques dominaient, et on rencontrait des épanchements considérables de la plèvre, des hépatisations plus ou moins étendues du poumon ; dans une troisième catégorie de cas, M. Stackler a vu avec étonnement la nécrose et la carie des cartilages du larynx, l'ulcération et la gangrène de ses membranes, la destruction des cordes vocales.

» La marche de la maladie était, en général, très rapide ; la convalescence arrivait souvent au bout de quinze jours, sauf les épanchements pleurétiques. Sur 70 individus atteints, il en est mort 12. L'autopsie ne montrait ni ulcération ni gonflement des plaques de Peyer.

» Le traitement a été des plus simples : boissons rafraîchissantes, lotions vinaigrées, affusions froides quand les symptômes cérébraux prédominaient, enveloppes froides dans les cas où la peau était brûlante. »

S'agissait-il de la *fièvre pétéchiale*, comme le veut M. Stackler? ou du *typhus fever*, comme le prétend M. Salathé, qui a été témoin de l'épidémie? ou enfin d'une *fièvre typhoïde entée sur un état scorbutique*, suivant l'opinion exprimée par M. Wimpfen? A notre sens, le tableau que nous venons de reproduire ne correspond à aucune de ces formes morbides. Il faut écarter d'abord et tout de suite la fièvre typhoïde. L'intégrité des plaques de Peyer, l'absence de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et la poitrine, et, à leur place, une éruption générale, c'est plus qu'il n'en faut pour rendre tout à fait invraisemblable la supposition de M. Wimpfen. Si la maladie observée devait être rapportée à la famille des typhus, ce serait plutôt au *typhus fever*, dans lequel la peau se couvre de taches d'un rouge plus ou moins foncé, tandis que les élevures lenticulaires manquent presque constamment et que les follicules de Peyer ne subissent aucune altération. Même remarque en ce qui concerne la fièvre pétéchiale; car nous regardons comme identique avec le typhus anglais la fièvre pétéchiale à forme grave, décrite par Pierre de Castro, Ramazzini, Stoerck et beaucoup d'autres. Mais cette espèce pathologique est loin encore de se plier à la description de M. Stackler. L'éruption *ressemblait, dans le plus grand nombre de cas, à celle de la rougeole.* Ce n'est qu'accidentellement qu'elle prenait la forme pétéchiale. Encore n'est-il pas bien sûr que, dans ce dernier cas, les sujets

n'aient pas présenté, à côté des pétéchies, quelques marques de la véritable éruption rubéolique. Or, c'est là un élément de diagnostic de première importance. Les taches de la rougeole ne peuvent être assimilées aux pétéchies du typhus, et notre confrère dit lui-même que, s'il donne à l'affection observée par lui le nom de fièvre pétéchiale, c'est *faute de mieux*, les taches n'ayant ressemblé *à rien moins qu'à des pétéchies*. Tout le monde sait que l'éruption spécifique de la rougeole, même celle du plus mauvais caractère, de la rougeole *noire*, offre un certain relief que ne peut donner la simple extravasation sanguine qui constitue les pétéchies, et que celles-ci d'ailleurs affectent une diversité de formes et de dimensions qui n'appartient pas aux exanthèmes papuleux ou pustuleux.

Ainsi, au point de vue de la manifestation exanthématique, toute la question est là. L'éruption avait-elle le caractère pétéchial ou le caractère rubéolique? Dans la première hypothèse, il s'agit d'un typhus; dans la seconde, d'une rougeole, mais d'une rougeole maligne. C'est surtout pour constater cette valeur spécifique de la forme éruptive que nous intervenons ici. On ne saurait trop fortement maintenir, au point de vue du diagnostic, l'autorité de ces précieux stigmates cutanés dont la plus faible trace est une révélation; qui, avec un point rouge de telle grandeur, de telle forme, de telle apparence, donnant telle sensation au toucher, se comportant de telle manière sous la pression du doigt, permettent de construire à coup sûr toute une maladie et guident la pratique à travers les obscurités accidentelles de la symptomatologie.

Mais tout s'accorde à établir que, dans l'épidémie de Mulhouse, il s'agissait en effet de la rougeole maligne, dans laquelle l'exanthème spécifique et une éruption pétéchiale marchent souvent de compagnie. La maladie, on l'a vu, s'annonçait par le coryza et la bronchite; c'est le début ordinaire de la rougeole, non du typhus ou de la fièvre typhoïde. Parfois, des épanchements se formaient dans la plèvre, le poumon s'hépatisait; rien de plus commun dans la rougeole anomale; rien de plus rare dans le *typhus fever*. Cela se voit, il est vrai, assez fréquemment dans la fièvre typhoïde; mais c'est précisément l'affection à laquelle il est le moins permis de songer ici. Enfin, on a remarqué sans doute les graves désordres observés du côté du larynx, et il arrive précisément que, de toutes les maladies fébriles, la rougeole est celle qui se complique le plus souvent, dans son cours, d'accidents laryngés; elle vient sous ce rapport, comme l'ont constaté MM. Rilliet et Barthez, avant la variole, la scarlatine et les phlegmasies pulmonaires ou gastro-intestinales. Et il est même remarquable que c'est la forme *ulcéreuse* de la laryngite que la rougeole engendre le plus ordinairement. Quoi d'étonnant que, la rougeole étant elle-même maligne, l'affection du larynx ait tourné à la gangrène? M. Wimpfen a rappelé que certains typhiques revenant de Crimée sont atteints d'angine diphthéritique, d'ulcérations des gencives, de nécroses du maxillaire inférieur. Cela est hors de doute, et l'on peut même ajouter que de pareilles complications s'observent à la suite de beaucoup de fièvres graves. Mais cette remarque nous paraît aller doublement contre sa propre supposition. D'une part, ce ne sont pas des angines pharyngées, des ulcérations gingivales, des nécroses des maxillaires que présentaient les malades de Mulhouse, mais bien l'ulcération et la gangrène de la muqueuse laryngée, la destruction des cordes vocales, la carie des cartilages. Or, nous venons de le dire, les affections laryngées sont un produit fort ordinaire de la rougeole. D'autre part, il est constaté que, chez les enfants du moins, c'est encore la rougeole qui est la cause occasionnelle la plus fréquente de la stomatite gangréneuse. On doit cette observation à M. Taupin. La même recherche n'a pas été poursuivie chez les adultes; mais la présomption qui existe à leur égard suffit pour contrarier l'interprétation de M. Wimpfen.

— Le numéro de EDINBURGH MEDICAL JOURNAL cité plus haut (nº de juin) nous apporte également sur la rougeole une courte discussion, ou plutôt une conversation, qui a eu lieu à la *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*. Au printemps dernier, il a régné à Edimbourg une affection exanthématique, caractérisée par des taches cutanées semblables à celles de la rougeole, mais dont la nature *morbilleuse* a été rendue contestable aux yeux de quelques médecins par certaines circonstances symptomatologiques. Ainsi, pas de signes précurseurs du côté des voies respiratoires, pas d'éternument, pas d'épistaxis, pas de toux. Le catarrhe pulmonaire ne se prononçait même pas dans le cours de la maladie. L'éruption se montrait à des époques très irrégulières et disparaissait rapidement sans qu'il en résultât rien de fâcheux. D'autres fois, elle offrait, selon la remarque de M. Benjamin Bell, la teinte écarlate de la scarlatine ; et à cette occasion M. Myrtle a raconté l'histoire d'un malade chez lequel toute la face postérieure du corps, de la tête aux pieds, offrait la rougeur scarlatineuse la mieux caractérisée, tandis que la face antérieure était parsemée de taches de rougeole. Enfin, dans certains cas, l'éruption s'est montrée deux fois dans un espace de temps très court.

Si l'on s'en rapportait au gros des praticiens, la rougeole sans catarrhe, la rougeole géminée, la rougeole compliquée d'autres exanthèmes, seraient passablement fréquentes. A qui n'arrive-t-il pas, à l'instant où le diagnostic de la rougeole est porté devant la famille, d'entendre la mère affirmer, sur le témoignage d'un médecin, que l'enfant a déjà eu la maladie? Si vous prenez quelques informations sur les prodromes, sur les symptômes concomitants, vous apprendrez le plus souvent qu'il n'y a eu, dans cette soi-disant première atteinte, ni céphalalgie, ni frissons, ni toux, ni expectoration; que le siége, la forme, la date, la durée de l'éruption n'ont pas été tels qu'ils sont d'ordinaire dans la vraie fièvre morbilleuse. Tenez pour certain que, dans la plupart de ces cas, il y a eu erreur de diagnostic. Reconnaître une rougeole à son début n'est pas chose aussi simple qu'on se le figure. Le praticien, sollicité par l'entourage ou pour faire montre d'habileté, se hâte en général de se prononcer. Le mot lâché, si la suite l'avertit qu'il s'est trompé, il se réfugie dans un silence prudent, et l'erreur passe comme un fait acquis dans la famille. Voilà l'origine de la grande majorité des rougeoles anomales ou géminées.

Néanmoins, toutes les anomalies que nous rappelions à l'instant ont été constatées par l'observation. L'essentiel ici, comme dans la question soulevée par M. Stackler, est de bien déterminer le caractère physique de l'éruption. Or, les détails fournis par M. Alexander Wood sur la forme *papuleuse* des taches, par M. B. Bell sur leur forme semi-lunaire (*crescentic arrangement*), ne peut laisser aucun doute. Cela suffit pour affirmer qu'il s'agissait bien de la rougeole, non plus de la rougeole maligne, comme à Mulhouse, mais de la rougeole simplement anomale.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE CLINIQUE DU SYCOSIS, ET EN PARTICULIER DU SYCOSIS TUBERCULEUX, par M. MAURICE CHAUSIT, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de médecine de Paris, etc.

(Suite. — Voir le n° 24, tome III.)

ALOPÉCIE DU SYCOSIS. — L'alopécie joue un rôle très important dans l'histoire du sycosis. Nous avons vu comment elle peut devenir définitive par l'oblitération du conduit pilifère et la destruction primitive ou l'atrophie consécutive du bulbe. Mais c'est là heureusement une terminaison tout à fait exceptionnelle. Le plus souvent, la chute des poils n'est qu'accidentelle et passagère; mais, même à ce point de vue, elle constitue un symptôme très intéressant et dont il importe de bien apprécier la valeur pour la pratique.

L'inflammation du conduit pilifère est bien le point de départ de l'alopécie, mais elle ne suffit pas à l'expliquer. Ainsi l'on remarque que ce phénomène apparaît surtout sur les nodosités tuberculeuses; qu'elle est au contraire rare et surtout peu appréciable pendant la période pustuleuse, quelle que soit sa durée. Si on l'observe alors, c'est surtout quand les croûtes, en se détachant, produisent l'avulsion mécanique des poils, qu'elles enchâssent complétement à leur base. Certains faits nous portent à croire que l'alopécie est due quelquefois à une altération de sécrétion consécutive à l'inflammation du follicule. Elle nous semble être la conséquence d'une lésion des glandes pilifères chargées de sécréter la matière qui lubrifie le poil. Cela nous paraît résulter de cette circonstance, que le poil est évidemment altéré avant de tomber; que là où il persiste encore sur les tumeurs sycosiques, il est grêle, sec, flétri, quelquefois même décoloré. C'est donc une alopécie par lésion de sécrétion. Il convient d'ajouter qu'elle est presque toujours passagère, et que les poils repoussent aussi fournis et tels qu'ils étaient auparavant.

L'alopécie sycosique est ordinairement très limitée, et cette circonstance peut faire comprendre comment elle a pu n'être pas aussi appréciée qu'elle le mérite. Depuis que notre attention a été portée sur ce point, nous avons pu nous convaincre qu'elle est plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire. Elle est plus ou moins complète. Quelquefois les tumeurs sont entièrement dénudées; dans d'autres cas, les plaques sont seulement dégarnies; mais alors les poils qui restent sont altérés. Comme l'alopécie reste circonscrite aux points tuberculeux, elle emprunte quelquefois à cette circonstance un aspect plus ou moins bizarre. Ainsi, je l'ai vue se présenter sous forme d'une bande vitiligineuse. C'est qu'en effet un des traits les plus remarquables de cette alopécie est d'être accompagnée d'un état particulier de la peau, qui est lisse, unie, quelquefois rouge, simulant des végétations framboisées; d'autres fois glabre, comme décolorée.

Les observations qui précèdent nous ont déjà offert des exemples de l'alopécie sycosique. On la retrouve dans des conditions où elle peut revêtir un caractère important au point de vue du diagnostic. C'est surtout quand le sycosis est compliqué d'une autre éruption pustuleuse, de l'*impetigo*. Dans ces cas on observe très manifestement que l'alopécie a lieu seulement là où ont existé des pustules sycosiques et où l'on constate la présence de nodosités tuberculeuses. Ce caractère peut avoir une grande valeur dans le diagnostic. Le fait suivant est une preuve de la distinction typique que l'alopécie peut établir entre le sycosis et l'impétigo. Il fournit aussi un exemple de la singularité d'aspect que peut présenter l'alopécie sycosique.

OBS. V.— *Sycosis tuberculeux compliqué d'impétigo.— Alopécie seulement sur les points tuberculeux.* — Le 26 février 1856, le nommé M... François, âgé de trente-cinq ans, mécanicien, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave. Cet homme, qui est d'une excellente constitution, porte à la barbe une éruption sur le développement de laquelle il nous donne les renseignements suivants :

Il y a huit jours, il s'aperçut de l'existence, sur le côté gauche du menton, de quelques boutons durs et douloureux ; le jour même, il se fit raser la barbe qu'il portait longue habituellement. Le lendemain, il éprouva des cuissons vives dans la barbe et vers le soir un nombre assez considérable de pustules recouvrait le menton et la lèvre supérieure.

Le malade n'a fait aucune espèce de traitement.

Aujourd'hui l'éruption présente les caractères suivants : toute la lèvre supérieure et le menton sont recouverts par une couche de croûtes larges, épaisses, d'un jaune verdâtre, superficielles, entourées d'une zone érythémateuse, sans épaississement de la peau, excepté à la limite de l'éruption à gauche où l'on constate l'existence d'une induration assez prononcée, mais masquée par les croûtes dont nous venons de parler.

Ce sont bien là les caractères d'un impétigo aigu qui a compliqué un sycosis tuberculeux, comme nous allons le voir, et dont le développement a été sans doute provoqué par le feu de la rasure. Prescription : Tisane de chicorée sauvage; cataplasme de fécule; bain simple ; cinq portions.

2 mars. — Les croûtes sont tombées ; la peau est encore rosée et couverte, au menton et à la lèvre supérieure, de lamelles minces, grisâtres, derniers débris de l'éruption pustuleuse ; à gauche, l'affection présente d'autres caractères; c'est une réunion de petites nodosités, enchâssées dans la peau et disposées sur une ligne perpendiculaire dirigée de la commissure gauche de la bouche à la région sous-maxillaire; quelques pustules isolées, à demi desséchées, existent encore bien intactes à l'extrémité du conduit pilifère, à la base des poils. C'est un sycosis tuberculeux. Ce sont ces boutons durs et rouges, première manifestation de l'éruption, qui ont engagé le malade à se faire raser la barbe. —Même traitement.

10 mars. — L'existence de l'éruption impétigineuse n'est plus indiquée que par des débris épidermiques de plus en plus minces. Les pustules sycosiques se sont desséchées et détachées ; les indurations tuberculeuses sont affaissées et de niveau avec la peau ; mais les poils sont tombés et cette partie de la barbe se présente comme une zone glabre, d'une largeur d'un centimètre environ, espèce de bande vitiligineuse, encore un peu rosée pourtant.

Prescription : Chicorée, bain de vapeur.

16. — De nouvelles pustules d'impétigo, larges, superficielles, se développent au menton et à la lèvre supérieure ; elles forment des croûtes d'un jaune verdâtre et se détachent quelques jours après, ne laissant, comme trace de leur existence, qu'une légère rougeur à la peau.

31 mars. — Nouvelle poussée impétigineuse qui se comporte comme la précédente. Cette éruption s'est toujours effectuée en dehors de la bande dénudée ; elle n'a jamais produit l'alopécie ni au menton ni à la lèvre supérieure, tandis que l'éruption du sycosis tuberculeux a été suivie, dès sa première apparition, d'une alopécie complète.

2 avril. — Les poils commencent à repousser sur la zone dénudée.

8 avril. — Plus de traces de l'impétigo ; la peau est grisâtre, débarrassée de toute exfoliation épidermique. Sur la plaque dénudée les poils sont plus nombreux encore que les jours précédents. La guérison peut donc être considérée comme prochaine ; mais si elle doit être retardée pendant quelque temps encore par une nouvelle poussée impétigineuse ou sycosique, cette observation est assez

complète pour qu'elle puisse servir à établir l'opinion que nous soutenons ici, le développement simultané d'un impétigo et d'un sycosis, sans que l'existence de l'une de ces affections trouble la marche régulière de l'autre.

L'alopécie a la même importance, au point de vue du diagnostic, quand c'est le sycosis qui vient compliquer l'impétigo, comme dans l'observation qu'on va lire.

Obs. VI. — *Impétigo compliqué de sycosis tuberculeux. — Alopécie limitée aux régions siége des tubercules.* — Le 7 juin 1854, le nommé D... Auguste, âgé de trente ans, commis-voyageur, est admis à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

Ce jeune homme, d'une constitution moyenne, a toujours joui d'une bonne santé. Il nous donne les renseignements suivants sur le développement de l'éruption dont il est atteint et pour le traitement de laquelle il a demandé son admission à l'hôpital.

Vers le 15 mai dernier, sans cause à lui connue, il vit apparaître au menton quatre ou cinq boutons blancs sans douleur, sans cuisson. Les jours suivants de nouveaux boutons se développèrent, tandis qu'aux premiers succédaient des croûtes jaunâtres, assez épaisses. C'est alors qu'il fut admis à l'hôpital où l'examen fait reconnaître une éruption aiguë siégeant dans la barbe et caractérisée par des pustules psydraciées, disséminées sous la mâchoire, sur les côtés des joues, et confluentes au menton. Ces pustules suppurent complétement, sont superficielles, aplaties et peu résistantes; elles ne sont pas traversées par des poils; plusieurs sont déchirées et versent à la surface de la peau un liquide albumino-purulent. A ces caractères, on reconnaît l'existence de l'impétigo aigu.

Prescription. — Limonade sulfurique. Cinq portions.

12 juin. — La plupart des pustules, parvenues à la période de dessiccation, sont remplacées par des croûtes d'un jaune ambré, rugueuses que retient une barbe épaisse. Limonade sulfurique; cataplasmes de fécule; bains de vapeur.

23. — Les croûtes se détachent difficilement du milieu des poils qu'elles tiennent emmêlés; mais à mesure qu'elles sont détachées de la peau par la pousse de la barbe, on voit apparaître, sur la partie antérieure et latérale droite du menton, au milieu des croûtes impétigineuses qui persistent, des pustules plus petites que les premières, coniques, traversées au centre par un poil et reposant sur des tubercules rouges, du volume d'un pois. Ce sont des pustules de sycosis. Cette nouvelle éruption ne s'est développée ni dans les régions sous-maxillaires, ni sur les joues où existent encore les croûtes impétigineuses. — Même traitement.

28 juin. — Les croûtes de l'impétigo sont entièrement détachées, laissant la peau à peine rosée. Les tubercules du sycosis ont un peu augmenté de volume, à droite du menton surtout où ils forment par leur agglomération, une plaque large comme une pièce de cinq francs. Les pustules desséchées forment des croûtes petites, très adhérentes à la base des poils. — Même traitement.

2 juillet. — Plus de traces des croûtes sycosiques ; les tubercules pâlissent et s'affaissent, mais on constate une dénudation à peu près complète de la partie de la barbe qu'ils occupaient. Sur les autres régions envahies seulement par l'impétigo, il n'y a pas d'alopécie.

20 juillet. — La peau a repris sa coloration normale, mais elle est encore dégarnie dans les points qui avaient été le siége des nodosités. Quoique la guérison ne soit pas définitive, elle peut être cependant considérée comme prochaine ; le malade demande à quitter l'hôpital.

Complications du sycosis. — Les circonstances que nous venons d'exposer nous conduisent à parler d'un point très intéressant, en ce qu'il touche à l'histoire des maladies de la peau en général, c'est-à-dire de la complication d'autres éruptions avec le sycosis.

En effet, l'observation clinique a permis de recueillir un grand nombre de faits qui établissent que cette maladie peut être compliquée d'autres types, et surtout des formes impétigineuses. Quelques auteurs ont cru devoir en prendre occasion de définir des espèces mixtes qui participeraient à la fois et de l'impétigo et du sycosis. C'est ainsi que M. le docteur Devergie a donné, dans sa classification, une place à ce qu'il appelle l'*impétigo sycosiforme*. C'est une dénomination spécieuse, peut-être ; mais, pour qu'elle fût fondée, il faudrait que du mélange des deux types il résultât une forme réellement nouvelle, ainsi que le prétend notre honorable confrère, c'est-à-dire qu'on eût affaire à un type distinct, tout d'une pièce, comme cela arrive pour l'*eczéma impétigineux*, constitué par une seule lésion élémentaire, une vésico-pustule. Mais il n'en est pas ainsi pour le sycosis. Quand cette maladie est compliquée d'impétigo, les deux affections coexistent ensemble, mais ne se confondent pas pour faire une espèce particulière ayant sa marche, ses symptômes à elle, se comportant dans des limites et avec une physionomie qui lui soient propres.

Il arrive là ce que l'on observe pour certaines phlegmasies des organes intérieurs qui se compliquent soit par continuité, soit par contiguïté de tissu. Nous n'avons ni le temps ni le désir de faire à ce propos une digression sur la question générale des complications des maladies de la peau entre elles. L'examen de cette question, sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention des médecins spécialistes, nous éloignerait trop du sujet en litige.

A ce point de vue seulement, si l'on observe avec soin ce qui se passe dans les cas de complication du sycosis par l'impétigo, on voit que chacune de ces formes conserve les caractères qui lui sont propres; que, pour l'une comme pour l'autre, les lésions élémentaires ou secondaires restent toujours distinctes. C'est ce que l'on constate dans les observations qui suivent.

Obs. VII — *Sycosis tuberculeux compliqué d'impétigo.* — Le 29 mai 1855, le nommé G... Louis, âgé de quarante-deux ans, tailleur de pierres, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, pour se faire traiter d'une éruption occupant le menton.

Cet homme est d'une constitution très robuste; il est brun, sa barbe est bien fournie, jamais il n'avait eu de maladie de peau.

Il y a trois mois environ, nous dit-il, qu'il a vu se développer, sans cause connue, au-dessous du menton, une rougeur circonscrite de la largeur d'une pièce de deux francs, accompagnée d'une cuisson assez vive et recouverte, au bout de quelques jours, d'un certain nombre de petites pustules qui se sont succédé ainsi, par poussées irrégulières, à des intervalles variables. Il n'accordait aucune attention à l'existence de ces boutons que l'action du rasoir ne manquait jamais d'irriter davantage, car le jour où il se faisait la barbe, il éprouvait des cuissons plus vives, une tension plus incommode. Il y a trois semaines à peine, de petites tumeurs dures, rouges, ont paru sur le menton, au-dessous de la lèvre inférieure, sur un point de la barbe qui était jusque-là exempt de toute trace d'éruption ; leur développement était accompagné de douleur, de cuisson intense, de sensibilité vive au toucher. Pendant quelques jours elles restèrent dans le même état ; puis, au sommet de chacune d'elles, le malade vit se développer de petits boutons blancs qui, en se déchirant, laissaient écouler aussi une petite quantité de matière sanguinolente.

Aujourd'hui, 29 mai, nous constatons que le menton est hérissé d'un assez grand nombre de nodosités rouges, ovalaires, irrégulièrement distribuées au milieu de la barbe, variant en volume depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un fort pois et plus, enchâssées dans la peau, douloureuses au toucher, rénitentes, imprimant par leur réunion, un aspect framboisé à la partie malade. D'après les caractères particuliers qu'elles présentent, on peut les

ranger dans trois catégories; les unes soulèvent un certain nombre de poils dont quelques-uns seulement offrent à leur base une petite pustule qu'ils traversent par le centre ; ces pustules bien intactes et dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'épingle, ont pour siége évident l'extrémité du conduit pilifère. Les secondes sont aussi couvertes de pustules qui diffèrent des premières et par leur forme et par leur siége ; ainsi, elles sont plus larges, aplaties, superficielles et situées dans l'intervalle des poils ; en un mot, elles se sont développées en dehors du conduit pilifère ; aussi, lorsqu'elles se déchirent, elles laissent écouler à la surface de la peau une matière albumineuse qui se dessèche et forme des croûtes d'un jaune verdâtre, superficielles, agglutinant les poils: ce sont des pustules impétigineuses. Les pustules sycosiques, au contraire, situées dans le conduit pilifère, forment des croûtes très petites, grisâtres, adhérentes, logées dans une dépression circulaire autour de la base du poil. Enfin, les nodosités de la troisième catégorie ne sont pas pustuleuses et cependant elles sont, comme leurs voisines, rouges, tendues et douloureuses; de plus, elles sont complétement dépourvues de poils.

D'après les caractères que présente cette éruption et dont nous avons donné une description exacte, il est impossible de méconnaître l'existence d'un sycosis tuberculeux compliqué d'impétigo.

Prescription. — Tisane de chicorée. — Cataplasmes de fécule de pommes de terre et d'eau de guimauve. Bain simple. — Cinq portions.

7 juin. — Depuis hier, tension et douleur vive dans toute la peau du menton, suivies d'une nouvelle poussée de pustules impétigineuses et sycosiques, pustules qui présentent les mêmes caractères, la même marche, la même terminaison que l'éruption précédemment décrite. Après la chute des croûtes, qui eut lieu quelques jours après, on constate que les nodosités sont un peu moins volumineuses, mollasses au toucher, encore rouges, mais non douloureuses. Les plus petites d'entre elles ont même complétement disparu, laissant à la peau, comme trace de leur existence, une coloration rosée et une alopécie complète.

Depuis cette époque, jusqu'à la guérison définitive du malade, il n'y a plus eu de nouvelle poussée pustuleuse. Chaque jour, l'amélioration a fait des progrès, on a vu les nodosités s'affaisser graduellement et disparaître, en présentant toujours une alopécie qui occupe plus ou moins toute l'étendue de l'induration tuberculeuse.

Cette alopécie est produite, à n'en pas douter, par le sycosis et non par l'éruption impétigineuse, car lorsque l'impétigo envahit seul, soit la barbe, soit le cuir chevelu, la chute du poil n'en est point une conséquence inévitable.

10 juillet. — Depuis quelques jours, les nodosités ont entièrement disparu ; la peau est souple, d'une coloration normale et les poils repoussent en plusieurs endroits. La guérison est donc parfaite ; le malade quitte l'hôpital.

OBS. VIII. — *Sycosis tuberculeux compliqué d'impétigo.* — Le 17 avril 1854, le nommé L... François, né au Pin (Seine-et-Marne), âgé de trente-sept ans, cultivateur, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave.

Cet homme, qui jouit d'une bonne santé, nous raconte que l'affection dont il est atteint s'est déclarée, il y a trois mois environ, sans cause connue. A cette époque, le malade vit se développer çà et là, dans la barbe, des boutons blancs dont la suppuration donna bientôt lieu à la formation de croûtes épaisses et adhérentes, accompagnées de peu de douleur. Pour tout traitement, il appliqua des cataplasmes pendant les premiers jours ; il continua à se servir du rasoir pour couper sa barbe, ce qui, dit-il, augmentait sa douleur et l'éruption.

17 avril. — L'affection que présente le nommé L.... occupe la barbe ; elle consiste dans des nodosités tuberculeuses, assez saillantes, disséminées principalement sur les parties latérales des joues, aux angles de la mâchoire, sous le menton. Ces nodosités, qui égalent le volume d'un fort pois, font une saillie très prononcée au-dessus du niveau de la peau ; elles se perdent, sans limites circonscrites, à une profondeur plus ou moins considérable au-dessous des téguments ; elles sont surmontées d'une croûte épaisse, verdâtre et superficielle qui semble emboîter la nodosité sur laquelle elle repose. Sur les points où les croûtes sont déjà tombées, on voit la saillie tuberculeuse rouge, assez résistante, couronnée par un certain nombre de follicules pileux, dont quelques-uns sont le siége de petites pustules enchâssées dans leur intérieur, et dont la suppuration n'a certainement pas donné lieu à la croûte épaisse qui la recouvrait quelques jours auparavant et qui était due évidemment à une complication d'impétigo.

Traitement : Tisane de chicorée ; cataplasmes ; bains simples ; cinq portions d'aliments.

Le 26, les croûtes impétigineuses sont tombées, laissant à nu les nodosités tuberculeuses, rouges encore, mais affaissées et souples. Pas de traces de nouvelles pustules. Celles qui existaient ont formé de petites croûtes adhérentes à la peau. — Même traitement.

Le 29, les nodosités du côté droit sont complétement affaissées ; une tache rouge non douloureuse indique la place qu'elles occupaient. Sur la partie gauche de la barbe, quelques nouvelles pustules se sont développées, petites, situées dans le conduit pilifère. La peau est un peu tendue, douloureuse, mais les nodosités n'ont pas acquis un plus grand volume. Même traitement.

5 *mai.* — Les pustules se sont promptement transformées en petites croûtes qui sont aujourd'hui tombées. L'amélioration a continué sur tous les autres points. On remplace les bains simples par des douches de vapeur. Sous l'influence de ce traitement, la résolution des nodosités s'est achevée, et le malade, parfaitement guéri, a pu quitter l'hôpital le 23 mai.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR L'ALBUMINURIE ; communiqué à l'Académie impériale de médecine, le 24 juin 1856, par MM. A. BECQUEREL et MAX. VERNOIS.

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un travail fort étendu sur l'albuminurie : nous demandons la permission de lui lire seulement le résumé de l'ensemble de ce mémoire.

Dans le travail dont il s'agit, nous avons un but multiple, qui peut être ainsi établi : 1° Déterminer les principales espèces d'albuminurie ; 2° préciser la cause directe et positive du passage de l'albumine dans les urines ; 3° étudier les influences générales qui produisent la modification accidentelle ou permanente des reins, sous l'influence de laquelle l'albumine apparaît dans les urines ; 4° démontrer l'importance des recherches précédentes dans le diagnostic, le pronostic, et le traitement de cette maladie.

Tel est le plan que nous nous sommes tracé : nous allons essayer de montrer rapidement comment nous l'avons suivi, et à quelles conclusions nous sommes arrivés.

Le mot *albuminurie*, d'après son étymologie même, indique qu'il s'agit de la présence de l'albumine au sein de l'urine.

L'albuminurie se présente sous trois variétés bien distinctes, qui sont les suivantes :

1° L'albuminurie est la conséquence de la présence du sang dans l'urine, et elle lui est uniquement due : des causes nombreuses peuvent produire ce résultat ; nous ne nous en occuperons pas ici. 2° L'albuminurie est due au mélange du pus à l'urine : et seulement à cette circonstance. La considération de cette variété n'est pas encore le but de notre travail. 3° Enfin, l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins, ou si l'on veut, est un produit direct d'un état anatomique accidentel ou permanent de ces organes. C'est là l'albuminurie proprement dite : c'est à ce seul état qu'on doit véritablement en réserver le nom, et c'est le seul que nous avons eu l'intention d'étudier dans ce travail.

De l'albuminurie proprement dite.

Comment se fait-il qu'on trouve de l'albumine au sein de l'urine? Un premier fait est déjà acquis à la science : c'est que cette albumine se produit en même temps que l'urine, et par consé-

quent, qu'elle est un produit de la sécrétion des reins. Mais comment se fait-il que l'albumine, qui provient évidemment du sang, traverse les reins, et rien que les reins? C'est là ce qu'on n'a pas encore pu expliquer d'une manière satisfaisante.

Les théories proposées à cet égard rentrent toutes dans les deux propositions que voici : 1° L'albumine passe à travers les reins, parce que le liquide, auquel elle est empruntée, c'est-à-dire le sang, est modifié, ou mieux encore, parce que ce principe immédiat lui-même a subi une modification quelconque qui lui permet de filtrer ainsi à travers la trame des reins ; 2° l'albumine est le produit d'une lésion des tissus sécrétants, d'une modification quelconque, inconnue dans sa nature, ou bien parfaitement connue, *des reins*, qui ouvre la porte au passage de l'albumine qui ne pouvait s'opérer dans d'autres circonstances.

Nous examinons successivement dans notre travail, et avec de longs développements, les deux hypothèses : nous pouvons cependant résumer nos idées et nos expériences à cet égard.

§ I. — L'albuminurie est due à une modification quelconque, survenue, soit dans le sang, soit dans l'albumine.

Les opinions, émises à cet égard, se réduisent aux trois suivantes :

1° La modification de l'albumine du sang, qui lui donne la faculté de filtrer à travers les reins, est toute moléculaire. Elle est inconnue dans sa nature, et ce passage anormal est précisément le seul phénomène qui traduise au dehors cette modification morbide.

Peut-être en est-il ainsi? Mais si l'on admettait une pareille hypothèse, il n'y aurait plus de science possible. Les recherches chimiques et microscopiques ont acquis maintenant un degré de précision assez grand, pour que, si l'on ne trouve, avec leur aide, aucune modification de l'albumine, on soit en droit d'établir et d'admettre qu'il n'en existe aucune. Professer une opinion contraire, serait se jeter inconsidérément dans le champ des plus vagues hypothèses.

2° L'albuminurie est due à la diminution de proportion de l'albumine du sang.

A cette hypothèse absolue, on peut objecter les faits qui suivent : *a*. La diminution de l'albumine du sang n'existe pas dans beaucoup de cas d'albuminurie. *b*. La diminution de l'albumine du sang existe assez souvent sans qu'il y ait albuminurie. *c*. La diminution de l'albumine du sang n'est, dans la très grande majorité des cas, qu'un phénomène consécutif, que la conséquence de l'albuminurie elle-même. *d*. Quand la diminution de l'albumine du sang existe avant l'albuminurie, c'est qu'elle est le produit d'une autre cause plus générale, qui détermine elle-même le passage de l'albumine dans les urines. *e*. Enfin, on peut se demander pour quelle raison de l'albumine semblable à elle-même filtrerait plus facilement à travers les reins, quand elle est dans le sang, en proportion moindre, que quand elle y existe en quantité un peu plus considérable.

3° L'albuminurie est due à une modification moléculaire de l'albumine du sang, parfaitement appréciable. Cette modification consisterait dans la transformation que M. Mialhe a dénommée albumine amorphe ou caséiforme. Nous ne prétendons pas nier l'existence, dans certaines circonstances données, des trois espèces d'albumine de M. Mialhe : albumine normale, albumine amorphe ou caséiforme : — Albuminose : Elles ont été trop bien démontrées par le savant pharmacien, pour qu'on puisse récuser les faits principaux sur lesquels il s'appuie. Mais nous affirmons que ses idées et ses principes ne peuvent trouver d'application dans le sujet qui nous occupe. Nous démontrons, en effet, dans notre mémoire, que l'albumine du sang normal, l'albumine du sang des individus atteints de désalbuminisation du sang sans albuminurie, l'albumine du sang des individus atteints d'albuminurie avec ou sans désalbuminisation du sang ; enfin, l'albumine recueillie dans les urines albumineuses (sans nous occuper des cas liés à la présence du sang et du pus dans ce liquide), sont *partout identiques ;* qu'elles jouissent des mêmes propriétés physiques ; enfin, qu'on ne saurait expérimentalement signaler la plus légère différence entre *elles*.

Il résulte de là qu'on ne saurait admettre que la cause du passage de l'albumine du sang dans les urines est une modification moléculaire et physique survenue dans ce principe immédiat.

§ II. — L'albuminurie est due à une modification quelconque, survenue dans l'organe sécréteur des urines, c'est-à-dire dans le rein. Plusieurs opinions ont été émises à ce sujet : nous les examinons successivement.

Suivant quelques médecins, l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins produite par cet organe, qui, cependant, n'a subi aucune altération matérielle, qui, en un mot, est resté à l'état sain. Aucun fait positif, aucune autopsie irrécusable, ne démontre jusqu'à présent la réalité de cette opinion : dans les cas qu'on invoque à son appui, on trouve invariablement l'état des reins indiqué de la manière suivante : reins hypérémiés, reins anémiés, reins à l'état normal : et dans aucun d'eux l'examen microscopique n'a été fait, et par conséquent n'a été signalé. Or, nous chercherons à démontrer dans un instant, que des reins congestionnés, ou anémiés et jaunâtres, peuvent correspondre à des lésions matérielles parfaitement appréciables au microscope. Quant aux reins signalés par ce seul mot, état normal, ce n'est plus une dénomination acceptable dans l'état actuel de la science : étaient-ils rouges, décolorés? quelles étaient les qualités physiques, et surtout quel était l'état microscopique de l'intimité du tissu? Voici les seuls éléments d'un examen qui aurait de la valeur.

Suivant une autre opinion, l'albuminurie est *toujours* le résultat d'une modification quelconque survenue dans le tissu sécréteur des reins. C'est, après toute réserve faite en faveur de quelques cas rares et exceptionnels où le sang peut être primitivement atteint, à cette opinion que nous nous rangeons, et notre mémoire est surtout destiné à en démontrer la réalité.

Nous allons en effet prouver qu'il y a toujours non-seulement une lésion des reins, quand il existe une albuminurie, mais encore que cette lésion n'est pas toujours la même. Elle peut en effet se rattacher à deux catégories de faits bien distincts. La première renferme les cas dans lesquels cette lésion est passagère, accidentelle, et parfaitement susceptible de guérison. Elle correspond aux cas nombreux d'albuminurie éphémère que l'on rencontre tous les jours. La deuxième catégorie comprend les cas dans lesquels la lésion des reins est permanente, durable et tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Elle correspond à l'albuminurie chronique, sans retour possible à la santé, et embrasse tous les faits de maladie de Bright proprement dits. Ces deux catégories de faits doivent être étudiés à part.

1° *Lésions passagères et accidentelles des reins correspondant à l'albuminurie éphémère*. — Ces lésions peuvent se résumer dans cette définition caractéristique : *Desquamation épithéliale des* TUBULI *des reins*.

Cette desquamation épithéliale, résultat de l'infiltration granuleuse des cellules épithéliales qui tapissent les *tubuli*, peut s'effectuer de deux manières différentes. Dans le premier mode, les cellules s'infiltrent peu à peu de granulations albuminoïdes salines et graisseuses ; ces granulations étouffent et atrophient le noyau, distendent la membrane cellulaire et la rompent ; et finalement les granulations et les débris de la membrane déchirée abandonnent les *tubuli* et passent dans les urines. Dans le deuxième mode, les cellules infiltrées et distendues par les granulations ne se déchirent pas ; mais pressées, tassées les unes contre les autres, elles ne se séparent pas, et tombent en masse, entraînant avec elles la gaîne épithéliale à la face interne de laquelle elles étaient attachées. Il en résulte des espèces de cylindres dits cylindres granuleux, qu'on peut retrouver dans les urines, et qui ne sont autres que les gaînes épithéliales des *tubuli* remplies de cellules infiltrées de granules ou granulations albuminoïdes.

Quel que soit le mode selon lequel la desquamation se soit opérée, le résultat anatomique et physiologique est le même. Les *tubuli* privés de leurs cellules qui sont les organes véritablement sécrétants des reins, laissent filtrer le sérum du sang en nature, au lieu de permettre seulement le passage de l'urine élaborée. C'est le sérum du sang qui, se mélangeant à l'urine normale sécrétée par

les *tubuli* restés sains, introduit dans ce liquide l'albumine qu'on y rencontre.

Les urines albumineuses ne sont donc pas des urines normales, plus de l'albumine, mais des urines normales, plus du sérum du sang.

Dans quelques cas il y a, concurremment avec les phénomènes que nous avons relatés plus haut, *déchirure* de quelques-uns des vaisseaux capillaires du tissu inter- ou sus-canaliculaire, et passage d'une certaine quantité de sang en nature dans les urines.

La desquamation épithéliale des *tubuli* est toujours la conséquence d'une hypérémie du tissu inter-canaliculaire et des glomérules de Malpighi. Ainsi, chez l'immense majorité des sujets qui succombent avec une semblable desquamation et de l'albumine dans les urines, on trouve les reins tuméfiés, congestionnés et gorgés de sang. Quelquefois cette congestion a disparu, et la desquamation épithéliale existant toujours, on trouve les reins pâles, anémiés et avec une teinte jaune-chamois clair. Il suit de là que, toutes les fois qu'un individu succombe, ayant, à l'instant de sa mort, une certaine quantité d'albumine dans ses urines, sans maladie de Bright, on rencontre toujours les reins soit rouges, congestionnés ou tuméfiés, soit pâles, anémiés et de couleur jaune-chamois. Nous n'avons pas encore trouvé d'exception à cette règle.

La desquamation épithéliale des reins est, dans la grande majorité des cas, une lésion tout accidentelle et très susceptible de guérir. Dans quelques cas, cependant, elle est le premier degré des lésions permanentes et durables que nous allons étudier plus bas : on passe insensiblement des uns aux autres.

La desquamation épithéliale des *tubuli* reconnaissant toujours une hypérémie rénale pour point de départ, il s'ensuit que toute cause de congestion de cette nature peut être considérée comme cause d'albuminurie passagère ou accidentelle.

Sous ce rapport, on peut rattacher à trois catégories distinctes les causes de l'hypérémie rénale que nous étudions ici : 1° L'hypérémie rénale est le résultat d'influences extérieures, résultat d'un vice hygiénique (refroidissement, humidité, etc., etc.). Cette forme constitue ce que l'on a coutume d'appeler maladie de Bright aiguë. Elle est souvent grave et conduit à des désordres sérieux. 2° L'hypérémie rénale est une congestion sanguine active. Elle est le résultat de maladies fébriles qui, par un mode inconnu dans sa nature, déterminent secondairement des congestions rénales. C'est ce qui arrive fréquemment pendant ou après les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, le choléra, la tuberculisation, la plupart des phlegmasies. 3° L'hypérémie rénale est le résultat d'une congestion sanguine, mécanique, liée à une gêne quelconque de la circulation; c'est dans cette classe qu'on range les hypérémies rénales qui s'observent à la suite des maladies du cœur, de l'emphysème pulmonaire, de la cirrhose du foie, de la grossesse, etc., etc.

La symptomatologie de l'hypérémie des reins est subordonnée à l'influence que l'albuminurie exerce sur la composition du sang.

Sous ce rapport, trois cas peuvent se présenter. 1° L'albuminurie est peu considérable, fugace, passagère, et par conséquent l'hypérémie dont elle est le signe se trouve dans les mêmes conditions. C'est ce qui a lieu dans beaucoup de maladies aiguës fébriles et dans un certain nombre d'affections qui congestionnent mécaniquement les reins. Dans ce cas, aucun symptôme d'un trouble fonctionnel n'existe, et la présence de l'albumine dans les urines est le seul signe de la congestion rénale. 2° L'albuminurie est plus abondante, plus persistante, plus durable, et par conséquent elle correspond à une hypérémie qui participe à ces conditions. Mais cette quantité n'est pas assez considérable pour altérer le sang et diminuer la proportion de son albumine. C'est là le cas des maladies de Bright aiguës dites latentes et sans hydropisies. En pareille circonstance, on peut pendant assez longtemps ne pas constater de troubles fonctionnels. Dans d'autres cas, il survient des symptômes qui peuvent se montrer à des degrés très différents d'intensité et de gravité, et qui par leur groupement constituent les différentes formes latentes de la maladie de Bright aiguë. Ces symptômes sont surtout la douleur lombaire, la fièvre, les vomissements et des phénomènes d'excitation nerveuse, c'est-à-dire des convulsions, l'éclampsie, la somnolence et quelquefois le coma. 3° Enfin, l'albuminurie est en quantité assez considérable pour désalbuminiser le sérum du sang. Nous étudierons tout à l'heure les conditions de ce phénomène.

2° *Lésions permanentes et durables des reins* (maladie de Bright chronique). — Les faits qui existent dans la science, et spécialement les résultats auxquels ont conduit les travaux des médecins allemands, anglais et français, et les nôtres propres, démontrent que toute albuminurie persistante et durable est le signe d'une lésion matérielle plus ou moins profonde du tissu des reins. Cette lésion matérielle est la lésion caractéristique de la maladie de Bright proprement dite. Elle est maintenant bien connue : on a déterminé ses caractères, sa nature, son évolution. La première altération, la plus importante peut-être, est une infiltration graisseuse des reins. Cette infiltration graisseuse augmente la capacité des cellules, atrophie leur noyau, distend leur membrane propre, qu'elle ne tarde pas à rompre et à détruire.

La deuxième altération consiste dans une infiltration albuminoïde qui s'opère simultanément dans plusieurs points des divers éléments de la substance corticale des reins. Le dépôt de matières albuminoïdes se fait d'abord dans le tissu intercanaliculaire, plus tard dans les glomérules de Malpighi et finalement dans les *tubuli* eux-mêmes privés de leurs cellules, qui ont été détruites par l'infiltration graisseuse dont elles sont primitivement le siége.

La troisième altération est caractérisée par l'infiltration ou plutôt par le dépôt au milieu de cette matière albuminoïde, de granulations protéiques et salines, et surtout de nombreux globules de graisse.

La quatrième modification est déterminée par l'organisation fibro-cellulaire de cette substance albuminoïde. Les éléments protéiques, salins et graisseux qui infiltrent cette dernière matière disparaissent peu à peu, et l'aspect amorphe du tissu est remplacé insensiblement par des fibres à noyau, des fibres simples, et finalement par tous les éléments du tissu conjonctif.

Toutes ces altérations correspondent à des caractères anatomiques appréciables à l'œil nu et qui comprennent les quatrième, cinquième et sixième formes de M. Rayer.

Faire leur histoire serait faire celle de la maladie de Bright proprement dite, ce que nous n'avons pas eu l'intention d'exposer ici. Nous dirons seulement que dans quelques cas rares, la perte d'albumine que de telles lésions opèrent par les urines n'est pas assez forte pour appauvrir le sérum du sang et produire des hydropisies. Le contraire a lieu dans l'immense majorité des cas; c'est-à-dire que l'albuminurie déterminée par des lésions permanentes et durables désalbuminise peu à peu le sérum du sang et produit partout des infiltrations et des épanchements de sérosité.

Des altérations du sang dans les diverses espèces d'albuminurie.

Tel est le titre du deuxième chapitre de notre travail. Nous cherchons à y démontrer les trois propositions suivantes, qui toutes sont appuyées sur des analyses complètes du sang faites soit dans la maladie de Bright aiguë (hypérémie des reins), soit dans des maladies de Bright chroniques.

1° Tout passage un peu considérable de l'albumine du sang dans les urines, ou bien tout passage de ce principe immédiat persistant pendant un certain temps *produit* nécessairement la diminution de proportion de l'albumine du sang.

2° La diminution de proportion de l'albumine du sang, bien que légère, peut déterminer l'apparition d'une hydropisie, si cette diminution s'est opérée rapidement.

3° La diminution de proportion de l'albumine du sang a besoin d'être beaucoup plus considérable pour produire des hydropisies quand cette diminution s'est opérée lentement que quand elle a eu lieu rapidement.

Dans 20 cas de maladie de Bright aiguë, la moyenne générale de l'albumine contenue dans 1000 grammes de sang est en nombre rond de 60 grammes au lieu de 70, nombre moyen; c'est donc

une différence de 10 millièmes, ce qui est beaucoup et ce qui explique parfaitement la production des hydropisies, quand surtout on tient compte de la rapidité avec laquelle cette déperdition a eu lieu.

Dans 24 cas de maladie de Bright chronique, la quantité moyenue d'albumine contenue dans 1000 grammes de sérum du sang est de 55 en nombre rond, au lieu de 70 dans l'état normal, et 60 dans la maladie de Bright aiguë. Cette diminution est considérable.

Quel est le mécanisme de la production des hydropisies daus ces deux séries de faits? C'est ce que nous avons étudié et ce que nous avons cherché à démontrer, en nous appuyant sur cinq ordres de faits qui sont exposés avec développement daus notre travail.

La troisième partie de notre mémoire est destinée à étudier la composition des liquides qui constituent les hydropisies dans les diverses espèces d'albuminurie.

Elle est consacrée au développement et à la démonstration de la proposition suivante:

La composition des liquides constituant les hydropisies avec *albuminurie* est en rapport avec la composition du sérum du saug des individus qui en étaient atteints.

Il résulte en effet de nos analyses que la composition du sérum constituant les hydropisies symptomatiques des diverses espèces d'albuminurie, diffère notablement de celle des hydropisies symptomatiques d'un obstacle à la circulation (maladies du cœur, cirrhose du foie). Ce liquide, dans le premier cas, est bien moins riche en albumine et en parties solides que dans le deuxième cas. L'eau, par conséquent, y est bien plus abondante.

Sur 1000 parties de sérosité infiltrée ou épanchée, il y a eu 15 d'albumine dans le liquide du tissu cellulaire, 16 dans le liquide de l'abdomen, et 14 dans celui des plèvres. On voit que tous ces nombres diffèrent fort peu entre eux et que les différences sont assez insignifiantes, pour qu'on n'en tienne pas compte. Admettons donc 15 millièmes pour moyenne au lieu de 28 millièmes, dans les hydropisies symptomatiques d'obstacles mécaniques à la circulation du sang.

La quatrième et dernière partie de notre travail est consacrée à la thérapeutique. Il était en effet très important de démontrer que les principes que nous avions établis dans cette étude des diverses espèces d'albuminurie avaient une importance pratique très sérieuse. Nous avons donc cherché à montrer l'influence que ces notions pouvaient exercer sur le traitement des maladies dans le cours desquelles survenait l'albuminurie, et quelles étaient les indications qu'elle présentait dans les cas nombreux où ce phénomène morbide constituait toute la maladie.

Cette partie ne saurait être résumée.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *Sur des cas de typhus observés à l'hôpital de Neufchâteau (Vosges), chez des soldats revenant de Crimée*, par M. *Garcin.* — Nous extrayons de ce travail les passages suivants: « Le 64e régiment d'infanterie de ligne s'est embarqué à Balaclava le 29 avril. Après une traversée non interrompue, il est arrivé à Marseille le 10 mai, puis à Villefranche le 12, au moyen du chemin de fer, et enfin, à pied, le 16, à Châlon-sur-Saône, où le débordement des eaux l'obligea à séjourner pendant quatre jours. Depuis le départ de Crimée jusqu'au 24 mai, aucun cas de typhus ne s'était déclaré; mais, à dater de ce jour, le colonel dut abandonner à chaque étape de nouveaux malades, et, en arrivant à Neufchâteau, l'hôpital en reçut neuf, chez qui l'on observait à un haut degré tous les caractères indiqués par la lettre de M. l'inspecteur Baudens. Un dixième soldat, du 62e de ligne, qui avait fait la traversée en même temps que le 64e, avait été admis par moi dès la veille, également affecté de typhus.

» La maladie datait de un à trois jours lors de leur entrée à l'hôpital de Neufchâteau, le 28 mai. On observait, chez tous, les symptômes suivants : Stupeur, céphalalgie intense, surdité, vertiges, prostration des forces (la plupart ne pouvaient se tenir debout) ; pouls fréquent et dépressible, peau brûlante, soif intense, voix éteinte (à peine s'ils pouvaient parler) ; état saburral très prononcé des voies digestives, plus tard langue sèche et noire, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Dans quatre cas, la maladie avait débuté par des accès de fièvre intermittente, qui se sont renouvelés deux ou trois jours de suite, avec frissons, chaleurs et sueurs, et, dans deux autres, par un état catarrhal des voies respiratoires. Trois ont eu du délire, dont un furieux pendant quatre jours ; deux, des épistaxis, et deux seulement quelques rares pétéchies ; trois ont éprouvé des douleurs abdominales et du dévoiement ; les autres étaient constipés.

» Dès le premier jour je prescrivis à tous : Eau de Sedlitz, à laquelle on dut revenir plusieurs fois chez la plupart des malades ; application d'eau fraîche sur la tête, incessamment renouvelée ; solution de sirop de groseilles et boissons mucilagineuses pour ceux qui étaient affectés de bronchite ; lavements et cataplasmes ; enfin, sinapismes et vésicatoires aux membres inférieurs, chez ceux qui avaient du délire ou un état comateux très prononcé. Je n'ai eu recours ni aux saignées ni aux sangsues : la nature de la maladie et la dépression du pouls m'ont paru contre-indiquer ces moyens.

» Aucun de ces militaires n'a succombé, malgré l'intensité de cette affection, ce qu'il faut attribuer surtout, je crois, à l'éloignement du foyer d'infection, à l'influence favorable de l'air natal, et aussi aux soins de tous les instants qui leur ont été prodigués par les Sœurs de notre hôpital. La convalescence a marché rapidement chez tous nos malades. » (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour un mémoire de M. *Baudens* sur le typhus de Crimée : MM. *Velpeau*, *J. Cloquet*.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Etudes sur les céréales*, par M. *Duvivier* (de Chartres). — « Il résulte des recherches exposées dans ce mémoire que la partie extérieure de l'enveloppe des céréales est recouverte de matières grasses et de matières odorantes et azotées dans un état particulier de combinaison, n'ayant aucun rapport avec les enduits qui se trouvent sur les feuilles et à la surface des fruits, et qui paraissent toutes différentes de celles que contient la farine, avec lesquelles elles ne doivent pas être confondues. Le son ne doit donc plus être considéré comme contenant seulement des matières azotées et des quantités variables de cellulose et de farine. Dans l'emploi des céréales, comme base principale de la nourriture de l'homme, ces matières sont presque entièrement éliminées avec le son. Les animaux, au contraire, les absorbent en totalité, en recevant comme nourriture le son et les grains. Ces matières sont toutes assimilables : les éléments des corps gras, la chaux et le fer, sont destinés à alimenter à la fois les parties graisseuses, les os des animaux, et à donner à leur sang une vitalité normale. (*Comm.:* MM. Pelouze, Payen.)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — M. *Cl. Bernard* présente un mémoire imprimé de M. *Denis* (de Commercy), ayant pour titre : *Nouvelles études chimiques, physiologiques et médicales sur les albuminoïdes qui entrent comme principes immédiats dans la composition des solides et des fluides organiques tant animaux que végétaux.* M. Bernard donne de vive voix une idée de ce travail, destiné par l'auteur au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

PHYSIOLOGIE. — *Étude de l'œil sur le vivant*, note de M. *Waller.* — L'auteur communique à l'Académie une description très succincte d'un procédé qui permet d'observer sur l'œil de l'animal vivant les images des objets lumineux qui se forment sur le fond du globe oculaire, et d'examiner dans les vaisseaux de l'iris, du corps et des procès ciliaires et dans la choroïde, la circulation du sang sous le microscope.

Pour observer les images du fond de l'œil, il produit l'*exophthalmose* artificielle du globe de l'œil, ce qui se pratique aisément sur

le lapin, le cochon d'Inde et le surmulot, en écartant fortement les paupières. Sur l'œil luxé, en présentant obliquement devant lui un objet lumineux, on aperçoit aisément, à travers la sclérotique, son image renversée, dont les mouvements en sens opposé correspondent à ceux de l'objet extérieur. On reproduit à volonté sur le même animal cette expérience qu'il est facile de varier de différentes manières, pour apprécier les effets de l'éloignement sur l'intensité lumineuse de l'objet. En maintenant l'œil immobile, il est très adapté pour toutes les expériences physico-physiologiques sur ces images.

Pour observer la circulation du sang sous le microscope dans les vaisseaux de l'œil, le surmulot convient beaucoup mieux que le lapin et le cochon d'Inde, à cause de la grande transparence de la sclérotique et de la forte convexité de l'iris. Sur cet animal, M Waller a pu employer jusqu'à des grossissements de 400 diamètres pour observer l'état des vaisseaux. L'auteur se propose de faire connaître à l'Académie, dans un second travail, le résultat de ses recherches.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. MM. *Rayer*, *Velpeau*, *Andral*, *Cloquet*, *Bernard*, *Jobert*, *Duméril* et *Flourens* réunissent la majorité des suffrages.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui confirme l'élection, faite par l'Académie, de M. le docteur *Trousseau*, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Trousseau* prend place parmi ses nouveaux collègues.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics communique: — *a.* L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Saône. — *b.* Le rapport de M. le docteur *Pierrey* sur une épidémie de variole en 1855, dans la commune de Saint-Sauveur. — *c.* Le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Luxeul, par M. *Pierrey*. (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit : — *a.* Une note de M. le docteur *Jules Lépine* sur un nouveau médicament, le *Casuarina equisetifolia*. (*Comm.*: MM. Trousseau et Guibourt.) — *b.* Un pli cacheté contenant des recherches sur les calculs des voies urinaires, par M. le docteur *Anselmier*. (*Accepté.*) — *c.* Une note intitulée : Recherche de la quinine dans la sueur après l'administration du sulfate de quinine, par M. le docteur *Regnauld*.

L'auteur termine son travail de la manière suivante : « D'après une série d'expériences tentées sur 6 kilogrammes de sueur, il est permis de conclure que le liquide ne contient pas de quinine et que les glandes sudoripares ne jouent aucun rôle dans l'élimination de cet alcaloïde. De plus, à côté d'un résultat négatif, l'absence de quinine dans la sueur pendant la durée de l'absorption, apparaît une confirmation de la spécificité d'action des glandes sur les principes tenus en dissolution dans le sang. » (*Comm.*: MM. Bouchardat, Caventou.)

M. *Mattei* présente un forceps de son invention qu'il a déjà appliqué huit fois et dont il expose les avantages :

1° Le forceps, dont le volume est relativement petit, est un véritable instrument de poche, quand on sépare surtout le manche de la cuiller. 2° Il saisit suffisamment la tête sans exercer une compression aussi forte que par le forceps à long manche. La douille, qui unit les deux branches, sert de point d'appui à la main comme les deux oreilles que Nœgelé avait placées près de l'entablement de son forceps. 3° Ayant des cuillers moins longues et surtout concaves, il embrasse mieux la tête et lui permet moins aisément de glisser. 4° La largeur de la fenêtre qu'a chaque cuiller, dans le forceps usuel, est trop grande pour les usages ordinaires, et quand on a affaire à une vulve étroite ou à un col non entièrement dilaté et qu'on doit préalablement introduire les quatre doigts, comme on le conseille, l'application devient douloureuse et quelquefois assez difficile. Dans le nouveau forceps la cuiller est moins large et l'on peut la diriger avec les doigts. 5° Les forceps qu'on a employés jusqu'ici, soit en France, soit à l'étranger, ont une articulation mathématiquement arrêtée d'avance et à laquelle il faut toujours arriver avant de pouvoir faire des tractions, ce qui est parfois difficile et oblige à retirer l'instrument pour le mieux placer ; le forceps de M. Mattei a une articulation mobile, que l'on peut déplacer suivant l'exigence du cas. 6° Ce forceps, en raison de son peu de volume et de la facilité de son application, peut être introduit sans déranger la femme, sans l'obliger à se mettre en travers du lit. 7° L'articulation des branches, pouvant être descendue très bas, l'instrument conserve assez de longueur pour être appliqué jusque sur le détroit supérieur. Toutefois, là où un vice de conformité retient la tête au-dessus de ce détroit et oppose de grands obstacles à son engagement, il faudrait avoir recours à un forceps plus résistant, ce que l'on reconnaît par la direction extérieure des manches et la traction partielle de chaque branche.

— M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre que M. le docteur *Lucien Boyer* écrit au nom de M. *Amussat* père, et par laquelle celui-ci, conformément aux intentions de feu *Amussat*, ancien membre de l'Académie, lègue à la Compagnie une rente annuelle de 500 francs

Cette somme est destinée à la fondation d'un *prix de chirurgie expérimentale* à décerner tous les deux ans.

Lectures et Rapports.

HYDROLOGIE. — M. *Henry* lit, au nom de la commission des eaux minérales :

1° Un *rapport sur une eau minérale découverte dans le domaine de Saux* (Nièvre). La commission conclut qu'il n'y a pas lieu, *quant à présent*, d'accorder l'autorisation demandée, tant que des travaux sérieux n'auront pas permis de constater à la source même la composition chimique réelle de cette eau minérale. (*Adopté.*)

2° Un *Rapport sur l'eau minérale alcalino-ferreuse de Chabetout* (Puy-de-Dôme). La commission propose de répondre à M. le ministre que tout milite pour que l'autorisation d'exploiter l'eau de cette source, au point de vue médical, soit accordée lorsque les travaux de captage auront été légalement exécutés par les hommes de l'art. (*Adopté.*)

PATHOLOGIE. — M. le docteur *Vernois* donne lecture, en son nom et au nom de M. *A. Becquerel*, d'un *mémoire sur l'albuminurie*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

La séance publique est levée à quatre heures.

L'Académie se forme en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de la *section d'anatomie pathologique* sur les candidatures à la place vacante dans cette section.

Société anatomique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE POUR L'ANNÉE 1855, par le docteur AXENFELD, secrétaire.

Suite. —Voir les numéros 12, 15, 21 et 24, t. III.

Articulations.

Parmi les présentations relatives aux articulations, vous trouverez un exemple rare de *luxation du coude* dont M. Tassel vous a présenté le moule en plâtre. Il y avait fracture de l'olécrane, luxation du cubitus en avant en dedans et diduction des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure. La déformation curieuse qui en résultait a été, de la part de M. Tassel, l'objet d'une description minutieusement détaillée, à l'exactitude de laquelle la constatation *de visu* eût difficilement ajouté.

Plusieurs pièces de *luxation iléo-fémorale* ont passé sous vos yeux, et pour quelques-unes d'entre elles l'origine de la lésion est restée obscure à cause des renseignements insuffisants ou nuls sur

les antécédents. C'est ce qui est arrivé pour une *luxation iliaque* présentée par M. Alfred Fournier. L'ancienne cavité cotyloïde qui n'offre d'autre déformation qu'un aplatissement de son bord postérieur, a conservé d'ailleurs sa profondeur et son revêtement cartilagineux; la tête fémorale, devenue ellipsoïde, acuminée, est reçue dans une cavité nouvelle qui est tangente à l'ancienne et placée immédiatement derrière elle sur la fosse iliaque externe devenue plus saillante qu'à l'état normal (particularité qui mérite d'être notée avec soin ; M. Alfred Fournier me paraît avoir vu juste, quand il attribue à cette saillie l'absence de rotation du col fémoral et la déviation absente de la pointe du pied). Quant aux ligaments, on trouve un manchon fibreux complet reliant le col fémoral aux deux cavités. Le ligament rond a disparu sans trace. Cette luxation était-elle pathologique? L'absence de toute altération osseuse permet de rejeter cette opinion. Était-elle traumatique? Les parents du petit malade l'affirmaient; ils attribuaient la déformation de la hanche à une chute ; mais MM. Broca et Legendre vous ont dit quel fond on pourrait faire sur de pareils renseignements, cependant une origine traumatique vous a paru pouvoir être admise ici. Était-elle congénitale? A cette dernière question, on pourrait répondre par une autre question préalable : Qu'est-ce qu'une luxation congénitale, ou plutôt par quels caractères précis diffère-t-elle des déplacements articulaires survenus après la naissance ? Ce n'est pas le lieu de discuter si l'on peut, en thèse générale, considérer toutes les luxations intra-utérines : avec M. Cruveilhier, comme succédant à un véritable traumatisme ; avec M. Parise, comme étant dues à un épanchement articulaire ; avec M. Guérin, comme le résultat de la rétraction des muscles. Le seul point de vue auquel je les envisage est celui du diagnostic anatomique, du diagnostic le scalpel à la main et la pièce sous les yeux. Il faut l'avouer, il est des cas où il est impossible de poser ce diagnostic avec certitude. Est-ce à la présence d'une luxation double qu'on reconnaîtra la congénitalité de la lésion ? à la forme triangulaire de la cavité cotyloïde ? à la présence d'une cavité nouvelle? à la place occupée par la tête fémorale ? à l'allongement de la capsule ? Tous ces caractères, et d'autres encore, sont insuffisants ; aucun n'est pathognomonique, c'est-à-dire qu'il n'en est pas dont la présence puisse faire affirmer que la luxation est congénitale, ou dont l'absence autorise à nier qu'elle le soit. En adoptant la théorie de M. Parise, en attribuant toutes les luxations rétro-utérines à une hydarthrose, la distinction qui nous préoccupe perdrait de son importance ; elle se réduirait à une détermination, non de la nature de la lésion, mais de sa *date* plus ou moins ancienne.

Vous êtes restés également indécis sur la cause d'une *luxation sus-pubienne du fémur* qui a été recueillie par M. Henry chez une femme morte des suites d'une amputation du sein. Ici la tête de l'os était aplatie, dépourvue de cartilages et parsemée de végétations osseuses ; l'ancienne cavité cotyloïde était triangulaire ; il existait une cavité nouvelle peu profonde ; une forte capsule reliait le fémur au bassin ; M. Henry a noté, en outre, une articulation anormale établie entre le petit trochanter et la partie externe de la branche ischio-pubienne. La claudication datait de l'enfance.

Dans un cas de *luxation sus-pubienne* du fémur trouvée par M. Foville sur le corps d'un malade dont les antécédents étaient inconnus, vous avez vu la tête du fémur placée sur l'éminence iléopectinée, et de plus *complétement soudée* avec elle : c'était une ankylose par fusion, et aucun vestige de lame compacte ne marquait la transition entre le tissu spongieux des os contigus, ou, mieux, continus. Les débris de la capsule couvraient comme un voile l'ancienne cavité cotyloïde comblée par de la graisse. En négligeant pour le moment le fait si curieux de l'ankylose, nous trouvons que cette observation est un des rares exemples connus d'une luxation pubienne constatée à l'autopsie, et dans ce nouveau cas, comme dans celui rapporté par A. Cooper, la tête du fémur n'est pas située sur la branche horizontale du pubis, comme l'indique ce nom de luxation sus-pubienne, mais bien sur l'éminence iléopectinée, immédiatement en dedans des épines iliaques. Peut-être — et cette supposition a été faite par M. Verneuil — peut-être y a-t-il deux degrés de luxation antérieure, et avons-nous eu sous les yeux le premier de ces degrés?

M. Ravin a rencontré, sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpêtrière, une *luxation des deux hanches* qui était évidemment due à une *arthrite sèche*. C'est un cas à ajouter à ceux assez rares où les deux fémurs se trouvent déplacés sous l'influence de cette affection articulaire.

De cette affection étrange, extrêmement commune, variée à l'infini dans ses effets, vous avez de nouveau observé cette année un certain nombre d'exemples. Le plus remarquable, sans contredit, est celui d'une articulation ilio-fémorale présentée par M. Barth, où les végétations osseuses avaient formé une masse d'un volume monstrueux. Des suppositions diverses avaient été faites avant que l'ouverture de l'articulation vînt montrer la véritable nature de la maladie.

Plusieurs cas de *tumeurs blanches* vous ont été soumis. L'une occupait l'articulation de l'épaule, d'où le pus avait pénétré dans la gaîne du muscle biceps pour venir se faire jour à l'extérieur. Une autre, que nous devons à M. Liégeois, avait pour siége l'articulation *sterno-claviculaire;* elle était accompagnée d'un foyer purulent agité de battements isochrones aux pulsations artérielles qui, jointes à la présence de gaz dans l'intérieur de la poche, rendaient le diagnostic très difficile. M. Michon reconnut néanmoins un abcès froid avec décomposition du pus. C'est surtout le soulèvement du foyer à chaque dilatation des grosses artères situées dans son voisinage, soulèvement reconnu par M. Verneuil, qui constitue ici l'enseignement le plus curieux à retenir. Ce fait est d'ailleurs fort remarquable à d'autres titres, ainsi que M. Caron l'a dit dans l'excellent rapport dont il a fait suivre l'observation de M. Liégeois.

M. Foucher vous a apporté un *genou ankylosé*, probablement à la suite d'une arthrite chronique. Il a su ajouter à la valeur de la pièce le mérite d'une description pleine de détails instructifs.

M. Fano a trouvé une autre *ankylose complète du genou ;* fémur, rotule, tibia, étaient en grande partie confondus, à ce point que sur la coupe on ne trouvait plus de limite qui les séparât.

Nous devons à M. Broca une pièce de coxalgie qui prouve l'influence exercée par les lésions des tumeurs blanches sur la marche de l'*ossification chez les jeunes sujets*. Déjà, en 1851, notre collègue avait constaté que les cartilages épiphysaires s'ossifiaient prématurément dans ces maladies; qu'ils se pénétraient de phosphate calcaire, à peu près comme chez l'adulte, les cartilages du larynx, anticipant sur un privilége de la vieillesse, s'ossifient dans le cours d'une laryngite chronique. En 1854, sur la pièce dont je parlais tout à l'heure, M. Broca a noté de plus la production de points anormaux d'ossification. Ainsi la tête du fémur, au lieu d'un seul point osseux isolé au milieu d'un cartilage épais, en contenait plusieurs qui y étaient irrégulièrement disséminés.

Muscles, tendons.

Une *anomalie* intéressante des muscles *digastriques* vous a été présentée par M. Lefort. Au-dessus du tendon intermédiaire aux deux portions charnues du côté droit, naissait un petit faisceau qui s'entrecroisait avec un faisceau semblable du côté gauche et venait s'insérer au maxillaire, en dedans du faisceau principal du côté droit.

Sur la pièce d'arthrite sèche que vous a montrée M. Barth et que j'ai déjà indiquée, on voyait une sorte de tige *osseuse* cachée au centre du *muscle droit antérieur*. Elle était remarquable par sa longueur et par sa mobilité sur l'épine iliaque antérieure et inférieure.

M. Marcé vous a présenté la dernière phalange de l'annulaire *arrachée* par un laminoir ; une portion considérable du *tendon fléchisseur profond* y était appendue, qui probablement s'était détachée du muscle au point même où le tendon succède aux fibres charnues. Cet arrachement n'a été suivi d'aucun accident notable ; innocuité qui ne vous a pas surpris, car vous connaissez tous les cas assez nombreux où des lésions analogues, et quelquefois beaucoup plus graves, ont eu des suites tout aussi bénignes. M. Robert a même montré à l'Académie de médecine une main entière arrachée avec tous les tendons qui s'y rendent et qui figuraient sur

la pièce comme le chevelu d'une racine. Malgré l'étendue des dégâts, cette blessure n'avait pas eu de conséquences sérieuses.

Peau, tissu cellulaire.

Sous ce chef, je ne ferai qu'indiquer brièvement : une *tumeur éléphantiasique* enlevée par M. Broca dans la région de l'anus, où il est assez rare d'en rencontrer de semblables ; un *hygroma* développé chez un cheval dans une bourse séreuse accidentelle, et dont M. Verneuil a fait la dissection ; un nouvel exemple de *kystes congénitaux* de la région cervicale ; une *hypertrophie des follicules de la peau*, que M. Broca distingue du cancroïde ordinaire, et qui en diffère par la présence d'un épithélium nucléaire à l'intérieur des glandules hypertrophiées ; une autre *variété* importante de *cancroïde* qui vous a été signalée par le même collègue comme formant une classe à part, et par sa structure, où l'épithélium est médiocrement abondant, et par sa marche lente comme celle du *chancre rongeant* des anciens chirurgiens, et par sa tendance opiniâtre à récidiver sur place ; enfin un remarquable exemple d'*hypertrophie simple* (non épithéliale) des papilles cutanées dont M. Verneuil vous a exposé avec détail les particularités intéressantes.

Mamelles.

Les tumeurs que vous avez eu l'occasion de rencontrer dans les mamelles étaient les unes cancéreuses, les autres non cancéreuses. Comme ce classement est établi sur les caractères anatomiques de ces productions, il ne laisse dans l'esprit aucune équivoque. Il s'agit, en effet, dans le premier cas, de tissus accidentels où les éléments dits cancéreux ont été reconnus au microscope, et dans le second, de productions où l'absence de ces éléments a été constatée d'une manière tout aussi positive. Avant que la concordance soit établie — si jamais elle doit l'être — entre cette division tout anatomique et celle, purement clinique, en tumeurs bénignes et malignes, il faut évidemment bien des faits ajoutés et pesés. Laissant à d'autres enceintes plus retentissantes les discussions où l'éloquence rivalise avec la science proprement dite, la Société anatomique s'est donné une mission plus humble, mais plus fructueuse peut-être : elle accumule la somme d'observation nécessaires pour l'édification d'une doctrine ; elle ne laisse passer aucun fait sans le soumettre à un examen approfondi, sans l'interroger à tous les points de vue. Cette somme d'observation est-elle complète? Tous les matériaux sont-ils prêts ? Qu'on le croie ou qu'on le nie, les faits n'en conservent pas moins leur valeur intrinsèque et inaliénable. L'idée qui jusqu'à présent s'en dégage avec une clarté de plus en plus vive, c'est que la malignité ou la bénignité des produits accidentels n'est pas nécessairement liée à leur structure. Nous avons déjà cité, à l'appui de cette manière de voir, un certain nombre d'exemples en parlant de l'enchondrome ; en voici un autre.

M. Broca vous a montré une *tumeur manifestement fibreuse* du lobule de l'oreille récidivée trois fois; des tumeurs semblables existent chez une sœur de l'opérée, probablement aussi chez l'une de ses tantes. Certes, voilà une production fibreuse aussi profondément enracinée dans l'organisme, aussi diathésique que peut l'être un cancer.

M. Tassel vous a présenté, comme un nouveau cas de *généralisation de tissu fibreux*, l'observation d'une malade chez laquelle l'extirpation d'un ganglion axillaire fut suivie d'une récidive locale ; à l'autopsie, on trouva dans les poumons des tumeurs où M. Tassel crut reconnaître un mélange de tubercule et de tissu fibreux, mais que plusieurs d'entre vous ont considérées comme de simples tubercules.

Je viens de prononcer le mot de diathèse, de généralisation, et je ne saurais passer sous silence l'acception particulière que M. Verneuil attribue à ces mots. Selon notre collègue, il n'y a diathèse, généralisation véritable qu'autant qu'un tissu accidentel, prenant pour point de départ un organe donné, se répète dans d'autres organes, *quelle que soit leur structure*. Un encéphaloïde du sein se généralise de la sorte, il répullule dans le foie, dans les poumons ; au contraire, le tissu fibreux ou fibro-plastique se répéterait seulement dans les organes qui renferment du tissu fibreux ; de même le cartilage ne se reproduirait que dans les tissus où normalement existent des éléments cartilagineux. En conséquence de cette idée, M. Verneuil se refuse à reconnaître une généralisation dans le cas, raconté par M. Cruveilhier, d'une tumeur survenue à l'occiput chez un jeune homme amputé en 1853 d'une tumeur fibroplastique du fémur; il dénie de la même façon le caractère diathésique aux enchondromes trouvés dans les poumons chez un homme opéré par M. Lenoir d'un enchondrome du fémur, et cela parce que, suivant notre collègue, les tumeurs pulmonaires avaient probablement eu pour point de départ les anneaux bronchiques. M. Broca ne partage pas cette manière de voir. Les enchondromes des ganglions, des testicules, de la parotide, ne sauraient évidemment être rattachés à la présence du tissu cartilagineux dans ces organes, puisque ceux-ci n'en contiennent aucune trace. Ce n'est donc pas en vertu d'une loi d'analogie de formation que se forment dans les poumons les tumeurs diathésiques quelles qu'elles soient, abcès multiples, cancers secondaires, tumeurs fibreuses, cartilagineuses; ces abcès, ces cancers, ces tumeurs fibreuses, ces enchondromes, n'ont d'autre raison pour s'y développer qu'une sorte de prédilection qui leur est commune à toutes et qui ne s'accorde avec aucune affinité de structure.

Nous voici bien loin des tumeurs du sein ; j'y reviens. Les productions *non cancéreuses* que vous avez vues dans cette glande sont, en premier lieu, les *kystes multiples*. Une pièce de ce genre vous a été présentée par M. Houël au nom de M. Denonvilliers ; c'étaient évidemment les acini qui constituaient ces poches ; mais, tandis que M. Houël attribuait leur formation à une hypertrophie des culs-de-sac mammaires, M. Verneuil les faisait dépendre de rétrécissements multiples des canaux galactophores.

Pusieurs exemples d'*hypertrophie* ont été soumis à votre examen. Dans l'un, où la structure de la tumeur a été vérifiée par M. Ch. Robin, deux chirurgiens éminents avaient diagnostiqué un cancer et prédit une récidive comme au moins très probable. Sur deux autres pièces, M. Verneuil vous a montré les aspects très différents de l'hypertrophie, suivant que les parois des acini s'hypertrophient elles-mêmes ou que l'épithélium se multiplie à leur intérieur; il y a constaté aussi un fait propre à concilier deux opinions opposées qui règnent au sujet de ces productions : c'est qu'il y a tantôt production de nouveaux acini, tantôt agrandissement des acini existants. — Sur une autre pièce encore, M. Verneuil vous a fait voir un tissu pulpeux, diffluent ; cependant, au microscope, on n'y voyait autre chose que des culs-de-sac mammaires augmentés en nombre, en volume, et dont les parois, extrêmement dilatées, étaient devenues vasculaires.

Enfin, M. Broca vous a montré une tumeur hypertrophique de la mamelle, entourée d'un kyste. Notre collègue a trouvé dans cette disposition le moyen d'accorder les opinions de M. Velpeau sur les tumeurs adénoïdes avec celles de Paget sur les kystes proligères du sein. La tumeur, en effet, faisait saillie dans la poche et il subsistait encore un certain espace entre elles; par les progrès de l'accroissement, cet intervalle eût sans doute fini par s'effacer, et une tumeur adénoïde serait venue prendre la place du kyste proligère. La poche renfermait un liquide séreux roussâtre qui s'écoulait par le mamelon et tachait le linge. Vous savez que ce signe, autrefois regardé comme un des plus caractéristiques du cancer, n'a plus aujourd'hui la même signification, et que par une observation plus attentive on s'est assuré qu'il n'accompagnait, au contraire, habituellement que les tumeurs *non cancéreuses*. Plusieurs faits de ce genre se sont produits à vos séances : M. Broca vous a cité un cas où un écoulement de sang pur avait été observé par lui chez une femme qui portait dans les deux mamelles cinq tumeurs évidemment hypertrophiques ; M. Marcé a noté un écoulement également sanglant dans un cas de kystes multiples du sein.

Voici un exemple de tumeur de la mamelle remarquable par son poids, par les lobes volumineux en lesquels elle était divisée, par sa composition qui était cellulaire, et qui en fait aux yeux de M. Verneuil une variété de l'hypertrophie mammaire ; sa structure était presque identique avec celle du tissu cellulaire de l'em-

bryon de veau (M. Broca). Il a été à peu près impossible dans ce cas de déterminer le point précis où la glande mammaire avait été refoulée par la production morbide (pièce de M. Henry).

Tumeurs cancéreuses. — Ce nom ne convient guère au *cancer extrêmement superficiel* qui vous a été montré par M. Verneuil. En effet, ce n'était qu'une surface légèrement excoriée qui ressemblait à un eczéma chronique et reposait sur une couche de tissu accidentel d'un millimètre d'épaisseur.

Sur une *ulcération cancéreuse* de la mamelle, M. Broca, malgré des recherches réitérées, n'a pu constater la présence des éléments caractéristiques. Qu'étaient devenues les cellules? Avaient-elles disparu, et l'ulcère était-il sur le point de se cicatriser, comme on en possède des exemples? Ou bien la formation des cellules a-t-elle été arrêtée sous l'influence d'une longue agonie? Cette dernière hypothèse est celle qu'un certain nombre de faits analogues a suggérée à M. Verneuil.

M. Topinard nous a montré un échantillon de cette affreuse variété du cancer que M. Velpeau appelle *cancer en cuirasse*, dénomination qui mérite d'être conservée puisqu'elle est expressive, mais qui n'indique en rien la structure de la tumeur. Sur la pièce de M. Topinard on trouvait encore plusieurs autres variétés du même produit accidentel.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Des végétations qui se développent sur les parties génitales externes des femmes pendant la grossesse, par le docteur THIBIERGE.

« Les végétations, dit l'auteur du mémoire, qui se développent sur les parties génitales des femmes grosses, sont fréquemment considérées par les médecins comme des *manifestations syphilitiques.* Plusieurs observations que nous avons recueillies pendant notre internat à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Legendre, nous semblent démontrer que ces tumeurs apparaissent, au contraire, par le seul fait de la gestation; aussi croyons-nous devoir appeler l'attention des praticiens sur les faits cliniques que nous avons observés. »

Qui ne voit de suite combien il importe, pour la conscience et la responsabilité du médecin dans ses rapports avec les familles et avec la justice, que cette étiologie, si elle existe réellement, soit bien constatée. Une telle origine, attribuée à certaines végétations des parties génitales de la femme, ignorée de la plupart de ceux qui ont écrit sur la syphilis, n'est pourtant pas absolument sans antécédents historiques. Ces rares témoignages ont naturellement été recueillis et mis à profit par le docteur Thibierge. En 1815, Cullerier (*Dictionnaire en 60 volumes*) s'exprimait ainsi: « Une femme, dont le mari est sain, aperçoit des choux-fleurs, des fraises aux parties sexuelles, après quelques mois de grossesse; elle est inquiète, elle consulte. Heureuse si elle s'adresse à un médecin instruit par l'expérience des autres ou par la sienne! Il saura que la pression qu'exerce la tête de l'enfant peut faire végéter le système vasculaire comme elle fait dilater les veines, surtout quand ces parties sont abreuvées de mucosités. Il faut, dans ce cas, avoir la prudence de temporiser. Combien de fois j'ai rappelé le calme chez des femmes, j'ai dissipé des nuages de soupçon, des alarmes chez des maris! Mes confrères Ané, Baudelocque, Gilbert, etc., en ont été souvent les témoins. Quels désagréments, quels dangers n'y aurait-il pas de fatiguer une femme grosse par un traitement inutile, et de tourmenter un mari par des craintes chimériques! En effet, quelques jours après l'accouchement on cherche en vain les traces même de ces végétations: elles ont cessé avec la cause qui les avait produites, et bien rarement elles reparaissent à une seconde grossesse. » Les observations de M. Thibierge ne confirment pas la prompte disparition spontanée du mal après la soustraction de la cause, ni l'inutilité d'un traitement efficace. MM. Boys de Loury et Costilhes (*Gazette médicale*, 1847) ont publié sur les végétations un mémoire fort intéressant; ils ont indiqué le développement des végétations chez les femmes grosses; ils ont dit (et cela est vrai au moins pour l'immense majorité des cas, suivant M. Thibierge) qu'elles répullulaient, quoi qu'on fît, durant la gestation. De plus, ils ont avancé qu'on ne rencontrait chez les femmes enceintes que les « *végétations rouges*, c'est-à-dire des végétations saignant facilement, peu sensibles, peu profondément enracinées. » L'étude attentive que M. Thibierge a faite des végétations chez la femme grosse, ne lui permet pas d'admettre la distinction de MM. Boys de Loury et Costilhes; jamais les végétations uniquement dues à l'influence de la grossesse ne lui ont paru différer de celles qui se développent sur les parties génitales, sous l'influence des écoulements vaginaux et utérins, de la malpropreté, etc. Depuis les travaux de MM. Boys de Loury et Costilhes, M. Ricord a seulement désigné la grossesse comme cause des végétations, sans insister sur l'influence de cette cause.

Les causes du développement des végétations chez les femmes grosses sont rapportées aux modifications que subit la muqueuse vaginale pendant la grossesse, modifications qui font passer, par le fait d'une congestion considérable, cette muqueuse ramollie du rose pâle à une couleur violette, foncée surtout à sa partie antérieure, où il n'est pas rare de voir percer, à travers son tissu, de grosses veines bleues. De plus, les follicules du vagin s'hypertrophient et font saillie sur la muqueuse. L'exagération de cet état symptomatique de la gestation produit la *vaginite granuleuse*. Si la gêne de la circulation produit parfois un état granuleux du vagin, ne peut-elle pas aussi déterminer des végétations à s'y développer, à répulluler, tant que la grossesse dure, et guérir souvent spontanément lorsque l'accouchement a eu lieu. Ainsi, chez un certain nombre de femmes grosses, les végétations se développent par suite des obstacles apportés à la circulation; chez d'autres, elles reconnaissent une autre cause. On observe souvent, chez les femmes enceintes, un écoulement tantôt blanc laiteux, tantôt jaune ou jaune verdâtre. Cet écoulement n'est souvent la cause d'aucune affection; mais dans quelques cas il produit un érythème, du prurit, et dans d'autres il devient la cause de végétations. Il n'est pas rare de rencontrer des végétations chez des femmes qui n'ont jamais eu d'affections syphilitiques, mais qui, depuis un temps plus ou moins long, sont affectées de vaginite ou de catarrhe utérin. Dans ce cas, on ne saurait rapporter la présence des végétations à d'autres causes qu'à l'irritation produite par la sécrétion morbide sur les parties génitales. Si les produits d'une inflammation vaginale ou utérine peuvent, par leur seul contact, faire naître des végétations, *à fortiori*, un écoulement déterminera l'évolution de végétations chez une femme enceinte, déjà prédisposée, par le seul fait de la gestation, à la congestion de la muqueuse des organes génitaux. Telles sont, suivant M. Thibierge, les causes des végétations qui se développent aux parties génitales des femmes pendant la grossesse.

Il rapporte quelques observations (au nombre de cinq) dans lesquelles la grossesse est considérée comme ayant été la seule cause du développement des végétations. Ces observations montrent des femmes plus ou moins jeunes, sans antécédents vénériens ni syphilitiques confessés, sans écoulements vaginaux marqués et persistants antérieurs à la grossesse, mais avec écoulements plus ou moins abondants et persistants apparaissant peu de temps après la conception ou seulement avec les végétations, chez lesquelles, vers le milieu de la grossesse ou un peu après, des végétations plus ou moins nombreuses se sont développées sur les points désignés ci-après: derrière les grandes lèvres, sur leurs bords libres, à l'entrée du vagin, à son angle postérieur, au pourtour de l'anus, autour des nymphes, dans le vagin, sur le col une fois. A l'intérieur elles avaient un volume généralement petit; mais quelques-unes de celles de l'extérieur, à l'anus et à l'entrée du vagin, avaient le volume d'une fraise. Deux malades sont sorties avant d'être accouchées: une est accouchée à huit mois; une à terme, sans mention de l'état de l'enfant; la cinquième, qui n'était pas de l'hôpital,

avait mis au monde un enfant sain et bien portant quelque temps après sa naissance. Pendant la grossesse, le traitement (application de caustiques, excision, broiement) a échoué sur les quatre femmes où il a été tenté. Deux, sur lesquelles il a été continué après l'accouchement, sont sorties guéries au bout d'environ six semaines; mais l'une d'elles est revenue consulter au bout d'un mois environ avec de nouvelles végétations, petites, implantées sur la muqueuse de la vulve et autour du clitoris, qui furent broyées et arrachées. La cinquième ne subit aucun traitement pour guérir les végétations, qui n'avaient pas moins disparu quelques mois après.

En rapportant des observations de malades chez lesquelles la grossesse a été l'unique cause qui a favorisé le développement des végétations, M. Thibierge a eu pour but de faire voir que les végétations des femmes enceintes étaient à tort *réputées syphilitiques*. Pour compléter la démonstration de ce qu'il avance, il établit le diagnostic des végétations avec certaines affections syphilitiques qui ont quelques points de contact avec elles, à savoir le *tubercule plat*, l'*induration consécutive au chancre induré*. Cette démonstration laisse évidemment une lacune, en préjugeant que les végétations syphilitiques ne peuvent naître d'une surface saine ou simplement irritée ou excoriée. D'un autre côté, les observations rapportées, très dignes d'être prises en considération, ne sont pourtant pas de nature à entraîner une conviction pleine, surtout celles où la guérison, loin de survenir spontanément après l'accouchement, a exigé un traitement local très énergique et prolongé, et où la maladie avait même de la tendance à repulluler. La conclusion si affirmative de l'auteur va donc plus loin que les faits sur lesquels il s'appuie ne le comportent, et semble impliquer une foi entière en une doctrine dans laquelle, malgré de dures leçons reçues, on continue à formuler des lois pathologiques, des lois absolues, exactement comme s'il s'agissait de géométrie. (*Arch. génér. de médecine*, mai 1856.)

De l'inflammation utérine causée par l'emploi inopportun des caustiques, par M. Rigby.

L'expérience de nos voisins se fait après la nôtre, mais se fait par les mêmes moyens, sur l'inutilité et le danger des cautérisations multipliées pour de prétendues ulcérations du col utérin. Comment des ulcères peuvent-ils se produire dans de telles circonstances? Même en les supposant réels, comment attribuer à une lésion si peu étendue la leucorrhée abondante qui existe dans ces cas? Comment expliquer l'absence de douleur, caractère constant de l'affection? Voici les questions que pose M. Rigby aux partisans de l'*ulcère du col*.

Mais il produit des arguments encore plus décisifs en racontant l'histoire de trois malades traitées par d'autres praticiens, pour des pertes blanches, à l'aide de cautérisations répétées deux fois par semaine, pendant six, neuf et quinze mois! Malgré la persévérance étonnante de la malade et du médecin, l'état ne faisait qu'empirer. C'est qu'il s'agissait de tout autre chose que d'une ulcération. L'une de ces femmes avait essayé de nourrir. Les deux autres, dyspeptiques, mal réglées, étaient sous le coup de cet alanguissement fonctionnel que l'auteur, d'après un de ses collègues, baptise du nom d'*asthenia londinensis*, et dont on pourrait, sans injustice, accuser l'habitation de toutes les grandes villes.

Restaurer la constitution par le fer, le quinquina; entretenir la liberté du ventre, prescrire des injections astringentes; avant tout, suspendre le système de cautérisations, tel est le plan qui a toujours réussi à l'auteur. La jusquiame lui sert aussi à calmer les douleurs que cet abus de la cautérisation entraîne souvent à sa suite, et qui se reproduisent plus particulièrement au début de chaque époque cataméniale. (*Medical Times and Gazette*, 5 avril 1856, p. 331.)

Traitement palliatif des fistules vésico-vaginales, par M. Reybard.

Deux moyens, répondant à deux buts distincts, ont été imaginés par M. Reybard pour diminuer ou faire cesser l'incommodité qui résulte de l'incontinence d'urine.

Le premier se propose de recevoir l'urine à mesure qu'elle passe de la vessie dans le vagin. C'est un urinal composé d'une éponge, d'une vessie de baudruche ou de caoutchouc vulcanisé, d'un tube, d'une seconde vessie et d'un second tube armé d'un robinet. L'éponge est placée dans le vagin, entourée de toutes parts par la vessie supérieure, excepté en avant, au niveau de la fistule.

L'urine qui traverse celle-ci s'infiltre dans l'éponge, passe de là dans la partie déclive de la vessie vaginale et dans le tube qui la fait communiquer avec la seconde vessie, placée complétement en dehors, dans laquelle s'accumule l'urine, mais que l'on vide à volonté en ouvrant le robinet adapté à la partie inférieure du tube terminal. Un bandage en T soutient et fixe le tout.

Dans le second procédé, plus spécialement applicable aux fistules étroites, on cherche à retenir l'urine dans la vessie en fermant l'ouverture fistuleuse. C'est un obturateur composé d'abord de deux petites plaques métalliques, garnies d'éponge et recouvertes de baudruche; en second lieu, de deux fils cirés très solides. Des deux plaques, l'une vésicale, c'est-à-dire appliquée sur l'orifice fistuleux du côté de la vessie, est la plus petite, large de 5 à 6 millimètres. L'autre, large de 1 à 2 centimètres, est appliquée à l'intérieur du vagin sur l'orifice de la fistule. Ces deux plaques se rapprochent et sont tenues solidement appliquées l'une contre l'autre au moyen d'un fil fixé au centre de la plaque vésicale, traversant le centre de la plaque vaginale et pouvant être arrêté de deux manières : soit en le dédoublant et en nouant les deux fils sur un petit rouleau de linge; soit en faisant préalablement sur ce fil un nœud à 8 ou 9 millimètres de la plaque vaginale, puis en faisant glisser une petite plaque de caoutchouc sur le fil qui la traverse au centre. Arrivé au nœud, il suffit de presser un peu pour le faire franchir par le caoutchouc qui alors presse sur la plaque vaginale et ne peut revenir sur lui-même à cause du nœud qui résiste. Enfin, la plaque vaginale porte, sur un point de sa circonférence, un fil qui ressort par l'urèthre et permet de la retirer au dehors pour renouveler l'appareil tous les huit à dix jours.

Pour le mettre en place, une sonde élastique, portée dans la vessie et dans le vagin à travers la fistule, sert à faire passer du vagin dans la vessie le fil que l'on retire au dehors par l'urèthre. Ce fil est fixé au centre de la plaque vésicale; et, retiré par le vagin, il entraîne cette plaque et l'applique sur la fistule du côté de la vessie. Puis le fil ayant été passé à travers le centre de la plaque vaginale, celle-ci est poussée avec le doigt sur la place qu'elle doit occuper, et fixée comme il vient d'être expliqué. Ajoutons que, pour faire traverser l'urèthre par la plaque vésicale, celle-ci, dont le volume est très petit, est logée dans l'échancrure d'une grosse sonde un peu aplatie. (*Gazette médicale de Lyon*, 15 juin 1856, p. 207.)

Formules de collodion caustique.

Pour déterminer sur une ulcération une cautérisation circonscrite, pour détruire une verrue, une petite tumeur érectile, on a quelquefois besoin d'agir profondément, quoique localement. Dans ce cas, l'effet des acides liquides est plus cathérétique que caustique, et il est en outre sujet à se répandre au voisinage. L'action du nitrate d'argent, plus aisément isolable, est beaucoup trop superficielle. Le collodion, additionné de sublimé, rendra alors d'utiles services. Voici comment M. Macke s'en sert :

Collodion élastique. . .	30	grammes.
Bichlorure de mercure.	4	—

L'application s'en fait avec un petit pinceau en poil de vache, afin de bien limiter son cercle d'action aux parties affectées. L'eschare que cet agent détermine est d'une à deux lignes; elle se détache après trois à six jours. S'il survient une trop forte inflammation, on a recours aux émollients. Jamais on n'a observé, à la suite de l'emploi de ce topique, de phénomènes d'intoxication. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 novembre 1855, p. 506.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Coup d'œil sur plusieurs brochures relatives aux eaux minérales.

EAUX DE POUGUES, — DE SAINT-HONORÉ, — DE PIERREFONDS, — D'EMS, — D'AIX EN SAVOIE, — D'AIX-LA-CHAPELLE, — DE FRIEDRICHSHALL, — DE CARLSBAD.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24 et 25, t. III.)

Nous avons sous les yeux deux brochures relatives aux eaux sulfureuses d'Aix-en-Savoie.

La première, qui est de M. Vidal, membre de la commission médicale d'inspection de l'établissement thermal d'Aix (1), a pour but de mettre de nouveau en évidence un fait depuis longtemps signalé et à peu près généralement admis, à savoir, la propriété qu'ont les eaux sulfureuses de contribuer activement à la guérison de la syphilis et de favoriser les manifestations extérieures de l'infection constitutionnelle. M. Vidal appuie, par des faits, cette opinion, nettement exprimée par M. Diday, que les eaux d'Aix ont la propriété de favoriser la tolérance des préparations mercurielles, et permettent ainsi, tout en assurant la guérison, de diminuer la quantité de mercure à administrer. Dans une observation très intéressante, on voit les eaux faire disparaître rapidement des douleurs et des taches cutanées provenant de l'abus des mercuriaux. L'auteur insiste aussi sur les bons effets qu'on retire de l'emploi extérieur des eaux d'Aix, combiné avec l'administration intérieure des eaux de Challes, dans la *goutte militaire*, l'*herpes præputialis*, et dans ces cas de pharyngite que quelques auteurs attribuent trop exclusivement, suivant nous, à l'abus du mercure, et qui sont caractérisés surtout par le développement des follicules du pharynx, avec teinte rouge de l'isthme du gosier, du voile du palais, des amygdales et de la luette. Quant aux poussées syphilitiques que déterminent parfois les eaux, elles sont assez connues pour que nous n'y insistions pas ici.

La seconde brochure sur le même établissement est de M le docteur Blanc, ex-président de la commission médicale des thermes et médecin de l'établissement (2). M. Vidal établissait que l'eau d'Aix réveille la diathèse syphilitique ; M. Blanc s'attache à démontrer que cette eau avive et porte à des manifestations extérieures *toutes les diathèses*. C'est aller un peu loin, à moins qu'on ne veuille rétrécir beaucoup le cercle des diathèses ; car on ne comprend pas bien que la médication thermale réveille la diathèse rachitique, par exemple, ou la diathèse gangréneuse. Mais l'assertion est exacte à l'égard des diathèses qui, comme la syphilis, se traduisent par des lésions cutanées.

La brochure de M Blanc, qui est, ainsi que l'indique son titre, un rapport annuel, entre dans des détails assez circonstanciés sur les améliorations projetées ou déjà réalisées à l'établissement d'Aix. L'affluence des baigneurs rendait insuffisant l'ancien édifice. Un projet d'agrandissement a été demandé, et les nouvelles constructions, déjà commencées, seront achevées pour la saison de 1857 ; mais dès aujourd'hui les réservoirs sont établis, la captation des eaux est terminée, et l'on a dû déjà livrer au public deux nouvelles salles d'aspiration (disposées sans doute suivant l'ancienne méthode). Pour suffire aux besoins de l'établissement ainsi agrandi, il a fallu chercher à augmenter le volume des eaux. La source d'alun semblait en voie de diminution : aujourd'hui, par suite de travaux récents, son volume a quadruplé. Elle donne par vingt-quatre heures 4,812,480 litres d'eau qui, réunis aux 1,550,000 de la source de soufre, forment le total énorme de 6,362,480 litres. De plus, l'eau d'alun, en séjournant dans des grottes où elle était plus ou moins en communication avec l'air extérieur, perdait plus ou moins de son principe sulfureux qui était décomposé par l'oxygène de l'air, et du soufre pur se déposait dans ces grottes et dans les canaux de bois. La construction d'un tunnel a fait disparaître cet inconvénient.

On se rappelle peut-être, et nous avons nous-même fait connaître cette combinaison, que, pour subvenir aux frais d'amélioration, le gouvernement piémontais avait accepté les offres d'un fermier des jeux qui s'engageait à avancer 800,000 francs. Plus de 300,000 étaient déjà dépensés en 1855, quand des réclamations venues de tous les côtés amenèrent le ministre à retirer la tolérance des jeux. On eut d'abord l'intention de transmettre la concession à la compagnie Laffitte ; mais, la conclusion de la paix ayant ranimé la confiance des capitaux, une *association nationale* s'est formée, et les offres sont suffisantes à Aix, dans la province de Chambéry et dans celle d'Annecy, pour permettre de rembourser le fermier des jeux et achever les travaux. Voilà de quoi faire de l'établissement d'Aix une des plus belles stations minérales de l'Europe.

— Une brochure de M. le docteur L. Wetzlar (1) constitue un véritable traité des propriétés médicinales des eaux d'*Aix-la-Chapelle*. C'est pour cela même que nous ne l'analysons pas en détail, ne voulant signaler de cet article, comme nous l'avons dit en commençant, que les particularités les plus intéressantes. Or, il y a, dans la brochure, un chapitre qui a tout au moins l'attrait de la nouveauté ; c'est celui qui est relatif à l'emploi des eaux d'Aix-la-Chapelle contre l'*atrophie musculaire progressive*. M. Wetzlar rapporte quatre observations assez détaillées, où le fait de l'atrophie musculaire *progressive* ne saurait être contesté ; le mal était même assez avancé dans deux cas. Chez les quatre malades, l'atrophie s'arrêta sur plusieurs points ; certains muscles reprirent de la force, du volume, de la fermeté pendant l'usage des bains, et l'amélioration persista. Deux des malades passèrent plusieurs saisons à Aix et gagnèrent chaque fois un nouveau degré d'amélioration. Nous ne pouvons, dans une question si neuve de thérapeutique, sortir du rôle d'historien. L'atrophie musculaire progressive ayant jusqu'ici résisté à peu près complétement à tous les moyens mis en usage, même à l'électricité localisée, les eaux d'Aix sont une ressource à essayer.

— Signalons spécialement à l'attention du praticien l'*eau amère de Friedrichshall* (Bitterwasser) dans le duché de Saxe-Meiningen (2). Cette eau, que nous expérimentons nous-même depuis deux ans, mérite d'autant plus d'être connue au loin qu'au mérite de ses vertus médicinales elle joint celui de ne rien perdre par le transport. Ce n'est même que de cette manière qu'on en fait usage, et il n'y a pas d'établissement à la saline de Friedrichshall. C'est une eau purgative, riche en sulfate de soude et de magnésie, en chlorures de sodium et de magnésium, et qui contient aussi une petite quantité de sulfate de chaux. Elle purge sous un petit volume ; une demi-tasse matin et soir suffisent pour entretenir une légère diarrhée. Elle développe l'appétit et facilite la digestion ; nous connaissons des sujets chez lesquels elle développe au bout de quelques jours, même à la dose indiquée ici, une chaleur générale avec brisement des membres, que ne leur donne jamais l'eau de Sedlitz artificielle. Ce mouvement est en général favorable ; car il est bientôt suivi d'un sentiment de bien-être.

L'eau de Friedrichshall a un débit de 300,000 cruchons par an. On la trouve à Paris.

A. Dechambre.

Eaux de Carlsbad.

Depuis plus de vingt-cinq ans, il se publie chaque année, en Allemagne, dans le fond de la Bohême, un recueil médical écrit

(1) *De l'emploi des eaux minérales sulfureuses d'Aix-en-Savoie comme moyen curatif et diagnostique des accidents consécutifs de la syphilis*, par le docteur Vidal. Brochure in-8° de 53 pages. Chambéry.

(2) *Rapport sur les eaux thermales d'Aix-en-Savoie pendant l'année* 1855, *suivi de considérations pratiques sur leurs propriétés médicales*, par le docteur L. Blanc. Brochure in-8° de 56 pages. Paris, typographie de Firmin Didot.

(1) *Traité pratique des propriétés curatives des eaux thermales sulfureuses d'Aix-la-Chapelle et du mode de leur emploi*, par L. Wetzlar, médecin des eaux d'Aix-la-Chapelle. Brochure in-8° de 82 pages. Bonn, 1856, chez Henry et Cohen.

(2) *Sur l'eau amère de Friedrichshall*, par M. Eisenmann, de Wurtzbourg. Brochure in-8°.

en langue française ; cette publication rédigée par l'un des médecins les plus illustres et les plus révérés de l'Allemagne, M. le chevalier Jean de Carro, a pour titre : *Almanach de Carlsbad ou mélanges médicaux, scientifiques et littéraires relatifs à ces thermes et au pays.* Quoique écrit en français, langue maternelle de M. de Carro, l'*Almanach de Carlsbad* est trop peu connu en France, et surtout de nos confrères qui pourraient y trouver des enseignements très précieux ; à travers l'enveloppe germanique on sent battre le cœur, on voit briller les étincelles de l'esprit français.

Nous devons d'abord à l'occasion de cette brochure une mention particulière à M. de Carro, qui n'est pas la moindre curiosité de Carlsbad. M. de Carro est le doyen des médecins hydrologues. Il a quatre-vingt-six ans, il jouit de la plénitude de sa santé et de ses facultés intellectuelles. Il a été l'ami et l'apôtre de *Jenner ;* c'est lui qui importa la vaccine en Valachie, en Moldavie, en Turquie, en Asie et jusque dans les Indes. En 1845, la ville de Carlsbad qui lui dut la vogue de ses thermes, voulut célébrer le *jubilé* ou le cinquantième anniversaire de son doctorat. Ce fut une fête générale dans le pays. L'empereur d'Autriche lui envoya la croix d'or du mérite civil ; le roi Othon, de Grèce, le sultan et plusieurs autres souverains lui adressèrent les insignes de leurs ordres, des félicitations ou des présents. Plus récemment, la compagnie des Indes et la ville de Bombay lui firent remettre un cadeau de la valeur de 200 livres sterling en reconnaissance des services qu'il a rendus aux Indes britanniques par l'introduction de la vaccine.

Carlsbad méritait de rencontrer M. de Carro; car il y a peu de stations minérales mieux dotées. La ville est située à 12 myriamètres de Leipzig, de Dresde et de Prague ; les chemins de fer mettent aujourd'hui cette ville à moins de quarante-huit heures de distance de Paris. Le pays est pittoresque et charmant. Dans l'intérieur même de Carl bad, à 370 mètres au-dessus du niveau de la mer, surgissent plusieurs sources minérales très abondantes, dont la principale, appelée *Sprudel* (fontaine bouillante), lance dans l'air une gerbe énorme d'eau thermale à la température de + 75 degrés centigrades, contenant par litre près de 6 grammes de principes fixes, dont le sulfate de soude est l'élément minéralisateur principal. On a calculé que les sources de Carlsbad produisent chaque année 8 millions de kilogrammes de substances salines, dont 4 millions de kilogrammes de sulfate de soude.

Nous n'avons point en France de sources sulfato-sodiques thermales semblables à celles de Carlsbad par leur composition chimique ou par leurs propriétés médicamenteuses. Elles sont laxatives, déterminent sur le canal intestinal une dérivation douce, inoffensive et bienfaisante. L'usage de ces eaux, continué pendant quelques semaines avec les précautions convenables, produit des guérisons vraiment héroïques, surtout dans les maladies des organes abdominaux, du foie, de la rate, etc.

Les propriétés médicamenteuses des eaux de Carlsbad sont énumérées au long dans plusieurs ouvrages importants publiés par M. de Carro. Le dernier, qui a pour titre : *Vingt-huit ans d'observation et d'expérience à Carlsbad*, résume les observations intéressantes faites par ce savant médecin pendant sa longue pratique.

Un autre médecin de Carlsbad, M. Rodolphe Hanul, praticien distingué, conseiller municipal de la ville, élève et ami de M. de Carro, a publié aussi plusieurs ouvrages classiques sur les eaux de Carlsbad (1). D^r^ HERPIN.

(1) Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie de Victor Masson.

VI.

VARIÉTÉS.

La *Société médicale des hôpitaux de Paris* vient de proposer, pour sujet de prix à décerner en 1858, la question suivante : *Des congestions sanguines dans les fièvres.*

« Les congestions sanguines devront être étudiées dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues (le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuse, puerpérale, jaune, la peste), en tenant compte de l'analogie qui existe entre les fièvres et les maladies virulentes (morve, charbon, empoisonnements septiques, affections hémorrhagiques, etc.). Les compétiteurs auront à décrire les causes des congestions dans les pyrexies, la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales des solides et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique. » (Voir *Union médicale*, n° 73, juin 1856.)

Ce prix sera de *quinze cents francs*. Les auteurs devront joindre à leur mémoire un *pli cacheté*, indiquant leurs nom et adresse, avec une épigraphe, répétée sur la première page du manuscrit. Le terme de rigueur pour la clôture du concours est le 1^er^ juin 1858. Les mémoires devront, en conséquence, être parvenus au plus tard le 31 décembre 1857 à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine.

— MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physiologie comparée.* M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des ciences, ouvrira ce cours le mardi 24 juin 1856, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera, cette année, de l'ontologie, ou étude des êtres.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

— Les promotions ou nominations suivantes ont été faites dans l'ordre de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre de l'intérieur :

Officier : M. Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de Paris.

Chevaliers : MM. les docteurs Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie ; J. Mayer (de Strasbourg); Noël ; Billard (de Rouen); Masséna, (de Brives).

— Le conseil d'administration de l'Académie de médecine a voté, au nom de l'Académie, une somme de 500 francs au profit des inondés.

— Le chiffre de la somme consacrée au même objet par la Société de chirurgie se monte à 700 francs.

— M. le docteur Riba, doyen de la Faculté de médecine de Prague, vient de mourir à l'âge de soixante et un ans, après une longue maladie.

— M. le docteur Lemoine, médecin à Tonnerre, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir après quelques jours de maladie.

— Parmi les voyageurs que les brigands ont surpris sur la route du Pyrée à Athènes, le 4 de ce mois, et qu'ils ont emmenés prisonniers, se trouve le fils de M. Olympios, professeur de pathologie et de clinique chirurgicales, et recteur de l'Université d'Athènes.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« Nous voyons depuis quelques jours se développer dans les salles de l'Hôtel-Dieu ou arriver du dehors des affections gastro-intestinales de divers degrés et souvent indéterminées, embarras gastriques, états bilieux et saburraux, diarrhées subites et coliques, etc. En ville aussi ces cas se multiplient. On attribue assez généralement ces malaises à la corruption des eaux que l'on boit. Cette idée ne nous paraît pas justifiée, bien que l'abus des boissons aqueuses puisse, chez quelques personnes, être la cause occasionnelle de désordres abdominaux. Nous aimerions mieux chercher l'origine du nombre croissant de ces indispositions dans l'élévation subite de la température, au milieu d'une atmosphère profondément humide et dont l'état hygrométrique persiste depuis si longtemps. Ces diverses influences et d'autres que nous ne pouvons apprécier concourent sans doute à produire les affections abdominales que nous observons à présent, et qui se voient d'ordinaire dans les premières chaleurs de chaque année.

» Quoi qu'il en soit, la plupart de ces affections sont encore légères. Il en est pourtant un petit nombre qui se rapprochent des fièvres graves, et qui font craindre l'apparition prochaine de ces fâcheuses maladies. »

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Monsieur le Rédacteur,

D'après le compte que vous m'avez prié de rendre de la thèse de M. Godet, et cela, *vous le savez, bien par hasard*, ce jeune médecin semble s'être fâché de la façon peu favorable dont j'ai envisagé son travail. De là la supposition que j'avais agi par vengeance, parce qu'il ne m'avait pas cité, ou bien que j'ai pu craindre en lui un rival.

M. Godet ignore sans doute que depuis plus de trois ans je n'exerce plus, que je n'ai, par conséquent, aucun intérêt à voir mon nom cité. Quant à la rivalité dont il parle, je ne m'en serais nullement effrayé.

Agréez, etc. TOIRAC, D.-M. P.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 4 JUILLET 1856. — N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Vu le décret du 23 mars 1852, relatif à l'organisation du corps de l'armée de terre ;

Vu le décret du 13 novembre 1852, portant organisation de l'école impériale de médecine et de pharmacie militaires ;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

TITRE Ier. — RECRUTEMENT DES ÉLÈVES DESTINÉS AU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Art. 1er. Il y aura tous les ans, à l'époque qui sera fixée par le ministre de la guerre, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Art. 2. Les conditions d'admission à ce concours sont les suivantes :

Être né ou naturalisé Français ;

Avoir moins de vingt-trois ans révolus au 1er janvier de l'année suivante ;

Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ;

Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences ;

Avoir huit inscriptions dans l'une des trois facultés de médecine ou dans une école préparatoire de médecine, et avoir subi, avec la note *satisfait*, les deux examens de fin d'année.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant les deux premières années de la scolarité médicale. Il se compose de trois épreuves : d'une question écrite, d'une interrogation sur divers points de la science, et d'une épreuve pratique ; le tout conformément à un programme publié à l'avance par le ministre de la guerre.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, président, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre de la guerre.

TITRE II. — ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE.

SECTION PREMIÈRE. — *Cours*. — Art. 3. Les élèves admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury susmentionné sont tenus de souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires, et sont alors commissionnés par le ministre de

FEUILLETON.

Exposition de bestiaux au Palais de l'Industrie.

(Suite et fin. — Voir le numéro 25, t. III.)

L'élève des *bêtes laitières* se rattache à celle des bêtes à l'engrais par l'emploi de procédés spéciaux d'alimentation.

C'est une chose remarquable que la précision des résultats auxquels la vétérinaire est arrivée dans cette voie. Rien de pareil n'existe pour l'espèce humaine. La science, aussi bien celle des Académies que celle des éleveurs, semble avoir calculé comme le paysan, qui ne s'informe pas comment on se porte à la maison, mais comment on se porte à l'étable ou à l'écurie ; et l'esprit de spéculation a plus fait pour les veaux que les plus tendres sentiments de la famille pour les enfants d'Adam. On possède un ensemble de caractères à l'aide desquels une bonne vache laitière se reconnaît à première vue ; ce sont de vrais caractères de race. On sait quel genre de nourriture augmente ou diminue la sécrétion mammaire, rend le lait plus aqueux ou plus riche en matériaux solides, et l'on apporte le plus grand soin à utiliser ces acquisitions de l'expérience. Pour une nourrice de chrétien, c'est tout différent. Le plus souvent, on la trouve excellente si elle est dodue, ce qui est vraisemblablement, dans cette espèce de mammifère comme dans les autres, une marque d'infériorité. Les habiles tâtent la glande mammaire, opèrent la traite dans une cuiller, font bouillir le lait, l'examinent au microscope. A merveille ; mais on ne tire et ne peut tirer de tout cela, en fin de compte, que des caractères individuels et transitoires. On constate directement que telle femme a du lait de telle qualité ou quantité ; mais on ne connaît pas le type de la femme à riche lactation ; on ne sait pas s'il y en a un. Bref, on distingue assez bien une bonne nourrice, mais la *femme laitière* est encore à déterminer. La nourrice installée, comment l'alimente-t-on ? Comme une bête de travail, avec un ordinaire dans le genre de celui qui faisait écarquiller les yeux au malade imaginaire : *de bon bœuf, de bon mouton*, etc. Or la science n'a jamais établi rigoureusement, par des expériences

la guerre, en qualité d'élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leur commission, ils sont inscrits au secrétariat de la faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 4. Casernés à l'hôpital militaire de Strasbourg, ils suivent les cours de la faculté de médecine de ladite ville.

Art. 5. Les cours obligatoires seront pour eux les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 26 septembre 1837 :

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements);
Pathologie médicale ou chirurgicale;
Matière médicale et thérapeutique;
Médecine opératoire;
Anatomie pathologique;
Cours d'accouchements;
Médecine légale;
Hygiène générale.

Art. 6. Les programmes de ces cours déterminent non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui sont traitées dans chaque leçon.

Art. 7. Les programmes rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de la faculté seront soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte composée de deux membres du conseil de santé désignés par M. le ministre de la guerre, du directeur de l'école impériale de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il sera remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'école impériale de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il sera suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical; le suppléant se conformera, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 8. Au terme de leurs études, les élèves militaires seront admis à subir les épreuves pour le doctorat; à cet effet, ils pourront, dès le mois d'août, se présenter aux examens prescrits, et il leur est accordé un délai de cinq mois, depuis le 1er août jusqu'au 31 décembre, pour y satisfaire, ainsi que pour soutenir leur thèse, leur passage à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires devant s'effectuer du 10 au 20 janvier suivant.

SECTION II.—*Surveillance, direction et contrôle des études de la faculté.* — Art. 9. Les élèves militaires étant casernés à l'hôpital militaire, le médecin chef dudit hôpital et le doyen de la faculté de médecine régleront, de concert, les heures des cours, des conférences, répétitions et exercices pratiques.

Chaque professeur est tenu de faire l'appel à l'ouverture de son cours; il consigne sur une feuille imprimée les noms des absents et les observations que peuvent lui suggérer la tenue et le degré d'attention des élèves militaires.

Ce rapport, conforme à un modèle convenu, est remis au doyen, qui, après avoir réuni les rapports des différents cours du même jour et en avoir pris note, les transmet au médecin-chef de l'hôpital militaire chargé de la surveillance générale et disciplinaire des élèves militaires.

Art. 10. Tous les cours sont l'objet d'interrogations et de conférences ou de répétitions partielles et générales. Ces exercices seront dirigés par les agrégés de la faculté.

Le professeur de clinique médicale exercera lui-même les élèves militaires aux diverses méthodes d'exploration et à tous les détails du diagnostic.

Le professeur de clinique chirurgicale exercera les élèves militaires aux pansements, à la pratique des petites opérations, à l'application des appareils, à l'assistance dans les grandes opérations, etc.

Le professeur de clinique obstétricale s'appliquera à les familiariser avec les divers modes d'exploration, et les fera participer activement à la pratique des accouchements.

Dans les trois cliniques, les élèves militaires seront traités et utilisés sur le même pied que les internes. Dans chacune d'elles, un élève militaire, désigné par le concours, sera employé comme aide de clinique.

Art. 11. Chaque élève est interrogé une fois au moins tous les deux mois sur chacun des cours qu'il aura suivis. Les interrogations ont pour objet les matières enseignées dans les trois leçons précédentes du cours. Le résultat de chaque interrogation est exprimé par un chiffre (de 0 à 20).

Les feuilles de ces interrogations, portant l'indication sommaire des questions adressées à l'élève et le chiffre qu'il aura obtenu, sont remises au doyen, qui, après en avoir pris note, les transmet au médecin-chef de l'hôpital militaire.

A la fin de la troisième année (première année de la scolarité militaire), les examens de fin d'année, combinés avec les interrogations individuelles, donnent lieu à un classement qui sera transmis par le doyen au médecin-chef de l'hôpital militaire.

A la fin de l'année suivante, il sera fait également des examens généraux sur chacun des cours suivis pendant cette année. Les résultats en seront constatés comme il a été dit au paragraphe précédent.

Ne pourront être autorisés à doubler une année d'études, si ce n'est à leurs frais, que les élèves qui justifieront régulièrement avoir été empêchés par maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

Art. 12. Toutes les fois que le ministre de la guerre le juge nécessaire et après en avoir prévenu le ministre de l'instruction publique, il confie à un inspecteur du service de santé le soin de contrôler la marche et les résultats des études des élèves militaires.

A cet effet, cet inspecteur, après avoir prévenu le recteur et le doyen, assiste aux leçons, aux interrogations et, s'il y a lieu, aux examens. Il adresse, à la suite de chaque mission, un rapport au ministre de la guerre, dont le double est transmis au ministre de l'instruction publique.

Art. 13. Les élèves militaires ne seront admis à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires que s'ils ont obtenu, en moyenne, la note *satisfait* dans les examens pour le doctorat. Ceux qui ne rempliront pas cette condition seront licenciés et tenus au remboursement des frais de leur instruction et de première mise.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service militaire avant l'expiration des dix années de leur engagement.

SECTION III. — *Régime disciplinaire.* — Art. 14. Les élèves militaires commissionnés sont soumis aux règles de la discipline militaire. Ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital militaire de perfectionnement.

Il leur est accordé, dans ce but, une première mise de 250 fr.

---

comparables à celles que la physiologie vétérinaire doit à MM. Boussingault, Lebel, Payen, Riedesel, l'influence exercée sur la sécrétion mammaire chez la femme par les divers genres de nourriture; et ce qu'on sait de la vache donne à penser qu'on alimente nos nourrices au rebours de ce qui leur conviendrait.

Un fait physiologique très remarquable résume, pour ainsi dire, toute la théorie de l'hygiène alimentaire des vaches laitières. Le régime dont elles se trouvent le mieux est à peu de chose près celui qui pousse à l'engraissement; et, en même temps, il est d'observation qu'une vache perd son lait en proportion de l'embonpoint qu'elle acquiert. Le lien de ces deux résultats en apparence contradictoires est dans l'aptitude spéciale et préexistante en vertu de laquelle la bête détourne au profit du travail mammaire des matériaux qui, chez d'autres, seraient employés au profit de la chair musculaire ou de la graisse. Là est le témoignage de la valeur lactifère de l'individu ou de la race. Telle nourriture engraissera une femelle Durham sans la rendre bonne laitière, qui, chez une flandrine, accroîtra considérablement la quantité et la richesse du lait, sans influer sensiblement sur l'embonpoint. Chez la même femelle, le régime approprié tournera tout au bénéfice de la sécrétion lactée pendant un certain temps, puis contribuera à l'engraissement, et, à partir de ce moment, le lait deviendra plus rare. On voit donc que le problème posé devant les éleveurs de vaches a deux termes. Il faut d'abord faire choix de bonnes races, ou, à leur défaut, de bons types, et ensuite chercher à augmenter ou à entretenir par le régime la qualité lactifère de la bête, jusqu'au moment où ce régime, poussant à la graisse et à la chair, deviendrait nuisible.

Les races laitières représentées à l'Exposition étaient la normande, la flamande, la hollandaise, l'ayr, et les trois variétés de la race suisse: la fribourgeoise, la schwitz et la bernoise. La plus précieuse de toutes, celle qui donne le plus grand nombre de beaux types, est la flamande; mais chacune avait au Palais de l'Industrie des types extrêmement remarquables, donnant jusqu'à 25, 30, 40 litres de lait par jour. Les principaux caractères auxquels on les reconnaît sont les suivants: corps allongé; peau fine; poils soyeux; œil ouvert et doux; front plat et étroit; cornes grêles; bouche fendue;

Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont versés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Art. 15. Leur chef direct est le médecin-chef de l'hôpital militaire, responsable de l'exécution du présent règlement en tout ce qui concerne le bon ordre et la tenue des élèves.

Il aura à sa disposition, pour la surveillance intérieure et extérieure des élèves, un nombre suffisant de médecins aides-majors.

Il y aura, en outre, à l'hôpital militaire un officier d'administration, placé sous le contrôle de l'intendance militaire et chargé de tout ce qui concerne le logement, le matériel et les dépenses nécessaires à l'instruction des élèves.

Art. 16. Les punitions à infliger aux élèves militaires, soit par l'initiative de leurs chefs hiérarchiques immédiats, soit sur la demande motivée du doyen et des professeurs de l'école, seront :

La réprimande en particulier ;
L'admonition en présence de leurs condisciples ;
La privation d'un ou de plusieurs jours de sortie ;
La réclusion dans la salle de discipline ;
Le blâme motivé de l'inspecteur chargé du contrôle des études ;
Le blâme ministériel ;
Le licenciement avec remboursement des frais de scolarité.

Art. 17. Les jours où il n'y a pas de clinique à la faculté, les élèves assistent le matin au service de l'hôpital militaire, à moins d'en être dispensés expressément par le médecin-chef.

TITRE III. — Enseignement complémentaire a l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Art. 18. Les élèves militaires reçus docteurs passent, avec le titre de médecin stagiaire, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition exprimée à l'article 13, et ils subissent, à leur arrivée à l'école, un examen de classement.

Ils sont rétribués à l'école sur le pied de 2,160 fr. par an, et reçoivent une première mise d'équipement fixée à 500 francs.

Art. 19. L'École d'application de la médecine militaire a pour but de les initier à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, de compléter leur instruction pratique, de leur faire connaître les règlements, lois et décrets qui régissent l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

L'enseignement de cette école comprend les chaires suivantes :
Clinique médicale ;
Clinique chirurgicale ;
Hygiène et médecine légale militaires ;
Maladies et épidémies des armées ;
Anatomie des régions ;
Médecine opératoire et appareils ;
Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art. 20. Le personnel de l'école comprend :
1 inspecteur du service de santé, directeur ;
7 professeurs, dont un remplira les fonctions de sous-directeur ;
7 professeurs agrégés attachés à chacun des sept enseignements susmentionnés.

Les deux agrégés des cliniques médicale et chirurgicale rempliront les fonctions de chefs de ces deux cliniques ; l'agrégé d'anatomie remplira celles de chef des travaux anatomiques ; l'agrégé de chimie remplira celles de chef des travaux chimiques, et ainsi de suite :

Il y aura en outre :
1 bibliothécaire conservateur des collections ;
Des aides-majors surveillants en nombre suffisant ;
1 officier d'administration chargé, sous le contrôle de l'intendance militaire, de tout ce qui concerne la gestion administrative de l'école.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours, d'après le programme rédigé par le conseil de santé ; la durée de l'agrégation est de quatre années.

Les professeurs, sauf le cas de première nomination, sont choisis parmi les professeurs agrégés anciens ou en exercice et nommés par le ministre de la guerre, sur deux listes présentées par l'école et par le conseil de santé des armées.

Le bibliothécaire conservateur des collections est nommé par le ministre et peut être pris dans la position de retraite.

Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 21. Les officiers de santé attachés à l'école reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément du tiers, alloué aux officiers de diverses armes employés dans les écoles militaires.

L'inspecteur directeur de l'école reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les écoles militaires.

Art. 22. Les docteurs admis à l'école d'application remplissent dans les salles d'hôpital les fonctions de sous-aide et d'aide-major, suivant leur numéro de classement.

Un règlement intérieur, arrêté par le ministre de la guerre, déterminera l'ordre des études et l'emploi du temps.

Art. 23. Les cours, excepté ceux de clinique, sont l'objet de programmes respectifs par leçons et autographiés après avoir reçu l'approbation du ministre.

Le directeur de l'école veille à ce que les professeurs s'y conforment exactement ; en cas d'empêchement, ceux-ci seront remplacés, programme en main, par les professeurs agrégés.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois ; elles sont faites par les professeurs et motivent des classements qui seront notifiés au conseil de santé.

Art. 24. Les stagiaires de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, après un an de stage, sortent de cette école avec le titre d'aide-major de 2e classe, sous la condition de satisfaire à un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 25. L'école est placée sous l'autorité du directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'école et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Art. 26. Les besoins de l'instruction s'étendant au service des malades et de l'amphithéâtre, le directeur provoquera les mesures administratives nécessaires pour la conciliation de ces besoins avec ceux du fonctionnement régulier de l'hôpital, et se concertera, à cet effet, avec l'intendant militaire de la 1re division.

Art. 27. Le directeur centralise tous les documents relatifs à l'appréciation du personnel de l'école, tels que rapports de cours, de classement, etc., et en fait la base de notes annuelles qu'il transmet au ministre.

Il a droit de proposition d'office pour l'avancement et pour la Légion d'honneur en faveur du personnel de l'école ; il transmet ces propositions au ministre, pour être soumises à la commission instituée par l'article 24 du décret du 23 mars 1852.

Art. 28. L'École impériale d'application de médecine et de pharmacie

---

épaules bien détachées ; poitrine étroite et courte ; ventre saillant ; reins allongés ; croupe large ; creux profond en avant de la hanche, qui est évasée ; cuisses larges et plates ; pis gros, arrondi, souple, non graisseux, couvert d'un duvet fin, onctueux au toucher, muni de trayons saillants, avec développement de ces grosses veines dont le point d'émergence dans les parties profondes a été appelé *porte du lait*, sans doute parce qu'elles *remportent* par cette ouverture les matériaux non employés par la sécrétion lactée. Ces caractères, qui n'ont pas une valeur absolue, sont néanmoins d'une importance majeure. On voit, si l'on y prend garde, qu'ils accusent une prédominance des parties voisines du lieu où se sécrète le lait, au détriment des parties éloignées, et que l'abdomen et le bassin se proportionnent dans leur développement au degré d'activité fonctionnelle et au volume des glandes mammaires. Ce qui peut faire penser que cette disposition des reins, des flancs et du train postérieur se lie autant à la lactation qu'aux fonctions génitales, c'est la grande fécondité de certaines races autrement conformées et mauvaises laitières. On doit supposer, par les mêmes raisons, que les marques extérieures de la qualité lactifère sont différentes chez la femme, qui élabore la nourriture de l'enfant à l'opposite du lieu où elle l'a conçu, et que l'ampleur du thorax devra être recherchée chez une femme nourrice comme on recherche chez la vache laitière l'ampleur du bassin. Avis aux familles. Rappelons seulement aux fortunés époux qui sont dans le cas d'envoyer des billets de faire part (*Madame X. est heureusement accouchée*, etc.), que, dans les espèces *domestiques*, les meilleures laitières sont souvent les plus laides et les plus maigres.

Il est un caractère qui mérite une mention spéciale, en raison du bruit qu'il a fait et fait encore parmi les agriculteurs : c'est le caractère tiré de ce qu'on appelle la *gravure* ou l'*écusson*, ou encore l'*épi*. On appelle épis des bouquets de poils adhérents par leur extrémité inférieure, contrairement à ce qui a lieu pour le reste du système pileux, et conséquemment dirigés, selon l'expression vulgaire, à contre-poil. Ils sont situés principalement au périnée, en avant des pis, sur la face interne et supérieure des cuisses. Un agriculteur de la Gironde, M. F. Guénon, leur a accordé une telle signification qu'il

militaires est inspectée par un inspecteur médical, d'après les mêmes règles que les autres écoles ressortissant au ministère de la guerre.

Art. 29. Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 30. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre et notre ministre de l'instruction publique et des cultes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 12 juin 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur : *Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre*, VAILLANT.

— Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. ALQUIÉ, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

C'est par erreur que le *Moniteur* du 19 juin n'a pas mentionné cette nomination.

— Par arrêté, en date du 25 juin 1856, M. le docteur DEPAUL est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie impériale de médecine.

— Par arrêté en date du 1er juillet 1856, de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. MICHAUD, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, a été nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite école en remplacement de M. Albin GRAS, décédé.

— Par décret impérial, en date du 1er juillet 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, une chaire spéciale de zoologie est créée à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. VALENCIENNES, membre de l'Institut, professeur du Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de zoologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Par décrets du 28 juin, rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Chevallier, membre du conseil de salubrité du département de la Seine ; Deval, ancien médecin des épidémies dans le département du Puy-de-Dôme.

Au grade de chevalier : MM. Mongin-Montrol, médecin des épidémies à Langres ; Vosseur, docteur-médecin à Paris ; Chappotin de Saint-Laurent, docteur-médecin à Paris.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 juillet 1856.

DÉCRET SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE MILITAIRE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS : ÉLECTION DE M. BEAU. — DIGESTION ET ABSORPTION DES MATIÈRES GRASSES. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE : TYPHUS DE CRIMÉE.

Le décret que nous publions ci-dessus apporte une modification sérieuse au régime de l'enseignement de la médecine militaire. Ce n'est au fond que la continuation des efforts tentés depuis six ans pour fortifier de plus en plus l'éducation des officiers de santé. On a commencé par supprimer (décret du 23 août 1850), comme onéreuses pour le budget et comme ne donnant ni une instruction assez solide ni des habitudes assez sévères de discipline, les *Écoles d'instruction des hôpitaux militaires* qu'avait instituées l'ordonnance du 12 août 1836. Et, de fait, ces écoles avaient plus d'un inconvénient. Voici ce que nous en disions lorsqu'elles furent supprimées :

« Dans ce système, l'élève puisait les premiers éléments d'instruction à Lille, à Strasbourg ou à Metz. Au bout de deux ans, il venait *se perfectionner*, suivant l'expression reçue, à l'hôpital du Val-de-Grâce. En même temps..., il subissait les examens qui devaient le conduire au grade de docteur. Ainsi, trempé à une éducation spéciale ou qui devait l'être, à une éducation dirigée vers les exigences de la médecine militaire, il venait se présenter à des juges ne distribuant, eux, qu'une éducation générale et dont il n'avait pas suivi l'enseignement. La spécialité précédait la généralité, comme si les médecins voués à l'oculistique ou à l'obstétrique étudiaient les maladies des yeux ou la pratique des accouchements avant d'avoir acquis les connaissances générales de la médecine. » (*Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 619.)

Quatre mois après la suppression des écoles, qui paraissait devoir replacer purement et simplement sous le régime commun de l'enseignement les élèves destinés au service médical des armées, une *École d'application de médecine militaire* fut créée au Val-de-Grâce. Depuis lors, le personnel de santé des armées a été encore recruté uniquement parmi les docteurs en médecine; mais ces docteurs doivent faire une année de stage à l'École d'application, où sont institués des conférences et des exercices pratiques sur tous les objets de la science médicale, d'après un programme ap-

---

a cru pouvoir en faire la base d'une classification très compliquée des laitières, à laquelle il enchaînait consciencieusement les chances de son propre commerce de vaches. Suivant lui, la grandeur des épis situés de chaque côté de la vulve est en rapport direct avec l'abondance du lait ; les épis soyeux sont un signe favorable ; les épis durs et hérissés un signe défavorable. La prolongation plus ou moins avancée de l'écusson vers l'anus, sa régularité plus ou moins grande, le défaut de symétrie des épis congénères et d'autres menues dispositions du même genre accusent et mesurent, pour ainsi dire, la valeur lactifère de la bête. Bien plus, il faut tenir compte de la qualité de l'écusson à la fois chez le père et chez la mère. En principe, M. Guénon veut qu'on appareille un mâle et une femelle semblables quant aux épis, et ayant, par suite, le même rang dans sa classification. Ce système a été admis par quelques éleveurs ; il jouit même encore aujourd'hui d'une certaine popularité ; mais on s'accorde assez généralement à le trouver fort exagéré. C'est, du reste, ce qui nous paraît clairement démontré par M. J. Lodieu (de Plouvain) dans une brochure actuellement sous presse, dont nous avons pu consulter le manuscrit, et qui a pour titre : *Vaches laitières; étude complète des caractères à l'aide desquels on peut reconnaître facilement une bonne laitière* (1).

Dans le régime alimentaire des vaches laitières, on a en vue d'accroître tout à la fois la durée de la lactation, la quantité du lait et sa qualité. En général, la durée et la qualité sont proportionnelles ; c'est-à-dire que la bête qui donne le plus de lait est celle aussi qui en donne le plus longtemps ; le meilleur mode d'alimentation conduit donc simultanément à ces deux sources de profit. Mais la quantité et la qualité sont fréquemment en rapport inverse ; il est tel régime qui fait monter le lait à flots en le rendant plus séreux, tel autre qui en augmente les matériaux solides en le rendant moins abondant ; deux résultats qui peuvent servir diversement l'intérêt de l'éleveur, et même celui du consommateur.

On a calculé que 830 grammes de foin (ou l'équivalent en va-

(1) Paraît aujourd'hui à la librairie Victor Masson. 1 vol. grand in-18 de 182 p., avec un type de vache laitière dessiné par mademoiselle Rosa Bonheur et gravé en relief. 2 fr.

proprié aux exigences spéciales de la médecine militaire. Cela veut dire que, après avoir supprimé la spécialité de l'éducation, on y est revenu, mais comme complément de l'éducation générale. Or le décret du 12 juin a pour but de spécialiser encore davantage l'enseignement, de le spécialiser pendant la plus grande partie de la durée des études. Ce motif est implicitement exprimé dans le rapport de M. le ministre de la guerre. « L'expérience de ces dernières années, dit le ministre, m'a raffermi dans cette conviction que l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ne pouvait trouver d'éléments suffisants pour combler les vides (laissés dans les rangs des officiers de santé) qu'autant que ces éléments auraient été *réunis et disciplinés dans un établissement spécial.*» Pour remplir ce but, les départements de la guerre et de l'instruction publique se sont associés : le premier réglera le programme et les cours de la Faculté de Strasbourg en vue des besoins de la médecine militaire, utilisant à cette fin et le personnel et les moyens d'instruction de la Faculté ; le second défraiera les élèves militaires de quelques dépenses obligatoires, et, de plus, acquittera tous leurs frais universitaires d'inscriptions et d'examens. L'admission aux emplois d'*élèves du service de santé militaire* sera réglée par un concours annuel, auquel on ne pourra se présenter qu'après avoir pris trois inscriptions dans une Faculté ou une École préparatoire et avoir passé avec succès les deux examens de fin d'année. Au terme de leurs études les élèves militaires subiront les épreuves pour le doctorat et, s'ils sont reçus, passeront à l'École d'application.

Les concurrents admis aux emplois d'élèves du service de santé sont tenus de souscrire un engagement de servir pendant dix ans, et le Gouvernement, de son côté, s'assure le droit d'exercer un contrôle sur leurs études et sur leur conduite.

— L'Académie de médecine a procédé, dans la dernière séance, à la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. M. Beau a été élu par 40 suffrages sur 66 votants ; il n'y a eu qu'un seul tour de scrutin. Ce résultat, qui était prévu, fait entrer à l'Académie un observateur aussi sagace que laborieux. Le candidat qui a obtenu le plus de suffrages après M. Beau est M. Charles Robin.

M. Colin a lu un travail tendant à démontrer que, sans l'intervention du suc pancréatique, les graisses peuvent être digérées et absorbées dans les proportions et dans l'état physique ou chimique ordinaires. Le fait de la digestion et de l'absorption de matières grasses soustraites à l'action de la liqueur pancréatique nous paraît avoir été déjà mis hors de doute par plusieurs physiologistes, notamment par M. Lenz, qui a trouvé de la graisse dans les vaisseaux chylifères de l'intestin après avoir supprimé l'écoulement de cette liqueur. Cette expérience est confirmée par celle de M. Colin, et rendue plus frappante encore par l'établissement d'une fistule du canal thoracique. De plus, si les résultats annoncés sont exacts, M. Colin aurait le mérite d'avoir porté la démonstration plus loin que ses devanciers, en montrant que les graisses absorbées dans ces conditions exceptionnelles sont dans les mêmes proportions et dans le même état que celles qui ont subi l'action du fluide pancréatique. Du reste, de l'ensemble des travaux publiés sur ce sujet, il paraît naturel de conclure que le liquide du pancréas, celui du foie et celui de la muqueuse intestinale concourent, à des degrés divers, au même but, celui d'émulsionner les corps gras ; et c'est ainsi qu'on peut comprendre que chacune d'elles produise l'émulsion, et puisse néanmoins, être supprimée, sans que l'émulsion s'arrête.

— La *Société médicale de Constantinople*, dont nous avons annoncé en temps opportun la fondation, et qui est née de la pensée d'un médecin attaché aux hôpitaux anglais du pays, M. le docteur Pincoffs (de Dresde), a tenu sa première séance le 15 février dernier, sous la présidence de M. Baudens. Une commission fut désignée pour préparer un projet de règlement. Ce projet ayant été présenté dès la seconde séance (le 1er mars), et adopté, on procéda immédiatement à la nomination du bureau définitif ; en sorte qu'à la séance du 15 mars la Société pouvait entrer en plein exercice (1). Comme elle se compose à la fois de médecins des armées alliées et de médecins civils, la conclusion de la paix a dû amener dans son sein une perturbation notable ; mais il faut espérer que l'élément civil, où nous voyons qu'il a été choisi un vice-président, a suffi pour maintenir la cohésion de la Société et entretenir son zèle. Sans s'ingérer aucunement dans les affaires de la politique, on peut prévoir que l'Orient aura désormais des contacts de plus en plus fréquents, de plus en plus intimes, avec l'Occident, qui, dès lors, aura un intérêt croissant à le

(1) Le bureau a été ainsi composé : Baudens, *président* ; Linton, médecin en chef des hôpitaux militaires anglais, et Fauvel, professeur à l'école de médecine de Constantinople, *vice-présidents* ; Pincoffs, *secrétaire général* ; Leval, membre du conseil de santé, et Morris, médecin de la légation en Prusse, *secrétaires particuliers*. — La Société, qui compte plus de quatre-vingts membres, a été autorisée par Fuad-Pacha, ministre des affaires étrangères, à prendre la qualification de *Société impériale*.

leur nutritive) par chaque 50 kilogrammes du poids de l'animal, sont nécessaires à la *subsistance* d'une bête à cornes. Tout ce qui est consommé au delà de cette ration, dite d'*entretien*, sert à la *production*, c'est-à-dire à l'engraissement ou à la formation du lait ; et, pour les bêtes laitières comme pour les bêtes à l'engrais, on règle la ration sur l'appétit. L'animal mange à discrétion. Sil est de bonne race, il produit en proportion de ce qu'il consomme. Bien plus, la vache tire plus de parti de l'aliment que le bœuf, puisque, d'après M. Riedesel, 10 kilogrammes de fourrage fournissent 10 litres de lait, donnant plus de 1 kilogramme de matière sèche ; tandis que de ce même poids de fourrage le bœuf n'extrait que 1 kilogramme de viande, donnant environ 500 grammes de matière sèche. D'où MM. Boussingault, Dumas et Payen tirent la conséquence qu'il y aurait d'autant plus lieu d'asseoir le commerce du lait « sur des bases propres à inspirer la confiance et à la mériter. »

Quant à ce qui concerne le choix des aliments, le grand précepte est de faire une très large part à la nourriture aqueuse. L'herbe des prairies, le trèfle vert, le sainfoin, les vesces, la grande consoude, le chou-vache, donnent beaucoup de lait, mais un lait médiocrement riche. Les grains, l'avoine, les fèves, les féverolles, les pois, le maïs, la pomme de terre, le topinambour, sont plus favorables à la production d'un lait gras ; mais c'est à la condition d'être, les uns cuits à l'eau, les autres hachés et délayés : sans quoi, ils tendent à porter à l'engraissement plutôt qu'à la sécrétion mammaire. Il est assez généralement accepté, d'après les calculs de M. Villeroy, que les aliments solides ne doivent former que le tiers de la ration. De plus, non-seulement on laisse les vaches boire à volonté, mais encore on les y excite en mêlant à l'eau des aliments divisés qui soient de leur goût, de la farine, du son, etc. Ajoutons enfin que la *nature* des aliments ne paraît pas avoir d'influence sensible sur la quantité ou la constitution chimique du lait, « pourvu, dit M. Boussingault, que les animaux reçoivent les *équivalents nutritifs* de ces divers aliments ». L'important, pour l'éleveur, est donc de déterminer le poids de chaque aliment d'après sa valeur nutritive, en y joignant les précautions que nous rappelons à l'instant.

mieux connaître. Or, le rôle que peuvent jouer nos confrères en de telles occasions, s'il n'est pas le plus retentissant, est certes des plus utiles. Ce rôle, la guerre le leur a déjà créé en Algérie; la civilisation, sans doute, le leur imposera en Turquie, et il serait singulièrement facilité par l'intervention active d'une Société médicale.

La première question mise à l'ordre du jour de la Société de Constantinople a été celle du *typhus*. Est-ce bien le typhus qu'on a observé en Crimée et dans les hôpitaux? Ou plutôt (car personne n'a nié absolument l'existence du typhus) la majorité des affections régnantes n'était-elle pas formée de fièvres palustres à formes typhoïdes? Cette dernière opinion a été soutenue par M. Cazalas, qui a principalement argué de deux circonstances, savoir, l'existence d'exacerbations vespériennes, et les bons effets du sulfate de quinine. Mais choisir ainsi dans tout ce qui peut servir à déterminer le génie d'une maladie épidémique deux particularités, surtout quand elles sont aussi mal définies qu'elles le sont ici, pour les ériger en caractères spécifiques, c'est rendre toute nosologie impossible. C'est ce qu'il sera facile de démontrer.

Et d'abord, des exacerbations ne suffisent pas pour constituer une fièvre palustre; il faut encore que la fièvre montre les autres caractères qui sont propres à l'intoxication maremmatique, et qui sont parfois plus prononcés que l'intermittence; il faut surtout qu'elle ne revête pas les caractères d'autres espèces morbides bien déterminées et bien connues. Or, on ne rencontrait pas ici les graves altérations de la rate et du foie qui manquent rarement, il faut le dire, dans les vraies fièvres à quinquina, et que M. Stewardson n'a jamais vues manquer dans la fièvre rémittente. D'un autre côté, les vertiges, les bourdonnements, la marche titubante à l'invasion du mal; puis l'apparition de taches rouges, non papuleuses, sur toute la surface du corps; les alternatives d'agitation et de stupeur; l'absence de diarrhée, sauf à la dernière période; l'intégrité des plaques de Peyer; tout enfin, signes prodromiques, symptômes, forme de l'éruption, lésions cadavériques, tout appartient au typhus et non à la fièvre palustre. Les exacerbations elles-mêmes, surtout celles qui viennent le soir, sont un des symptômes les plus ordinaires, on pourrait dire les plus constants, du typhus. Un des membres de la Société était particulièrement autorisé à se prononcer dans cette question, ayant eu l'occasion d'observer et le typhus anglais et la fièvre rémittente des pays chauds : c'est M. Bryce. Or, il a déclaré que la fièvre de Crimée ressemble trait pour trait au *typhus fever*.

Quant à l'efficacité du sulfate de quinine, il s'en faut de beaucoup qu'elle ait été comparable à ce qu'elle est d'ordinaire dans le traitement des fièvres palustres. Les membres qui, après M. Cazalas, ont vanté ce remède, M. Valette, M. Pastureau, ne lui ont attribué qu'un effet *névrosthénique*, ce qui est bien différent de l'effet antipériodique; et M. Jacquot, dont un bon travail sur l'épidémie en question a souvent figuré au débat, M. Jacquot a contesté formellement jusqu'à cette action névrosthénique ou tonique du sulfate de quinine. Nous croyons aussi, pour notre compte, que la médication quinique est en ce moment sur le chemin des abus. Nous ne l'excluons pas aussi absolument que certains auteurs du traitement des affections septiques. La quinine est un sédatif, — sédatif du cœur, sédatif de l'encéphale; — M. Briquet l'a démontré expérimentalement, et la pratique l'a confirmé plus d'une fois à nos yeux; mais aussi ses effets vont aisément jusqu'à la stupeur d'abord, et, plus tard, jusqu'à la diffluence du sang. Si donc il est permis de l'essayer contre l'excitation cérébrale qui existe habituellement dans le typhus, ce doit être à petites doses et sous la garantie d'une surveillance des plus attentives. C'est le seul mode d'action que nous connaissions à la quinine employée contre l'excitation cérébrale, et nous ne nous faisons pas une idée claire de celle que, suivant certains membres, cet agent exercerait spécialement contre la *malignité*. La quinine calme dans l'ataxie : nous le croyons. Par quel procédé? C'est une autre question. Mais tout cela, encore une fois, n'a rien de commun avec l'action fébrifuge proprement dite, rien qui permette d'en inférer l'infection maremmatique.

Nous n'entendons pas nier, toutefois, que ce genre d'infection n'ait existé en Crimée et engendré des affections spéciales. On comprend aisément que, dans un milieu aussi compliqué que celui où se trouvaient les armées alliées, une foule de causes morbigènes différentes ont pu et dû se trouver réunies, et donner lieu, soit à des formes morbides complexes, soit à des agglomérations de formes morbides distinctes. Il est possible, par exemple, qu'il en ait été ainsi à Choumla, dans le rassemblement de troupes qui, après avoir séjourné deux mois sur les bords du Danube, fut frappé épidémiquement d'une maladie dont nous ne connaissons pas bien les symptômes, mais contre laquelle M. Fauvel a conseillé le sulfate de quinine. M. Carathéodory a d'ailleurs rappelé que « il y a dans la constitution médicale de Constantinople un élément de périodicité qui vient compliquer la plupart des maladies. »

Cette question de la nature de l'affection régnante en a

Tous ces résultats de l'expérience sont-ils inapplicables à l'espèce humaine? Nous sommes loin de le penser. Assurément, quelque disposé que nous soyons au rapprochement, nous ne demandons pas absolument qu'on mette les nourrices au régime du trèfle et du sainfoin, encore moins qu'on les envoie paître; mais il est au moins très vraisemblable qu'on se trouverait mieux de faire entrer pour une bonne part dans leur nourriture des pommes de terre, du maïs, des fèves, que de les gorger de viande. Beaucoup de nourrices, obéissant à d'anciennes habitudes, mangent presque sans boire : c'est encore là un inconvénient sérieux dont les familles ne se préoccupent pas, ne sont même pas averties. Que l'effet n'en soit pas absolument le même que chez les bêtes proprement dites, c'est possible; mais nous avons peine à croire que cet effet soit nul ou seulement insignifiant.

Nous sommes demeuré si longtemps au sein de ces questions, ou sur ces questions du *sein*, que nous voici dans l'impossibilité de nous arrêter comme il nous plairait à la curieuse question du croisement. Ramener une troisième fois le lecteur dans cette atmosphère chaude et ammoniacale pourrait paraître incongru, encore bien que cela soit excellent pour la poitrine. Nous le prions donc de nous permettre d'en finir par quelques mots.

On se propose, par le croisement, de transporter les caractères d'une race douée de certains avantages sur une autre race qui a d'autres avantages, ou qui n'en a pas du tout, ou qui a des défauts. Si la qualité qu'on perpétue par des générations successives est elle-même une qualité acquise, une qualité produite par des artifices d'hygiène et d'alimentation, comme la prédominance de certaines masses charnues et adipeuses, les produits de l'accouplement constituent réellement une race nouvelle. Les moutons de Backewel, les bœufs Durham, sont dans ce cas. Dans l'espèce humaine, suivant certains physiologistes, c'est la mère qui conserve le type de la race. Nous ne sommes pas bien édifié sur ce point; mais il est sûr que, dans les espèces domestiques, c'est tantôt le mâle et tantôt la femelle; et il est même admis que le premier transmet le plus souvent ce qu'il y a de plus distinctif dans une espèce, c'est-à-dire la forme, et que la seconde transmet surtout la taille. L'Ex-

amené une autre au sein de la Société. M. Cazalas a cherché à établir l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, non pas du typhus nosocomial, qui n'est en effet que la typhoïde *renforcée* et épidémique, mais du typhus des armées, qui n'offre ni les symptômes ni les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde. Suivant notre confrère, l'existence ou l'absence de l'éruption intestinale dépendent de la rapidité plus ou moins grande de l'intoxication. L'intoxication est-elle prompte, solides et liquides s'altèrent avant que l'éruption ait pu se développer : on a le typhus. L'intoxication se fait-elle lentement, l'éruption a lieu de bonne heure : on a la fièvre typhoïde.

La doctrine de l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus des armées est spécieuse; elle a même un air d'élévation qui séduit; mais elle est erronée, et la supposition sur laquelle l'appuie M. Cazalas est démentie par les faits. Une maladie qui ne débute pas comme la fièvre typhoïde, qui n'a pas les mêmes symptômes, qui ne marche pas et ne se termine pas de la même manière, qui ne montre pas les mêmes altérations cadavériques, ne peut pas être identifiée avec la fièvre typhoïde, à moins qu'on ne veuille se faire un plaisir de tout embrouiller. Qu'il y ait entre l'une et l'autre une certaine parenté, de certains caractères communs, la septicité, par exemple, ou l'ataxie, c'est très admissible ; mais discerner une analogie et établir une confusion sont choses fort différentes. Si l'on veut arguer de cette analogie pour assimiler les deux états morbides, il faut assimiler aussi la rougeole à la scarlatine, ou la scarlatine à la miliaire; car il y a autant de différences extérieures, sinon plus, entre la fièvre typhoïde et le typhus des armées ou celui des Anglais qu'entre deux quelconques des exanthèmes précités. Pour ce qui concerne spécialement l'éruption intestinale, ce qu'on peut répondre à M. Cazalas, c'est qu'elle ne vient pas tardivement, mais *manque* dans le typhus, quelles qu'aient été la durée des prodromes et la marche de la maladie.

En résumé, il y a dans la classe des typhus deux espèces. L'une est caractérisée principalement par l'éruption intestinale, laquelle se lie presque toujours à d'autres caractères spéciaux, tels que la diarrhée au début, le développement de taches lenticulaires sur le ventre, le gonflement de la rate. Le typhus nosocomial (*typhus* des hôpitaux, *typhus* des prisons) et la fièvre typhoïde peuvent être considérés comme deux variétés de cette espèce. Le caractère dominant de l'autre espèce est le développement, non pas sur le ventre seulement, mais sur tout le corps, de taches rouges non saillantes, c'est-à-dire de pétéchies, sans accompagnement d'éruption intestinale. Aussi beaucoup d'auteurs font-ils de cette seconde espèce de typhus une fièvre *exanthématique* dite fièvre pétéchiale. Et, en réalité, nous ne doutons pas, ainsi que nous le disions dans un précédent article, que le *typhus des armées* décrit par Hildenbrand ou le *typhus fever* ne soient identiques avec la *fièvre pétéchiale* de Borsieri. (Voy. le travail de M. Chauffard que nous publions en ce moment.)

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Étude clinique du typhus contagieux, par le docteur Émile Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon.

(Suite. — Voir le n° 25, tome III.)

Arrivée et période d'état de l'éruption. — L'exanthème du typhus, dont je viens d'indiquer les jours d'apparition, se présente sous deux formes assez distinctes, quoique appartenant à une même espèce et relevant d'une même activité morbide. En premier lieu, cet exanthème apparaît comme une rougeur marbrée ou pointillée, très irrégulièrement figurée, laissant entre ses contours mal dessinés des espaces plus ou moins grands et irréguliers où la peau est restée saine. Cette éruption se répand sur les membres, la poitrine, le dos, le ventre, ne respecte que le visage; elle est donc presque générale, très apparente, d'un rose vif, et ne forme aucune saillie à la surface de la peau. Cet exanthème m'a paru l'indice d'une affection vive, aiguë, mais à allure franche et régulière, marchant à une heureuse solution, si un traitement mauvais, trop échauffant, ou trop antiphlogistique et réfrigérant, ne vient pervertir la nature de la réaction. Du moins en a-t-il été ainsi chez les quatre fébricitants sur lesquels j'ai observé cette forme exanthématique. J'oserai dire, en usant des images de l'antiquité, que dans ces cas la nature, ou plus simplement l'économie vivante, réussit à se débarrasser, par une abondante et facile jetée, sinon de toute, du moins de la majeure part de la matière morbide qui l'assiégeait. S'il n'y a pas de rétrocession funeste, elle n'a plus qu'à reprendre peu à peu, et par un mouvement ordonné, ces principes hétérogènes, éloignés par elle des parties nobles et des sources mêmes de la vie, afin de les éliminer au fur et à me-

---

position a permis de vérifier ce fait, que les parties antérieures sont surtout transmises par le père. Les Durham-Ayr, les Durham-Charolais, les Durham-Cotentin, les Durham-Normand (car avec quoi ne croise-t-on pas les Durham ?) ont tous les épaules de la race Durham pure. Il y a des qualités particulières qui viennent presque exclusivement du père ; d'autres qui viennent de la mère. Dans les bêtes bovines, c'est le taureau qui transmet ordinairement la qualité lactifère. Un taureau issu d'une bonne laitière, accouplé avec une mauvaise laitière, donne une laitière plus productive que si l'accouplement avait eu lieu entre une bonne laitière et un taureau d'une autre race. Les béliers influent surtout sur le lait, et les brebis sur l'aptitude à engraisser; et, il est fâcheux de le dire, c'est la femelle qui perpétue la méchanceté et l'entêtement..... dans la race chevaline. Il faut être bien au courant de toutes ces particularités pour ne pas faire de croisements à contre-sens et ne pas transformer une bonne race en une mauvaise sous-race. Souvent les éleveurs sacrifient aux apparences, à la beauté des formes, à la grandeur de la taille, et ils croisent, par exemple, en vue de la boucherie, le Limousin avec le Charolais ou l'Agenais, dont la viande est inférieure. Sous ce rapport, le meilleur croisement qu'on puisse faire est celui d'une bonne race anglaise avec la race cotentine, cette souche du bœuf-gras parisien. La viande acquerrait par là une grande abondance de sucs sans devenir trop graisseuse, et la proportion d'os serait moins considérable que dans le pur Cotentin.

On peut, avons-nous dit, créer une race ; on peut aussi en importer une de l'étranger ou transformer la race d'un pays ; mais il faut prendre garde, comme le dit M. Béclard dans son *Traité élémentaire de physiologie*, que les caractères de la race transportée ou les caractères de la transformation se modifieront peu à peu sous l'action du climat, pour se mettre en harmonie avec ceux des races naturelles du pays. Certaines qualités pourront passer définitivement dans les produits, comme la vitesse dans les chevaux ; mais ces produits, dans leur ensemble, perdront en grande partie les marques de leur origine primitive. C'est ce qui est arrivé, par exemple, au cheval anglais, qui, bien que rapide, n'a plus rien de l'arabe, dont il est sorti.

A. Dechambre.

sure par toutes les voies d'excrétion, ou par des voies spéciales, naturellement ou thérapeutiquement éveillées ou sollicitées. Le mouvement fébrile persiste et devient même plus intense au moment de l'éruption; il en est de même pour les autres symptômes. Mais cette aggravation est modérée, ou si elle est vive elle ne dure pas et s'efface par degrés pour revenir à l'intensité première. Cette fièvre et ces symptômes morbides aggravés tiennent au puissant effort éruptif que tente la nature; et, en outre, fièvre et symptômes ne peuvent s'éteindre aussitôt l'effort accompli, car la matière morbifique est présente et retentit encore dans l'organisme, quoique à l'état d'exanthème; reprise et conduite à l'élimination, elle continue nécessairement son impression sur les forces vitales. Sans doute même, le mouvement d'éruption se poursuit pendant quelque temps parallèlement au mouvement d'élimination, et ce n'est que par une succession active d'apparition à la peau et d'entraînement au dehors que l'économie atteint à son entière délivrance.

A cette période de la fièvre se joint d'ordinaire, dans ces cas, une douce moiteur qui se continue sans moments de redoublement notable. Parfois, pendant le premier travail d'éruption, quelques gouttes de sang s'échappent des narines. Les tintements d'oreilles et la dureté d'ouïe persistent, ainsi que l'embarras de la parole et les tremblements des mains. La céphalalgie frontale paraît au contraire apaisée; toutefois la face rougit beaucoup, devient vultueuse, mais sans offrir de traces éruptives. La stupeur est toujours très grande, le sentiment d'ivresse très prononcé. Par contre, peu après l'éruption, l'agitation des nuits semble diminuer; elle dure surtout moins longtemps, se calme mieux et plus tôt. La langue est jaune et humide, ou un peu sèche au milieu. Quelques fuliginosités, mais légères, s'attachent aux dents et aux gencives. Le ventre se ballonne un peu, tout en restant souple; quelques évacuations alvines se préparent pour la période suivante. Cet état de choses se continue ainsi pendant un septénaire, et durant tout ce temps l'éruption conserve à peu près le même aspect; elle ne pâlit pas ou presque pas, et seulement alors vers la fin du septénaire.

Telle est l'une des formes exanthématiques du typhus. On pourrait l'appeler l'exanthème rouge, sorte d'exanthème pétéchial, mais dans lequel les pétéchies sont d'une couleur rose, uniforme, se tenant toutes entre elles et formant sur la peau une surface colorée, comme irrégulièrement chagrinée, mais entièrement lisse. L'aspect général est pointillé et bien différent de celui des taches rubéoliques, plaques unies entre elles et de grandeur variée, larges, abondantes, couvrant presque toute la superficie cutanée, et celle du visage en particulier.

La seconde forme exanthématique est l'exanthème pétéchial vrai. C'est l'exanthème propre du typhus, dont le précédent n'est, à mon sens, qu'une variété; variété qui doit être attribuée à ce qu'alors la nature a plus de liberté et de facilité dans son mouvement d'expansion sur la peau, à ce que l'orgasme fébrile maîtrise plus énergiquement la cause morbide, ou neutralise mieux l'influence de cette cause. L'exanthème pétéchial vrai se présente sous la forme de petites taches de grandeur variée, égales tantôt à de petits points, tantôt à des morsures de puces, ou à des lentilles, ou à des taches plus grandes encore. La couleur varie aussi : elles sont ou rouges, mais dans ce cas d'un rouge moins vif que dans l'éruption décrite ci-dessus, ou violacées, jaunes, livides, foncées ou pâles. La coloration générale d'une éruption pétéchiale peut se rapporter à telle ou telle de ces nuances, ou une même éruption de pétéchies peut offrir çà et là ces couleurs diverses. Les pétéchies ne présentent pas au centre un point plus foncé et distinct du reste de la tache, comme les morsures de puces; la tache est d'une couleur uniforme. Elles ne soulèvent pas l'épiderme sous lequel elles sont situées; en passant le doigt au-dessus d'elles, on ne ressent qu'une surface parfaitement unie. Enfin les pétéchies m'ont paru siéger principalement en avant et sur les côtés du tronc, puis à la face interne des bras et des avant-bras, et en moindre quantité à la face interne des cuisses. Les points où elles se sont montrées en plus grande abondance sont les côtés du ventre, le devant des hypochondres, et la partie interne des parois thoraciques. Les parties médianes en offrent très peu, la face n'en offre jamais. Dans les régions où les pétéchies sont nombreuses, elles sont, en général, comme agglomérées, se touchant presque et se confondant tant elles sont rapprochées, se distinguant pourtant entre elles le plus souvent par leur coloration variée, laquelle permet de voir le contour arrondi de la plupart. Cette agglomération va en s'éclaircissant à mesure qu'on s'éloigne de la région où les pétéchies confluent, et par degrés on arrive à trouver aux limites de ces régions de petites pétéchies isolées, rondes, d'une couleur généralement plus foncée, et se détachant nettement sur le fond pâle de la peau.

Cet exanthème pétéchial est celui des cas légers et aussi celui des cas très graves. Il est difficile, en effet, d'après le seul aspect, de distinguer au début l'exanthème bénin de l'exanthème grave et souvent mortel. Peut-être le premier est-il d'une coloration plus uniformément rosée, et le second de coloration variée, jaune, livide, bleuâtre, avec çà et là des pétéchies foncées. Mais après le début, la confusion n'est plus aussi inévitable; car souvent dans les cas très graves, et surtout dans les cas mortels, deux ou trois jours après l'éruption, parfois même plus tôt, se montrent des taches bleues ou livides plus ou moins larges, à bords diffus, véritables ecchymoses septiques. Dans un cas rappelant toutes les horreurs convulsives de l'hydrophobie, je vis bientôt le corps entier couvert de vibices étendues et noirâtres, laissant apparaître entre elles une peau terne et plombée.

Mais si dans les cas bénins et dans les cas graves, l'exanthème pétéchial est presque identique, l'appareil des symptômes les sépare profondément. Dans les cas légers, après une exacerbation modérée au jour de l'éruption, la fièvre se calme, reprend une marche douce et continue. Les nuits sont paisibles, le sommeil facile; la dureté d'ouïe et un sentiment d'ivresse sont les symptômes prédominants. La stupeur existe, mais le malade en sort aisément alors qu'on l'interroge; il comprend toute question et y répond. Le regard est clair et d'une expression naturelle. La parole reprend de la liberté, tout en demeurant lente et brève. Les mains hésitent, mais ne tremblent pas sans cesse; les mouvements de tout le corps s'exécutent sans souffrance. Cependant le malade prend peu de part, après les premiers jours de l'éruption, à ce qui se passe à son entour; il demeure volontiers couché sur l'un des côtés, immobile, absorbé, à demi-somnolent. Une moiteur tiède et générale se montre ordinairement. Quelques évacuations alvines naturelles ont lieu. Il semble que, dans ces cas, la nature se soit entièrement allégée par l'éruption des pétéchies, et que l'économie supporte sans peine les dernières impressions que la cause morbide, en voie d'élimination, effectue sur elle. Il n'y a plus qu'une sorte de retentissement lointain des effets délétères du contagium typhique.

Mais il en est tout autrement dans les cas graves, à la suite de l'éruption des pétéchies. Celles-ci d'abord ne sortent qu'au milieu d'un redoublement de la fièvre et de tous les symptômes. Cet accroissement dans la violence de la maladie rend plus tranchées les deux formes morbides graves que nous avons vues poindre dans les jours qui précèdent l'éruption : l'une caractérisée par la stupeur de l'ivresse succédant le jour à l'agitation délirante de la nuit, et l'autre caractérisée par des tremblements presque convulsifs assiégeant sans relâche le malade pendant le jour, et ne lui laissant pas même le repos de la stupeur après les tourments de la nuit.

Chacune de ces deux formes typhiques s'aggrave à sa manière. Pour la première, la nuit où l'éruption s'opère, se passe, en général, dans un délire violent, accompagné de cris aigus, de mouvements désordonnés, avec la peau sèche et ardente à un toucher prolongé, le pouls élevé et fréquent, mais peu résistant sous la pression des doigts. Le lendemain matin, les malades sont dans la stupeur et la prostration. Si on les excite à en sortir, ils redeviennent délirants, n'entendent pas et sont d'ailleurs incapables de rien comprendre, prononcent avec difficulté des paroles sans suite, ou qui se rapportent confusément à leurs occupations ou idées habituelles. Les lèvres tremblent et s'agitent après et avant chaque effort de parole. Le regard est égaré. En même temps les mains et les bras tremblent et vont comme au hasard ; la volonté du malade semble impuissante à les diriger, ou mieux, le malade est sans volonté réelle, comme sans pensée distincte. Bientôt l'excitation tombe, la stupeur et l'engourdissement reparaissent. Dans cette période de la maladie, la face devient ordinairement turgescente et se colore sur les joues d'une teinte pourprée et ardente. Cette coloration, considérée isolément, pourrait en imposer sur le caractère de la maladie, et faire croire à une congestion franchement inflammatoire ou pléthorique. On perçoit aussi quelquefois de véritables soubresauts de tendons, mais peu marqués et bien différents du tremblement des mains. Pringle avait déjà fait cette remarque : « On éprouve plus communément, dit-il, un tremblement des mains qu'un soubresaut des tendons, et si ce symptôme se présente il est beaucoup plus faible que dans plusieurs autres fièvres. » Tel est l'ensemble des symptômes dans cette première forme du typhus grave ; ils se maintiennent ordinairement avec une singulière fixité d'énergie. S'ils s'amendent, même faiblement, après l'éruption, c'est de bon augure ; s'ils persistent sans s'aggraver de nouveau, sans que l'un d'eux, par exemple, revête une intensité nouvelle, on aura lieu d'espérer encore ; s'ils s'accroissent de jour en jour, si l'intelligence du malade se trouble tout à fait, s'il devient entièrement étranger au monde extérieur, insensible à toutes les excitations, l'issue sera funeste.

Quant aux malades chez lesquels l'état convulsif lutte contre la stupeur, ils passent la nuit de l'éruption dans une sorte de tremblement plus ou moins violent de tout le corps et surtout des bras et des mains, avec agitation convulsive des muscles de la face et surtout des lèvres ; ils poussent des cris étouffés ou balbutient obscurément d'inintelligibles paroles. Ils ne tombent pas, au matin, dans la stupeur relativement paisible des autres fébricitants. Les symptômes de la nuit se continuent sans apaisement marqué ; les malades demeurent généralement convulsés, n'entendent plus, ne peuvent tenir les mains et les bras posés dans le lit, mais les promènent tremblants au-devant d'eux sans volonté et sans but, paraissent terrifiés, et ont les yeux agités, portés sans cesse de droite à gauche et de gauche à droite, ce qui est un très mauvais signe. Parfois la vessie perd sa faculté de contraction, et le cathétérisme est nécessaire. Ces malades demeurent couchés sur le dos ; quelques-uns tentent par moments de se redresser par un mouvement du tronc et retombent aussitôt, ou s'inclinent par le haut du corps à droite et à gauche, pour revenir au coucher en supination. Ces mouvements résultent d'une angoisse extrême. Le pouls perd bientôt de sa plénitude et de sa force ; il devient concentré, comme troublé et convulsé aussi. Cet état se continuant, après un, deux ou trois jours, la peau se refroidit un peu et se couvre de taches bleues et de vibices. Tous ces malades sont presque voués à une inévitable mort.

Durant cette période de la maladie, il ne faut jamais perdre de vue l'exanthème pétéchial, car il peut s'accroître, devenir plus abondant et plus accentué de jour en jour pendant les deux ou trois premiers jours ; rester dans cette intensité progressivement acquise, jusqu'à la fin du septénaire ; puis décroître peu à peu, comme nous le verrons plus tard. Cette marche de l'exanthème est d'un heureux présage. Ou, au contraire, loin d'avoir une tendance à l'accroissement, il s'amoindrit, s'efface, rétrocède après les deux premiers jours. Cette rétrocession se fait même parfois brusquement du soir au lendemain matin ; l'exanthème, très apparent la veille, est incertain au jour qui suit : mauvais signe, presque toujours suivi d'une mort prompte. Sur quatre cas où je l'ai observé, un seul malade a guéri, et sous l'influence d'une énergique médication, laquelle est demeurée sans effet sur les trois autres fiévreux. Cette rétrocession peut se faire, soit à la suite d'un traitement impropre, soit spontanément. Elle eut lieu spontanément chez le jeune étudiant en médecine qui contracta sa maladie à l'hôpital militaire. Appelé le soir auprès de lui avec deux honorables médecins, je constatai une éruption pétéchiale très apparente sur le ventre et les côtés du thorax. Le lendemain matin, je le revis : l'éruption s'était en grande partie effacée. Il mourut le lendemain soir, sans que les symptômes que je constatai l'avant-veille et la veille au matin me parussent annoncer une mort aussi prompte. J'aurai occasion, en m'occupant du traitement, de revenir sur la rétrocession qu'un autre malade m'a offerte, et sur les connexions qu'elle a pu avoir avec la médication employée. La plupart des bons observateurs ont signalé les avantages d'une éruption abondante et colorée, et les dangers d'une éruption rare et éparse.

Au dire de Fracastor, en 1528, toute éruption pétéchiale qui s'opérait largement était salutaire ; toute éruption rare, ou qui, parue, s'évanouissait, était funeste (*De morb. contag.*, lib. II, cap. VII). Ramazzini, dans ses constitutions épidémiques des trois années 1692-93-94, signale comme indice des plus fâcheux que les pétéchies se dissipent presque en même temps qu'elles paraissent : les forces tombaient en une prostration complète, les battements du pouls s'effaçaient comme dans l'asphyxie, tout le corps se glaçait, les urines s'arrêtaient, la mort survenait peu après (*De constitutionibus trium annorum in mutinensi civitate*). Borsieri, dans l'épidémie de pétéchies de Faenza, observée et décrite par lui, avance que, malgré le peu de soulagement amené par l'éruption, la rétrocession de celle-ci était cependant suivie de délire, d'oppression, de convulsions, et bientôt de mort. Il ajoute qu'il en fut de même dans une épidémie qui eut lieu de son temps à Belgiojoso ; la mort, ou du moins un péril imminent menaçait ceux qui étaient frappés d'une pareille rétrocession. De même dans la fièvre pétéchiale de Vienne des années 1757-58-59, Hosenhörl remarqua que la rétro-

cession des pétéchies fut suivie des plus funestes symptômes: respiration accélérée, difficile, inégale; pouls débile, vite, intermittent; sueurs froides vers le front et le cou, et enfin la mort (*Hist. febr. petechial. ann.* 1757-58-59, dans Vasserberg, fasciculus primus, *Oper. minor.*, etc.).

Pourquoi Hildenbrand se tait-il sur la marche de l'exanthème, lequel est signalé et décrit par lui comme un fait presque sans importance? Ces variations et rétrocessions de l'éruption pétéchiale sont-elles sans portée au point de vue soit du pronostic, soit de la thérapeutique? Ne peuvent-elles être d'aucun secours pour atteindre à la pénétration des efforts et des besoins de la nature? C'est une étrange lacune dans le *Traité du typhus contagieux*, et inconcevable de la part d'un clinicien adonné à l'étude de l'activité morbide, considérée dans ses manifestations diverses et surtout dans son but.

En effet, ces différences et ces changements de l'exanthème pétéchial me paraissent révéler la vraie connaissance du typhus contagieux, et devoir en dominer l'histoire comme la thérapeutique. Ils trahissent les efforts plus ou moins libres, entravés et puissants d'une nature offensée, opprimée par un insaisissable poison, et cherchant la voie de salut. Cette voie est ici l'exanthème. Aussi tous les efforts de la nature tendent à un mouvement éruptif, à une jetée sur la peau, soit que par là elle se débarrasse de la matière hétérogène et morbifique, l'isole sur cette grande surface qui sert si souvent de décharge à l'économie; soit que nous disions simplement, afin d'éviter toute hypothèse humorale et pour nous en tenir à l'activité visible, que, par ce mouvement franchement organisé et poussé sans entraves, elle combat heureusement les mouvements morbides internes, et, en suscitant une expansion salutaire, neutralise les effets de la cause toxique et les impressions funestes reçues par l'organisme. Dans l'une comme dans l'autre explication, les faits cliniques me paraissent interprétés avec rigueur, à savoir, les efforts de la nature et leurs rapports incontestables avec les phénomènes de l'éruption. Nous comprenons, dès lors, pourquoi une éruption abondante ou s'accroissant par degrés pendant les premiers jours est d'un bon présage, et pourquoi une éruption rare ou rétrocédant est mauvaise. Du moment que le salut est dans l'heureuse suite d'une fluxion éruptive, la perte est dans l'absence ou la faiblesse de cette fluxion. On comprend, en outre, pourquoi l'extrême gravité du mal entravera ce mouvement fluxionnaire, pourquoi une gravité moindre le favorise. Les effets primitifs du virus typhique sont essentiellement de pervertir et d'abattre les forces vitales, de les jeter dans un tel état de trouble et d'accablement que leur tendance médicatrice est comme perdue ou écrasée. Il faut, pour ainsi dire, qu'elles reviennent à elles-mêmes pour reprendre leur activité ordonnée, pour reconstituer dans la maladie la résistance à l'affection, les efforts de conservation, la lutte en vue de la guérison.

Si les forces vitales ne sont pas anéanties par le mal, au point de ne pouvoir retrouver cet empire, cet exercice de leurs fonctions naturelles; si l'économie n'est pas débilitée par des conditions particulières natives ou acquises, conditions individuelles qui se trouvent ici comme partout en médecine, la réaction pourra s'organiser, l'exanthème favorable se produira, s'étendra avec facilité, et ne risquera pas de s'évanouir inopinément. Si au contraire les forces vitales sont opprimées sans retour, si l'équilibre des grandes fonctions est troublé comme à sa source, et de façon à ne pouvoir se rétablir dans une liberté suffisante, si la cause morbifique continue sans relâche ni amoindrissement son action malfaisante et déprime incessamment toute utile réaction, l'exanthème sera rare, inconstant, rétrocédera sous la moindre influence. Il pourra même manquer ; la nature sera impuissante à le séparer, à déterminer la fluxion éruptive sur la peau : on aura la fièvre pétéchiale sans pétéchies. J'en ai observé un exemple qui mérite d'être reproduit.

L'une des religieuses de notre hôpital, pâle, délicate et d'un naturel impressionnable, chargée du soin de militaires malades, parmi lesquels s'était déclaré d'abord et propagé ensuite le typhus contagieux, s'alita après une quinzaine de jours. Je ne la vis pas durant les trois ou quatre premiers jours, et ne fus appelé que lorsque sa maladie eut pris un caractère décidé de gravité. Le médecin ordinaire de la communauté avait dès la veille fait appliquer un vésicatoire sur l'épigastre, pour calmer les vomissements auxquels la malade était livrée. On lui donnait pour boisson un peu d'eau pure, froide ou à la température de la chambre. Les vomissements s'étaient suspendus, soit par suite de cette médication, soit plutôt parce que, d'après la marche de la maladie, il devait en être ainsi. A ma première visite, je trouvai la malade très pâle et prostrée, délirante et stupéfiée tour à tour, après une nuit d'insomnie et d'agitation incessante, les mains et les bras toujours en mouvement, rejetant les couvertures, mais avec un tremblement continu et caractéristique, tel que nous l'observions chez nos typhiques. Les lèvres étaient pareillement presque toujours tremblantes et comme convulsées, surtout lorsque la malade s'efforçait à parler; les premiers mots qu'elle réussissait à prononcer étaient suffisamment bien articulés pour être entendus, mais bientôt l'articulation des sons devenait incompréhensible et se changeait en un murmure tremblotant et obscur. D'ailleurs l'intelligence était presque entièrement perdue, et les rêvasseries vaines et sans suite. L'ouïe était devenue dure, et il fallait parler haut et près de la malade pour se faire entendre. Le pouls était petit, concentré, rapide, très irrégulier. Cet état ne pouvait laisser de doute; il se rapprochait trop intimement des symptômes que nous suivions dans les salles quittées par cette religieuse, pour que nous ne la jugions pas frappée du mal contagieux.

La nuit suivante, l'insomnie et l'agitation délirante furent extrêmes; le lendemain, stupeur et accablement en proportion, et tous les symptômes observés la veille se maintenant et même accrus. Il en fut ainsi pendant un septénaire que dura la maladie; le délire, les tremblements des mains et des lèvres, la prostration, la petitesse et l'irrégularité du pouls ne cédèrent pas. Il y eut seulement une apparence de rémission, sous l'influence, sans doute, d'une double application de vésicatoires aux bras et aux jambes et d'un essai mal soutenu des toniques, en particulier du camphre et du quinquina. On ne put réussir longtemps à faire prendre à la malade ces médicaments qui lui répugnaient. Le semblant de rémission ne dura pas, et fut suivi d'un délire plus obscur et d'un affaissement général que la mort termina bientôt. Durant ce temps, j'eus plusieurs fois occasion de découvrir le ventre pour observer l'état du vésicatoire sus-épigastrique; je n'aperçus jamais la moindre trace de pétéchies ni sur l'abdomen, ni sur le devant de la poitrine. Je n'en remarquai pas davantage aux bras, et comme ces régions sont le lieu d'élection de l'exanthème pétéchial, je suis autorisé à croire qu'il n'y eut dans ce cas aucune éruption manifeste. Du reste, la face ne devint jamais rouge et vultueuse, comme il arrive alors que s'opère la sortie des pétéchies. Cependant il n'est pas possible

de méconnaître là les symptômes propres du typhus, la physionomie et la marche de cette affection, et telles qu'aucune autre ne saurait les simuler. C'était donc un typhus sans exanthème, une fièvre pétéchiale sans pétéchies. La débilité du tempérament de cette malade, son excessive impressionnabilité, l'énergie que par suite dut exercer sur cette vitalité débile la matière morbifique, et aussi la violence première de cette matière, donnent sans doute la raison de cette impuissance de la réaction à produire l'exanthème nécessaire. Les forces vitales restèrent accablées sous le coup de l'action délétère du principe virulent, et elles succombèrent, sans que l'art pût suppléer à l'œuvre défaillante et incomplète de la nature.

Nous sommes à même maintenant de décider cette question: Le typhus contagieux appartient-il à la classe des fièvres proprement dites, des fièvres réputées essentielles, ou à la classe voisine, mais distincte, des fièvres exanthématiques? Dans le premier cas, la désignation de cette fièvre sous le mot de *typhus contagieux* me paraît convenable. Ce mot caractérise la maladie d'après son symptôme dominant, la stupeur, et d'après sa qualité la plus saillante, la contagion pour le typhus originaire, ou d'après sa cause étiologique spécifique, le virus contagieux, pour le typhus communiqué. Pourtant, l'expression de *fièvre typhode contagieuse* serait peut-être préférable, en ce sens qu'elle contient le mot générique et important de fièvre, et indique aussitôt le genre et la classe de l'affection. D'après la seconde opinion, qui ferait de cette maladie une fièvre exanthématique, opinion qui me paraît irrécusable, il serait mieux que le nom donné révélât le caractère exanthématique, comme il en est pour les autres fièvres éruptives. Le terme qui conviendrait alors me paraîtrait être celui de *fièvre pétéchiale contagieuse*, accepté d'ailleurs par la plupart des auteurs du dernier siècle, pendant lequel cette maladie a plusieurs fois et très généralement sévi. Une autre question a été soulevée, se rattachant à celle de savoir si cette fièvre est réellement exanthématique : Les pétéchies sont-elles vraiment primitives, et non critiques ou symptomatiques? La réponse ne me paraît pas douteuse, et elle a été donnée par presque tous les bons observateurs. L'exanthème pétéchial est primitif; son apparition précoce, sa constance, sa durée, les funestes effets de sa rétrocession, tout milite en faveur de cette opinion. A tous les points de vue donc, l'expression qui rendrait le mieux les caractères essentiels, le genre et la nature de la maladie, serait celle de *fièvre pétéchiale contagieuse*. Car désigner l'exanthème propre est préférable, sans doute, à désigner par le mot *typhus* le caractère de la stupeur, quelque important que soit ce symptôme. Mais depuis Hildenbrand le mot typhus contagieux a prévalu. Or, en ces questions, l'usage fait loi, et ce n'est pas nous qui nous révolterons contre des termes consacrés, alors surtout qu'ils ne sanctionnent pas des erreurs de doctrine et des confusions manifestes. Cependant nous voudrions que le terme de fièvre pétéchiale contagieuse fût accepté, au moins comme synonymie; la chaîne des temps serait ainsi renouée, et nous ne demeurerions pas étrangers aux descriptions données sous ce titre depuis la renaissance des lettres et des sciences, descriptions trop généralement délaissées, quoique remarquables sous bien des rapports.

Je reprends ma description, avec la confiance que les considérations qui précèdent tendent à en donner le sens et l'esprit, à l'animer en faisant entrevoir l'activité et le but dont elle est l'image. Le septénaire de l'éruption est la période majeure du typhus contagieux; j'ai déjà indiqué la teneur et la marche générale des symptômes durant ce temps, et l'on a pu voir tout ce qu'elles offrent de caractéristique et d'entièrement spécial à cette affection; j'ai exposé avec détail les signes et les variétés de l'exanthème pétéchial, ainsi que les changements qu'il pouvait subir dans son cours, en rattachant ces différences à la nature elle-même de la maladie. Je compléterai maintenant l'étude de ce septénaire par celle des crises funestes qui trop souvent mettent fin à sa durée et à la maladie, et par les signes indicateurs des crises favorables qui doivent se produire dans le septénaire suivant, et que l'on peut souvent présager dès la fin du premier.

C'est pendant cette période que j'ai toujours vu survenir la mort quand elle doit être la terminaison du typhus. Cette mort s'est présentée sous deux formes, chacune succédant aux deux formes graves qui correspondent à l'apparition de l'exanthème pétéchial vrai. La première, qu'Hildenbrand appelle terminaison par apoplexie ou mort apoplectique, se montre après une aggravation progressive ou rapide de l'agitation délirante des nuits et de la stupeur typhomanique du matin et du jour. Le tremblement des bras et des mains, le tremblotement incessant des lèvres, la difficulté extrême de la parole, l'articulation obscure et incomplète des mots, l'anéantissement des facultés intellectuelles, l'hébétude ou l'égarement du regard, la rougeur vultueuse de la face, sont les symptômes qui s'accroissent alors le plus. La dureté de l'ouïe, la surdité même, n'ont pas un caractère fâcheux, et peuvent augmenter sans que la maladie et les autres symptômes deviennent plus redoutables. Lors donc que les symptômes ci-dessus prennent plus de gravité, et qu'en même temps les pétéchies pâlissent, il faut s'attendre à la mort. Si la crise mortelle s'opère durant le jour, la stupeur typhomanique se change en un rhonchus apoplectique, les sens se résolvent, la face pâlit, une sueur froide la couvre ; le malade ne cherche plus à balbutier, et n'est plus excitable sous aucune stimulation extérieure; les soubresauts des tendons devenus forts et continus paraissent dominer le tremblement des mains et des bras; la respiration se fait stertoreuse; l'exanthème s'efface presque; le froid gagne les extrémités ; la mort s'ensuit après quelques heures. Si la crise mortelle doit s'effectuer durant la nuit, les troubles délirants de l'insomnie sont opprimés; la stupeur de jour se prolonge en devenant plus anxieuse et plus chargée, en laissant percevoir à travers elle une exacerbation de tous les désordres internes. Elle se change bientôt en un état stertoreux et d'apparence apoplectique; la mort arrive comme plus haut.

Le second mode de terminaison funeste se rapporte à cette forme de typhus plus particulièrement convulsive, dans laquelle la stupeur du matin ne remplace pas la frénésie nocturne, les malades demeurant convulsés la nuit et le jour. Dans ces cas, les convulsions se montrent de plus en plus prononcées, suivies et générales. Les muscles de la face, les yeux, les bras, les mains, les membres inférieurs, le tronc lui-même, sont perpétuellement agités et tremblotants. Le pouls, petit et concentré, semble ressentir les mêmes et indicibles tremblements. Le malade, qui dans les premiers jours de l'éruption pouvait encore maîtriser un peu les convulsions labiales et articuler quelques mots entrecoupés, ne fait bientôt plus entendre qu'un râle obscur et guttural. La déglutition elle-même devient difficile et se perd ensuite. Bientôt la peau prend un aspect terne et plombé; l'exanthème pétéchial pâlit beaucoup et ne laisse que des traces incertaines; il est remplacé par des vibices plus ou moins larges et nombreuses. La peau se refroidit peu à peu, se

couvre d'une sueur peu abondante et froide. Cet état effrayant se termine enfin par la mort, et, dans tous les cas, du septième au neuvième jour.

J'ai recherché durant cette période d'état de l'exanthème, et en particulier dans les cas graves, si les malades offraient cette odeur caractéristique signalée par quelques observateurs. Deux fois seulement j'ai reconnu ce signe d'une manière frappante. Dans un cas, c'était une forte odeur de souris, que tous ceux qui assistaient à la visite perçurent comme moi; le malade mourut dans le rhonchus apoplectique. Dans le second cas, un malade couvert entièrement de vibices, horriblement convulsé, répandait une odeur si cadavéreuse et si pénétrante, que j'eus beaucoup de peine à rester durant quelques instants dans la chambre où on l'avait isolé, et dont cependant les croisées étaient ouvertes; la putréfaction semblait avant la mort s'être emparée de lui. Ces sortes de caractères ne me paraissent pas propres au typhus.

J'ai maintenant à continuer l'étude de la maladie dans les cas de terminaison favorable. Les signes indicateurs de cette terminaison sont en grande partie négatifs pendant le septénaire qui forme la période d'état de la maladie et de l'éruption. Ils consistent surtout en ce que les symptômes et l'état général n'empirent pas, ne subissent pas après l'éruption d'aggravation manifeste, et que les forces se maintiennent. Dans les cas bénins, pourtant, on saisit vers la fin de ce septénaire un commencement de rémission fébrile et d'affaiblissement dans les symptômes, en même temps que pâlit lentement l'exanthème. Le malade atteint ainsi à la dernière période de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OBSERVATIONS SUR LES CAUSTIQUES A LA GUTTA-PERCHA, par le docteur BOYS DE LOURY, lu à la Société de médecine du département de la Seine, dans la séance du 20 juin 1856.

J'ai essayé à Saint-Lazare de nouveaux caustiques qui ont été présentés à l'Académie de médecine, caustiques préparés à la gutta-percha, dont la première idée est due à M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, qui, dès l'année dernière, avait enlevé plusieurs tumeurs au moyen du chlorure de zinc associé ou combiné à la gutta percha. Ces caustiques ont été manipulés et modifiés avec beaucoup de soin par M. Robiquet. Je désire, dans cet article, faire ressortir les avantages que la pratique en peut retirer, principalement en vue des ulcérations du col de l'utérus.

Dans le service dont je suis chargé, la cautérisation joue nécessairement un grand rôle. Je ne veux pas, en ce moment, discuter son opportunité, attaquée et défendue par les praticiens les plus honorables, tant sous le rapport de l'action du caustique en lui-même que sous celui de la nature des caustiques à employer. Pour moi, je crois avoir déjà démontré leur utilité dans le plus grand nombre des ulcérations de l'utérus.

D'après une thèse récemment soutenue par un de mes anciens élèves, M. le docteur Rossignol, il semblerait que les caustiques fussent les seuls moyens thérapeutiques employés à Saint-Lazare contre ces maladies, et qu'au nitrate d'argent reviendrait presque seul l'honneur de la plupart de ces guérisons.

Oui, dans un grand nombre d'ulcérations superficielles, que certains auteurs (M. Émery entre autres) ont nommées exulcérations, une ou deux applications de nitrate d'argent semblent aider à leur rapide guérison; même souvent aussi, dans ces affections légères, nous ne leur opposons que des injections, le repos et des soins de propreté, et la guérison s'opère par ces moyens si simples. Il en est autrement dans les ulcérations plus profondes: le nitrate d'argent lui-même est loin de suffire, et contre celles-ci j'emploie le plus ordinairement le nitrate acide de mercure, qui, il faut le dire en passant, dans les cas innombrables où je m'en suis servi, ne m'a jamais présenté les accidents de salivation signalés par plusieurs praticiens.

Outre ces caustiques, j'ai également employé l'acide chlorhydrique pur ou mélangé à l'acide nitrique sous forme d'eau régale, et, comme caustique moins puissant, l'acide phosphorique et la teinture d'iode.

L'eau régale limite mal son effet. J'ai vu des accidents occasionnés par son extension au delà des points que je voulais circonscrire; d'autres fois elle me semblait presque sans action. L'acide phosphorique cautérisait trop faiblement pour que je n'aie pas renoncé promptement à son usage.

Quant à la teinture d'iode, si elle ne cautérise pas profondément, elle paraît du moins avoir une influence véritable sur les ulcérations fongueuses, et peut-être même agit-elle dans les engorgements et les hypertrophies du col. Mais, pour les ulcérations graves et profondes, ces caustiques ne suffisent plus. J'avais essayé autrefois un caustique dont les anciens se servaient souvent sous le nom de beurre d'antimoine. Ce chlorure, tombé en déliquescence, s'étend au delà du point que l'on voudrait attaquer. La cautérisation qu'il forme est très profonde, mais elle s'entoure d'une inflammation que j'ai vue quelquefois gangréneuse ou tout au moins accompagnée d'œdème ou de tension des parties voisines, et j'ai dû dès lors renoncer à son emploi.

La pâte de Canquoin, telle qu'elle a été modifiée par son auteur il y a quelques années, c'est-à-dire faite par parties égales de chlorure de zinc et de farine, m'a présenté dans plus d'un cas de grands avantages. Cette pâte, portée, au moyen de petits pinceaux ou d'une spatule, sur le col de l'utérus, donne une eschare dont la profondeur est en rapport direct avec la couche du caustique appliquée sur l'ulcération.

Mais ce caustique, que l'on prépare à l'instant même où l'on en a besoin, se délite facilement s'il n'est pas convenablement préparé, et depuis quelque temps il l'est assez bien dans les officines pour être conservé longtemps à l'état sec et agir avec autant d'énergie après plusieurs mois de préparation; mais son action se fait attendre de trois quarts d'heure à une heure au moins. On est obligé de surveiller la malade pendant tout ce temps et d'enlever le restant de ce caustique, dont l'effet se ferait sentir sur les parties saines si l'on ne prenait cette précaution. J'en dirais autant du caustique à base de chaux et de potasse, dit pâte de Vienne, s'il n'avait été heureusement modifié, il y a douze ou quatorze ans, par le docteur Filhos, qui, en le solidifiant et le faisant couler dans des tubes de plomb, a rendu son application beaucoup plus commode; mais ce caustique, s'il était placé dans des lames de plomb trop minces, ne tardait pas à les corroder: il se formait des fissures par lesquelles suintait le caustique liquéfié et par conséquent perdu; de plus, le plomb fondant à une basse température, on était obligé, pour ne pas déformer les cylindres métalliques, de couler le mélange caustique à la température du rouge sombre, c'est-à-dire au point où il retient encore beaucoup d'eau, et, par conséquent, où il est plus facilement hygrométrique. S'il était coulé dans des tubes épais, son poids le rendait gênant et incommode pour

l'opérateur. Enfin, son action était fort irrégulière, suivant les officines où il avait été préparé. Enveloppé, comme on l'avait fait, dans de la cire, les effets dont je viens de parler n'en étaient que plus rapides.

Un moyen qui semblait présenter quelques avantages, mais seulement dans les ulcérations de très peu d'étendue, et qui a été inventé par un médecin étranger, il y a une dizaine d'années (M. Kemmeser), consiste à avoir un mélange de poudre de Vienne dans un flacon bien fermé, dans lequel on plonge une tige métallique terminée par une olive rougie à blanc. Cette olive, en faisant fondre à sa surface une partie de cette poudre, s'en recouvre, et c'est une couche de pâte de Vienne solidifiée qui se trouve instantanément produite pour le besoin de l'opérateur; mais cette pâte, ainsi préparée, se brise comme du verre, et les fragments peuvent se répandre sur les replis du vagin ou sur le col de l'utérus dans les parties non ulcérées, et occasionner ainsi les accidents de tous les caustiques dont l'action est mal limitée.

Puisque nous nous trouvons amenés aux caustiques puissants, un mot sur le cautère actuel. Dans mon service, l'usage du cautère actuel est tellement restreint, que je ne l'ai employé que dans les cas les plus extrêmes, et si rarement, qu'il se passe quelquefois plusieurs années sans que je juge convenable de l'appliquer. Mes motifs ne sont pas seulement dans l'appréhension bien justifiée que témoignent les malades pour ce mode d'agir, malgré le peu de douleur, il est vrai, qu'elles en ressentent, mais aussi dans les difficultés qui sont offertes à l'opérateur pour limiter convenablement l'action du feu. J'accepte pourtant les petits boutons de feu portés d'une manière multiple non pas contre les ulcérations, mais contre les engorgements du col, méthode préconisée par M. Sédillot, et à laquelle j'ai trouvé de véritables avantages.

Un caustique que quelques praticiens emploient consiste en un mélange de safran et de quelques gouttes d'acide sulfurique, ce qui forme une bouillie assez consistante, noire, un commencement de carbonisation, que l'on applique en couches plus ou moins épaisses sur les parties ulcérées. Pourquoi, dans ce magma, employer le safran plutôt que toute autre substance végétale d'un prix moins élevé et qui produirait, il me semble, une pâte ayant les mêmes propriétés? Cette objection serait peu importante, si l'acide sulfurique n'avait la propriété de s'emparer des liquides qu'il rencontre, et d'étendre, par ce fait, son action d'une manière tout à fait illimitée.

Je viens de confirmer de nouveau ces observations par l'expérience : Une jeune fille, depuis un mois dans mon service, portait une ulcération fongueuse étendue à tout le col, malgré plusieurs cautérisations au nitrate acide de mercure; je cautérisai le 20 mai, avec l'acide sulfurique uni au safran, en portant sur le col une petite partie de ce magma, qui fut recouvert de boulettes de charpie placées avec précaution. La cautérisation fut profonde : il se forma une eschare blanche, épaisse, et qui resta fixée pendant plusieurs jours. Malgré les soins dont nous avions entouré cette malade, une partie du caustique s'est répandue sur le fond du vagin, qui a été cautérisé, des douleurs assez vives se propagèrent du vagin au bassin; il y eut une péritonite légère qui fut facilement combattue, mais qui nous empêcha de revenir à l'emploi d'aucun caustique. L'ulcération est mieux en ce moment, mais n'est pas entièrement guérie. Pour une autre malade, au lieu de safran, nous avons simplement fait dissoudre de la charpie : le mélange a eu la même consistance; la couleur en était seulement différente. Pour le caustique au safran, le ton se rapproche de celui de la sépia; pour l'autre, c'est celui de l'encre de Chine. L'expérience fut faite sur une jeune fille d'une constitution remarquable, entrée depuis peu de jours pour une ulcération profonde et fongueuse à laquelle nous n'avions encore opposé que les injections. Le caustique, appliqué avec le même soin, a cautérisé profondément l'ulcération; mais toute la partie du vagin s'insérant au col s'est trouvée cautérisée également : aucun accident ne s'en est suivi. L'ulcération du col, lorsque l'eschare s'est détachée après quelques jours, a paru moins rouge et moins profonde; mais l'ulcération involontaire du vagin a persisté plus longtemps, et, sur une femme d'une constitution moins forte que celle qui fait le sujet de cette observation, nous aurions peut-être vu se développer des accidents semblables à ceux que nous avions observés sur la personne que nous avions cautérisée avant elle.

Nous avons essayé également un magma fait avec des pétales de roses de Provins, ce qui forma une bouillie épaisse; mais en pensant que les acides tannique et gallique contenus dans ces pétales devaient avoir une influence directe sur l'acide sulfurique, et que, s'ils n'en avaient pas, dans tous les cas, le safran, pas plus que tout autre corps, ne pourrait bien avoir d'autre influence dans cette carbonisation que celle de retenir l'acide sulfurique et de le rendre beaucoup plus consistant; nous avons fait un mélange avec un corps inerte, de l'amiante coupé en très petits morceaux, et mêlé à l'acide sulfurique jusqu'à consistance épaisse. L'application en a été faite sur le col ulcéré d'une jeune fille nouvellement entrée à l'hôpital : dans cette dernière circonstance comme dans les deux premières, et ainsi que dans un essai fait avec les pétales de roses, la cautérisation s'est étendue au cul-de-sac du vagin, malgré la précaution que nous avions prise de laisser le caustique appliqué pendant très peu de temps.

D'après cette revue que je viens d'ébaucher d'une manière très succincte, ce ne serait donc pas une découverte sans importance que des caustiques qui pourraient se conserver sans s'altérer autrement que le caustique Filhos ou la pâte de Canquoin, dont l'action, tout énergique qu'elle serait, pourrait se limiter suivant les besoins de l'opérateur.

L'art médical s'est emparé, dans ces derniers temps, de deux corps qui, après avoir rendu des services auxquels on ne pouvait s'attendre dans les arts et l'industrie, sont venus ajouter de nouvelles ressources dans divers appareils de médecine ou de chirurgie.

Le caoutchouc vulcanisé a déjà montré dans beaucoup d'occasions toute son utilité; la gutta-percha, substance presque semblable à la première, avec des qualités différentes, paraît devoir à son tour prendre rang pour les services qu'elle peut rendre à la science.

En effet, si elle peut être convertie dans l'industrie en cylindres, en conduits, si cette substance peut remplacer le bois, le cuir, etc., elle peut aussi fournir à la chimie des appareils à l'épreuve des acides, des alcalis, des sulfures, des bromures, des iodures, ayant également la propriété de conserver sans s'altérer les alcools et les éthers.

En unissant par la fusion la gutta-percha au *chlorure de zinc*, M. Robiquet, après des essais dont il n'a vaincu les difficultés que par une manipulation habile et qui n'a encore réussi qu'entre ses mains, est parvenu à obtenir des pâtes parfaitement malléables, qu'il a pu mouler en cylindres et couler en plaques.

On peut se représenter la gutta-percha comme une éponge retenant dans ses pores la matière caustique et la défendant

contre l'action hygrométrique de l'air. Il en est de même pour la potasse caustique, qu'elle soit sous la forme de cylindres, de plaques ou de pastilles, ces dernières étant spécialement destinées à obtenir des exutoires.

Le caustique Filhos solidifié est coulé dans une lingotière, puis enveloppé de gutta-percha, et, quoique nous nous soyons servi d'un de ces cylindres depuis plus d'un mois, il ne présente actuellement aucune décomposition.

MODE D'APPLICATION.— *Caustiques au chlorure de zinc; plaques et cylindres.* — Pour cautériser une ulcération du col de l'utérus, on taille dans la plaque un morceau dont la dimension réponde exactement à la surface à cautériser. Le spéculum étant introduit, le caustique, après avoir été préalablement ramolli en le tenant quelques minutes dans les doigts, est placé entre les mors d'une de ces longues pinces qui nous servent à porter sur le col les tampons chargés de substances médicamenteuses, et on le dépose sur l'ulcération; les mucosités qui imprègnent le col font immédiatement adhérer le caustique. Si la lèvre postérieure n'est pas malade, on la protége en la recouvrant d'un peu de charpie; le caustique une fois en place, on recommande à la malade de se coucher immédiatement, de ne pas marcher pour ne pas le déranger; cependant, lorsqu'on a eu la précaution d'appliquer exactement la pâte sur le col et de l'y maintenir au moyen d'un peu de charpie, le repos absolu n'est pas aussi nécessaire qu'on pourrait le croire, et la prolongation de l'application du caustique serait aussi sans danger, car les premières fois, l'ayant retiré après une heure, son action n'était pas complète; elle ne le parut pas non plus après trois heures d'application. Une malade ne s'étant pas couchée après la cautérisation, et le caustique n'ayant été enlevé que le lendemain matin, nous avons pu constater qu'il ne s'était développé aucun accident, que la gutta-percha était restée exactement appliquée sur la surface malade, et que son action ne s'était pas étendue au delà de la surface sur laquelle elle avait été appliquée. Dans nos deux premières observations, on verra que le tampon de charpie fut retiré trois heures après l'application, et que ce temps n'avait pas été suffisant pour que l'action du caustique fût complète.

Maintenant nous laissons la plaque appliquée jusqu'au lendemain, ce qui n'a jamais occasionné d'accident, et voici ce que l'on observe :

Dans les deux premières heures qui suivent l'application, la malade ressent un petit picotement, une légère chaleur dans les parties génitales, mais aucune douleur; ces symptômes disparaissent promptement, puis la malade ne ressent absolument rien.

Lorsque le lendemain nous retirons le tampon de charpie, nous voyons l'éponge de gutta-percha accolée à la surface malade; on l'enlève, et l'on peut constater que l'ulcération est recouverte d'une eschare blanche, molle, épaisse, mais que les parties saines environnantes ont été respectées. L'eschare se détache complétement quelquefois au bout de quarante-huit heures; dans d'autres circonstances, le troisième et le quatrième jour seulement.

Pour conserver les plaques ou les cylindres, il faut les placer dans des tubes de verre hermétiquement fermés contenant de la farine séchée au bain-marie, et avoir soin de secouer ces tubes pour que la farine recouvre bien toute la surface caustique et empêche l'action de l'air.

Les cylindres peuvent servir surtout pour cautériser des trajets fistuleux; on introduit dans le trajet un morceau de cylindre qui ait la même longueur que la fistule, on maintient le caustique en place avec de la charpie et un bandage simple. Le lendemain, le pansement étant levé, on retire la gutta-percha et l'on trouve le trajet cautérisé par le chlorure de zinc, qui a, comme pour les plaques, suinté à travers les pores de la gutta-percha.

Du reste, la potasse caustique en plaques ou en cylindres agit de la même manière que les plaques et les cylindres de chlorure de zinc, et son mode d'application est le même.

Les cylindres de potasse caustique sont surtout très utiles pour poser des cautères; on coupe dans un cylindre un morceau de potasse qui ait en hauteur ce que le cautère doit avoir de profondeur, et, comme il est nécessaire de le faire chaque fois que l'on veut appliquer les nouveaux caustiques sur la peau, on les mouille d'alcool, on les pose sur la surface à cautériser, et on les maintient à l'aide d'un peu de charpie et d'une bande pendant vingt-quatre heures; le lendemain, lorsqu'on enlève l'appareil, on trouve une eschare parfaitement limitée, représentant les dimensions du caustique employé.

Outre ces cylindres, on peut pour les cautères, employer les pastilles de dimensions diverses, qui nous ont parfaitement réussi soit au bras, soit au devant de la poitrine; l'eschare, comme dans les cautères ordinaires, est seulement longue à se détacher.

Quant au caustique Filhos solidifié et recouvert de gutta-percha, son mode d'emploi est très simple.

On enlève avec un canif la gutta-percha dans l'étendue nécessaire pour laisser à découvert la quantité voulue de caustique, on le mouille d'alcool si l'on veut cautériser la peau, et l'on applique directement le caustique. Pour aller cautériser le col de l'utérus ou une cavité profonde, on tient ce cylindre au bout d'une longue pince, et il suffit de toucher légèrement la surface malade avec le caustique.

On verra à l'observation VII comment on doit conserver ce cylindre une fois taillé.

Voici maintenant quelques observations recueillies sous mes yeux par mon interne M. Campardon, dans lesquelles on pourra suivre l'action de ces caustiques dans des circonstances différentes.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Kyste séreux du creux de l'aisselle, développé spontanément chez une petite fille de sept ans et demi; considérations sur le diagnostic; ponction; injection iodée; guérison.

OBS. — Le 14 février dernier, M. le docteur Vosseur m'adressa une petite fille de sept ans et demi, qui portait dans l'aisselle droite une tumeur du volume du poing. C'est le 5 février seulement que les parents, fort intelligents, et qui soignent beaucoup leurs enfants, s'étaient aperçus, en habillant leur petite fille, que la paroi antérieure de l'aisselle de ce côté faisait un relief très prononcé. L'enfant, qui répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse, n'avait rien senti dans cette région, qu'un peu de gêne dans les mouvements du bras, mais jamais la moindre douleur. Effrayés, les parents vont consulter M. Vosseur, qui pense qu'il s'agit d'un kyste axillaire, et m'adresse l'enfant.

Voici ce que je constate :

La paroi antérieure de l'aisselle est bombée, saillante; le muscle grand pectoral est refoulé en avant ; le creux sous-claviculaire est effacé ; la peau a conservé sa couleur normale : pas de rougeur, pas d'empâtement. Seulement, on voit un réseau de veines bleuâtres, dilatées, presque variqueuses, qui couvrent cette région. En soulevant le bras, on voit une tumeur qui fait une légère saillie à la paroi inférieure du creux axillaire. Pas de rougeur; pas de changement de couleur à la peau. Aucune douleur spontanée, aucune douleur dans les divers mouvements de l'humérus, aucune douleur à la pression. On peut donc tout à son aise explorer cette tumeur. *A priori*, en palpant la tumeur, on croirait sentir la mollesse du lipome, parce que la tumeur fuit devant les doigts et se cache plus profondément dans l'aisselle. En portant la main le long de l'humérus, dans le creux axillaire, on arrive à la limite supérieure de la tumeur, et en recourbant les doigts en crochet, on la fixe à la paroi inférieure et interne de l'aisselle. Ce premier examen montre qu'elle n'a aucune connexion avec l'humérus, l'articulation scapulo-humérale et les vaisseaux et nerfs de cette région. Dans cette position, on sent que la tumeur est franchement fluctuante, que ses parois ne sont pas épaissies, indurées. On sent la fluctuation en pressant directement sur elle, et aussi à travers les pectoraux. Sa forme est arrondie, allongée de haut en bas ; elle remonte jusqu'auprès de la clavicule. Elle n'a aucune adhérence avec les côtes ni avec les muscles pectoraux. Elle est située dans le tissu cellulaire du creux axillaire. Elle est tout aussi mobile pendant la contraction des pectoraux que pendant leur relâchement. On apprécie mieux sa forme, sa consistance pendant que les muscles sont contractés. Elle paraît formée de deux loges, de deux bosselures : une supérieure plus petite, une inférieure plus large. Ces deux bosselures communiquent entre elles, et l'on sent la fluctuation de l'une dans l'autre. Pas de battements. La tumeur n'augmente pas quand on fait tousser l'enfant et dans les expirations forcées.

La petite fille est bien faite, bien constituée, un peu maigre, un peu pâle. Rien du côté des ganglions axillaires, aucun gonflement, aucun engorgement ; rien du côté des ganglions cervicaux, sous-maxillaires, etc. L'enfant se porte bien, a bon appétit, dort bien, joue, rit, court, et ne souffre nullement.

Deux questions s'offraient naturellement à l'esprit : Quelle est la nature de cette tumeur? Faut-il s'en rapporter complétement au dire des parents et de l'enfant, et admettre que la tumeur datait à peine d'une douzaine de jours?

La tumeur est arrondie, franchement fluctuante, sans adhérences aux parties environnantes, sans adhérences à la peau, sans inflammation : évidemment il s'agit d'un kyste. Si l'idée d'un lipome pouvait se présenter un instant à l'esprit, l'âge de l'enfant, le début de l'affection, le volume de la tumeur, et surtout un examen plus attentif, éloignaient de suite cette hypothèse.

Un kyste purulent ne se développe pas ainsi, brusquement, sans provoquer de la douleur, de la rougeur, de l'empâtement, etc. En admettant même que l'origine de la tumeur remontât à une époque plus éloignée, ce n'est pas ainsi, sans déterminer de la douleur, que se montrent les kystes purulents.

Un kyste hématique ne se rencontre guère dans cette région ; et puis il faudrait, pour expliquer sa présence, que l'enfant eût reçu un coup, eût éprouvé une violence quelconque dans le creux axillaire. Or, les antécédents, le volume du kyste, sa fluctuation, l'état de la peau des parties voisines, ne pouvaient s'expliquer par cette supposition.

Les kystes hydatiques sont excessivement rares dans cette région et à cet âge de la vie. On ne sentait aucun frémissement particulier.

L'idée d'un kyste séreux se présentait donc naturellement à l'esprit. Les kystes séreux, spontanés, sans engorgement ganglionnaire, ne sont pas communs dans cette région; ils ne se développent pas généralement aussi vite; mais le réseau veineux de la paroi antérieure du creux de l'aisselle, dont j'ai déjà parlé, pouvait faire admettre que probablement l'origine de la tumeur n'était pas de date aussi récente que le disaient les parents et l'enfant elle-même. C'est ainsi que se montrent les kystes séreux : ce sont bien là les caractères de ces tumeurs. Une affection semblable, qui ne provoque aucune douleur, peut bien passer inaperçue pendant un certain temps ; puis, quand ce kyste a eu acquis un certain volume, les mouvements, le frottement des habits ont pu déterminer une exhalation nouvelle et plus abondante; et c'est alors seulement que les parents auront constaté son existence.

Je ne pouvais pas songer évidemment à un kyste sébacé ; je n'y voyais aucun symptôme de cette lésion.

Mon diagnostic fut donc celui-ci : Kyste séreux, spontané, de l'aisselle. M. le professeur Velpeau, à qui je montrai l'enfant, le 15 février, porta le même diagnostic, et me cita plusieurs exemples de tumeurs semblables qu'il avait observées dans la même région.

Le 16 février, je revis la malade avec M. le docteur Vosseur. La tumeur avait grossi au moins d'un quart : point de douleur, point de rougeur. Ce fait confirmait le diagnostic. Les explorations successives, les pressions répétées avaient déterminé une exhalation séro-sanguinolente dans la poche, comme cela arrive si fréquemment dans les collections séreuses.

Ponction. Issue d'un verre environ de sérosité sanguinolente. La poche se vide bien. Pas d'induration ; pas de noyau dur, engorgé. Injection iodée (2/3 eau, 1/3 teinture d'iode). Je laisse l'injection sept minutes : elle provoque une légère cuisson. Je laisse sortir environ les trois quarts du liquide injecté, puis je retire la canule et je ferme l'ouverture avec une mouche de taffetas d'Angleterre. Repos. Compression légère.

Le lendemain, la tumeur a repris le volume qu'elle présentait au moment de l'opération ; elle est un peu douloureuse au toucher. Chaleur modérée ; pas de rougeur. Pas de fièvre ; appétit et gaieté conservés. Cataplasmes.

18 *février*. Pas de fièvre ; pas de chaleur ; pas de rougeur ; pas de douleur. (Purgatif ; frictions avec l'onguent napolitain ; compression modérée.)

19, 20, 21 *février*. Même état, même pansement.

22 *février*. L'enfant se lève et joue. Frictions avec la pommade d'iodure de plomb. Compression modérée.

Pendant quatre semaines, le tumeur reste stationnaire. Les parents me prièrent de faire une nouvelle injection. J'avais présents à l'esprit les conseils de M. Velpeau pour les injections iodées dans les cavités séreuses. Il recommande de ne pas désespérer, même quand la tumeur reste stationnaire pendant six semaines, deux mois après l'injection. Au bout de ce temps, en vingt-quatre heures, la tumeur diminua de moitié. A la fin du mois de mars, la poche inférieure était complétement vide. On sentait, à sa place, un petit cordon dur, noueux. La poche supérieure, profondément cachée sous les pectoraux et remontant sous la clavicule, conservait sa forme et sa consistance primitives. Il fallait un peu de soin pour la fixer et la circonscrire ; elle avait à peu près le volume d'une grosse noisette.

28 *avril*. La petite tumeur a complétement disparu. On sent à sa place un tout petit tuyau dur, de consistance fibreuse. Le cordon noueux, qui remplaçait la première tumeur, a diminué notablement. Plus de saillie de la paroi antérieure de l'aisselle. La guérison est complète.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres, que je me bornerai à énumérer en quelques mots.

Il s'agit d'un kyste séreux axillaire développé spontané-

ment. Il est probable que cette collection a eu pour point de départ un engorgement ganglionnaire qui avait complétement disparu au moment où la malade nous fut présentée. Ce genre de tumeurs est bien rare dans cette région. M. Velpeau en a vu plusieurs exemples, un, entre autres, chez une jeune fille, qui avait les mêmes caractères, et que l'injection iodée a aussi fait disparaître.

Une seule injection iodée a suffi pour obtenir la guérison, et cependant la poche ne fut le siége d'aucun phénomène de réaction, excepté, le second jour, un peu de douleur à la pression. La résolution n'a commencé à s'opérer qu'un mois après l'opération; nouveau fait qui vient à l'appui des opinions de M. Velpeau sur les injections iodées.

Les injections iodées, comme on sait, peuvent agir de deux manières différentes : ou bien en modifiant les parois du sac et la nature de la sécrétion, ou bien en déterminant une exhalation plastique et l'adhésion des parois du kyste. C'est surtout le premier mode d'action que l'on remarque dans les hydrocèles traitées par ce moyen. C'est, sans aucun doute, par l'adhésion des parois du kyste que nous avons obtenu la guérison de la tumeur dont j'ai rapporté l'observation.

Je ne veux pas faire ici l'histoire détaillée des kystes de l'aisselle et l'examen de la valeur des injections iodées. J'ai seulement voulu citer un fait intéressant; aussi bornerai-je là les courtes réflexions que j'ai ajoutées à la fin de cette observation. D[r] L. BAUCHET.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANATOMIE. — *Réclamation de priorité adressée par* M. Henri Müller *à l'occasion d'une communication récente sur l'appareil d'adaptation de l'œil*, communication présentée par M. *Cl. Bernard*, dans la séance du 19 mai 1856, au nom de M. *Rouget*. — M. Müller rappelle qu'il a découvert, dans l'automne de 1855, la partie annulaire du muscle ciliaire, dont il a donné la description dans les Comptes rendus de la Société physico-médicale de Würzbourg (tome VI, cahier 3, p. XXVI, avril 1856). L'auteur a lu devant la même Société une exposition détaillée du mécanisme de l'accommodation chez l'homme et une description de l'appareil de l'accommodation dans l'œil des oiseaux (séances du 15 décembre 1855 et du 26 avril 1856).

Le 7 du mois d'avril 1856, M. Müller a envoyé deux Mémoires, qui traitent des mêmes sujets, à M. Graefe, à Berlin, pour les faire insérer dans la 5[e] livraison des *Archives d'ophthalmologie*.

La communication de M. Rouget n'ayant été faite que le 19 du mois de mai 1856, l'auteur de la réclamation se croit autorisé à regarder toutes les observations contenues dans ses Mémoires, sinon comme antérieures, au moins comme datant de la même époque et indépendantes de celles de M. Rouget. (*Commission nommée* pour l'examen du Mémoire de M. Rouget.)

MÉDECINE. — M. *Ayre* envoie de Hall (Angleterre) un opuscule imprimé, destiné au concours pour le prix du legs *Bréant*. Cet opuscule se compose 1° d'une lettre en français, adressée aux membres de la section de Médecine et de Chirurgie, sur sa méthode de traitement du choléra par l'administration du calomel à petites doses répétées fréquemment pendant toute la période du collapsus; 2° de documents relatifs aux résultats obtenus de cette méthode en diverses parties de la Grande-Bretagne et des États-Unis d'Amérique; 3° d'un certain nombre d'observations prises sur des sujets de différents âges (depuis dix-huit mois jusqu'à quatre-vingt-dix ans). — (Renvoi à la section de Médecine et de Chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du prix *Bréant*.)

TOXICOLOGIE. — *Addition à une précédente communication sur des cas d'empoisonnement qu'on avait cru pouvoir attribuer à la racine de l'Atractylis gummifera.* — Extrait d'une lettre de M *Bouros* (voir le *Compte rendu* de la séance du 28 avril 1855). — M. *Sartoris*, pharmacien de la cour, homme très versé dans la connaissance de la Flore grecque, a été envoyé à l'île de Myconos pour y recueillir des renseignements exacts sur toutes les circonstances relatives à l'empoisonnement de trois enfants, et y faire des recherches botaniques sur les plantes à l'endroit où cet accident avait eu lieu. Il résulte de ses informations que, outre les symptômes relatés par le médecin de la commune, les enfants avaient *tous* présenté du délire et des convulsions. Quant à la plante qui avait donné la mort à ces enfants, M. Sartoris, après un examen soigneux, a trouvé que, parmi les plantes reconnues comme toxiques, il ne pousse à l'endroit indiqué que la *Mandragora vernalis* L. et l'*Euphorbia paralias* L. Outre ces plantes vénéneuses, il a trouvé une grande quantité d'*Echinops viscosus*, ainsi que l'*Atractylis gummifera* L. M. Sartoris pense que ni l'*Atractylis gummifera* ni l'*Euphorbia* n'ont été la cause de la mort; il n'est point possible de manger de l'*Euphorbia*; et pour l'*Atractylis*, il croit qu'à l'époque où l'accident avait eu lieu, cette plante n'avait pas encore poussé ou du moins n'était pas encore assez développée. On ne saurait donc soupçonner que l'*Echinops* ou la *Mandragore*. M. Sartoris a apporté de Myconos une grande quantité d'*Echinops viscosus*; j'en ai fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique. On a administré à un jeune chien de fortes doses des deux extraits sans en obtenir des effets toxiques. Encouragé par ces expériences, un vétérinaire a avalé une cuillerée à bouche d'extrait aqueux sans en éprouver le moindre dérangement.

Il résulte de ces expériences que ce n'est probablement pas à l'*Atractylis*, mais bien à la *Mandragore* que l'on doit attribuer la mort des trois enfants, ce qui me paraît d'autant plus vraisemblable qu'à la suite de l'ingestion de la plante vénéneuse, tous ces enfants avaient été pris de délire et de convulsions.

SURDI-MUTITÉ. — M. *Lecot*, à l'occasion d'une communication récente de M. *Rambosson*, rappelle un travail sur l'éducation des *sourds-muets* qu'il a soumis précédemment au jugement de l'Académie, et sur lequel il espère pouvoir obtenir prochainement un rapport. — (Renvoi à l'examen de MM. *Rayer*, *Velpeau*, *Cl. Bernard*.)

NOMINATIONS. — MM. *Bernard*, *Flourens*, *Rayer*, *Serres*, *Milne Edwards* sont nommés membres de la commission du *prix de physiologie expérimentale* (fondation Montyon).

— MM. *Serres*, *Rayer*, *Velpeau*, *Cloquet*, *Bernard*, *Jobert*, *Duméril* et *Flourens* sont nommés commissaires pour les *prix de médecine et de chirurgie*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1[er] JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation d'un arrêté, en date du 25 juin, par lequel M. le docteur *Depaul* est nommé directeur adjoint du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie : — *a.* Les rapports de M. le docteur *Borrié*, de Bagnères de Luchon, de M. le docteur *Chevalier*, de Provins, de M. le docteur *Jaubert*, de Gréoux, sur le service médical de ces divers établissements d'eaux minérales. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un rapport sur une épidémie de diarrhée et de dysenterie qui a régné dans la colonie d'Ostwald (Bas-Rhin), en 1856, par M. le docteur *Brouillet*. — *c.* Les rapports de M. le docteur *Danvin*, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), de M. le docteur *Bazin*, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Groslay (Seine-et-Oise), de MM. les docteurs *Nivet*, *Calamy* et *Aiguillon*, sur les maladies

épidémiques du département du Puy-de-Dôme, en 1855. — *d.* Le compte rendu des maladies épidémiques des départements de Loir-et-Cher et de la Meurthe. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Un rapport de M. le docteur *Doré*, sur une épidémie de choléra dans l'arrondissement de Saint-Gaudens (Haute-Garonne) en 1855. (*Commission du choléra.*) — *f.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Drôme et d'Ille-et-Vilaine. (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit : — *a.* Une lettre de M. *Barthez* et une lettre de M. *Roger*, qui se désistent de leur candidature pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Brachet*, de Lyon, qui signale la conformité des résultats annoncés par MM. *Vernois* et *Becquerel*, avec ceux qu'il a publiés dans ses *Leçons cliniques sur l'albuminurie et la maladie de Bright.* — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Prosper Hullin*, intitulé : « De l'influence curative de la vaccine sur certaines maladies. » — *d.* Le tableau des vaccinations pratiquées en 1825 dans plusieurs communes du canton d'Ay (Marne), par M. *E. Plouquet.* — Un mémoire sur la variole, la varioloïde et la vaccine, par M. *Gaffé*, de Saint-Valery-sur-Somme. (*Commission de vaccine.*) — *e.* Un mémoire intitulé « Essai sur l'origine de la syphilis en Europe et en Amérique, » par M. le docteur *Mariano Padilla.* (*Comm.* : MM. Ricord et Lagneau.)

M. *le président* annonce à l'Académie que MM. *O. Bang*, professeur à Copenhague, et *Holst*, professeur à Christiania, membres correspondants, assistent à la séance.

Lectures et Rapports.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Heurteloup* donne lecture d'un *Mémoire sur la section mousse immédiate.*

L'auteur développe d'abord le mécanisme à l'aide duquel se trouve tranchée une partie d'un corps vivant ou qui a vécu, quand elle est fortement pressée entre deux pièces de métal dur, non tranchantes, affectant plus particulièrement la forme cylindrique et marchant l'une vers l'autre parallèlement. Cette section est d'autant plus prompte et d'autant plus nette que les cylindres sont plus parfaits et plus identiques, que leur parallélisme est plus régulier, et que la force qui les pousse l'un vers l'autre est plus considérable.

Si les cylindres agissent sur une partie charnue et revêtue des deux côtés d'une membrane muqueuse, ils s'avancent également dans le tissu, et après avoir marché d'une distance égale tous les deux, ils se rejoignent au milieu de la masse qui se trouve tranchée nettement et perpendiculairement.

Si les cylindres agissent sur une partie de manière à correspondre des deux côtés à la peau externe, les deux peaux sont rapprochées; la partie moyenne se trouve d'abord divisée, les deux tuniques sont pressées l'une sur l'autre, leurs parties les plus molles sont chassées par la pression, la partie fibreuse reste, s'aplatit, se lamine, se réduit à une ténuité extrême, en une sorte de parchemin; et enfin la partie laminée de l'une des peaux va se coller et presque se confondre et s'amalgamer avec celle de l'autre peau, de manière à former immédiatement entre ces deux peaux une suture assez résistante.

C'est l'action de ces corps non tranchants sur nos tissus que l'auteur appelle la *section mousse immédiate.*

M. Heurteloup donne ensuite la description de différents instruments propres à pratiquer la section mousse immédiate. Il entre dans de longs détails sur le mode d'action des *sécateurs mousses en lignes parallèles.* Avec ces instruments on fait la section des parties qui présentent peu de saillie. Cette section s'opère en ligne droite, et en général n'a aucun besoin d'une ligature préliminaire de maintien.

L'auteur passe, dans un autre chapitre, à la description de la *section mousse circulaire* ou plutôt *semi-circulaire*, qu'il opère au moyen d'un fil de métal mû par un mécanisme assez puissant pour triompher de la résistance des chairs.

L'action de ce fil métallique est assez semblable à celle de la chaîne articulée que M. Chassaignac emploie pour pratiquer l'*écrasement linéaire.* Pourtant, M. Heurteloup attribue à son instrument les avantages suivants : 1° Il a infiniment plus de puissance. — 2° Il permet la séparation de ce qui fait l'adresse et l'action de l'instrument avec ce qui en fait la force. — 3° Il déploie ses forces d'une manière plus lente, plus graduée et plus pénétrante. — 4° Il ne demande pas tant d'action musculaire. — 5° Il s'applique aux plus petits corps comme aux plus grands. — 6° Il n'exige pas l'opération préliminaire du placement de la chaîne, lorsque l'on fait la section mousse de dedans en dehors. — 7° Il permet enfin l'usage du fil de fer qui se trouve partout et qui n'est pas si exposé à se rompre et à se détériorer que l'instrument dont se sert M. Chassaignac.

La section mousse immédiate circulaire ou semi-circulaire s'applique aux masses charnues volumineuses, dans lesquelles le fil métallique pénètre en étreignant les tissus et en les divisant par la traction préliminaire des fibres et ensuite par leur rupture après une certaine élongation, ce qui donne à ce genre de section mousse une grande analogie avec les plaies par arrachement.

M. Heurteloup énumère ainsi les résultats de la section mousse : 1° Elle produit souvent la cicatrisation immédiate. — 2° Elle ferme immédiatement les vaisseaux artériels et veineux; car elle n'est ordinairement suivie d'aucune hémorrhagie. — 3° Elle ferme les vaisseaux lymphatiques; car après elle la suppuration est presque nulle. — 4° Elle intercepte probablement cet *aura* sensitif qui apparaît souvent dans le nerf après la section par la lame tranchante.

Enfin la section mousse, en fermant les conduits par lesquels s'écoulent les fluides qui forment les solides vicieux, trouble l'ordre avec lequel s'exécute tout désordre dans l'économie, tandis que la lame tranchante respecte cet ordre funeste en laissant les conduits béants. (*Comm.* : MM. Jobert et Bégin.)

ÉLECTION. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre titulaire dans la *section d'anatomie pathologique.*

La section présente la liste des candidats dans l'ordre suivant : 1° M. *Beau.* — 2° M. *Sestier.* — 3° M. *Robin.* — 4° M. *Ménière.* — 5° M. *Barthez.* — 6° M. *Roger.*

Votants, 69 ; majorité absolue, 35.

M. *Beau* obtient 40 suffrages ; M. *Robin*, 15 ; M. *Ménière*, 8 ; M. *Sestier*, 6.

M. *Beau* est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

PHYSIOLOGIE. — M. *Colin*, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'école vétérinaire d'Alfort, lit un travail intitulé : « *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* — Depuis que M. Bernard a reconnu que le suc pancréatique jouit de la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses on s'accorde, à peu près unanimement, à regarder ce fluide comme l'agent spécial de la digestion de ces matières.

Espérant donner un nouveau jour à cette question, M. Colin a eu recours à des expériences directes, précises, exécutées parallèlement à la fois sur des animaux dans les conditions ordinaires et sur d'autres dont le fluide pancréatique était versé à l'extérieur.

Le problème que l'auteur se proposait de résoudre comportait trois points à déterminer, savoir : — 1° Y a-t-il des graisses absorbées sans le concours du fluide sécrété par le pancréas ? — 2° Dans l'affirmative, l'absorption de ces matières se fait-elle suivant les proportions normales ? — 3° Les graisses, absorbées dans ces conditions nouvelles, ont-elles le même état, les mêmes propriétés physiques et chimiques que dans les conditions physiologiques habituelles ?

« Il s'agissait, dit M. Colin, de faire couler pendant un temps assez long le suc pancréatique à l'extérieur et de voir ce qui arriverait au chyle par suite de ce déversement. Les grands herbivores se prêtaient le mieux à ces expériences, par les raisons suivantes : il est facile chez eux de pratiquer une fistule pancréatique, d'ouvrir le canal thoracique en avant de la première côte et de recueillir le chyle ; d'après les quantités de chyle écoulées et les analyses de ce fluide, on peut établir un rapport entre la somme totale des matières grasses absorbées et la somme de celles qui se trouvent dans les aliments ; enfin il est possible chez les ruminants de prolonger beaucoup l'expérience.

» J'ai pris d'abord deux vaches en bonne santé, de même âge et nourries toutes les deux de regain de luzerne depuis une quinzaine de jours. Sur la première j'ai seulement inséré le tube métallique à l'extrémité antérieure du canal thoracique, de manière à recueillir du chyle normal pour le dosage des matières grasses. D'après les analyses faites par M. Lassaigne, ce chyle, recueilli au

moment de la plus grande activité digestive, contenait, pour 1000 grammes, près de 6 grammes de graisse : celle-ci était jaunâtre, fusible entre + 30 et + 36° centigrades, neutre, entièrement saponifiable par la potasse caustique.

» Sur la seconde vache j'ai établi une fistule pancréatique, en évitant que le pancréas ne devînt le siége d'engorgement ou d'inflammation susceptible de réagir d'une manière fâcheuse sur l'état général du sujet. Cette fistule m'a permis de constater de nouveau que la sécrétion pancréatique est intermittente, qu'elle oscille suivant l'activité du travail digestif; que le produit du pancréas jouit toujours, mais à un degré variable, de la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses. Le quatrième jour (c'est-à-dire après un laps de temps plus que suffisant à l'élimination du suc pancréatique versé antérieurement dans les voies digestives), j'ouvris le canal thoracique et j'y fixai un tube d'argent. Immédiatement, et avant le repas, je recueillis un premier flacon de chyle, puis un deuxième quelques heures après le repas, avant que la rumination se fût établie; enfin, dans la soirée, alors que l'animal, après avoir bien ruminé, se trouvait en pleine digestion, je recueillis une troisième quantité de chyle. Le chyle pris à ces divers moments avait l'aspect, la consistance, le degré de coagulabilité qui lui sont habituels. Son opalinité, sa teinte laiteuse, faisaient présumer qu'il devait contenir de la graisse. Effectivement, au microscope, outre les globules blancs, on y voyait des granules graisseux; et M. Lassaigne, par l'analyse chimique, trouva dans les trois flacons les quantités suivantes de matière grasse : dans le premier, 3gr,71; dans le second, 3gr,31; dans le troisième (chyle pris pendant le temps de la plus grande activité digestive) 5gr,07. Ce dernier chiffre est donc à peu près égal à celui donné par la vache servant de point de comparaison, et obtenu aussi lorsque le travail de la digestion était le plus actif. Chez ces deux animaux cette graisse présentait une identité complète, c'est-à-dire qu'absorbée avec ou sans le concours du fluide pancréatique, elle avait absolument les mêmes qualités.

» Comme il résulte de mes expériences que la quantité de liquide versée par le canal thoracique dans le système veineux doit être, terme moyen, d'au moins 80 kilogrammes pour un bœuf de taille ordinaire, la masse de graisse contenue dans cette proportion de liquide s'élève de 300 à 400 grammes. Or puisque, d'après M. Boussingault, la ration diurne d'un animal de l'espèce bovine représentée par 12,500 grammes de fourrages secs contient environ 500 grammes de matière grasse, les quatre cinquièmes de celle-ci peuvent être digérés et absorbés.

» En résumé, sans l'intervention du fluide pancréatique il est manifeste :

» 1° Que les graisses sont digérées et absorbées ;

» 2° Que leur absorption s'effectue encore suivant les proportions normales;

» 3° Que ces matières se trouvent alors identiques sous le rapport de leur état, de leurs propriétés physiques et chimiques à ce qu'elles sont dans les conditions physiologiques ordinaires. » (*Commission* déjà nommée pour l'examen du travail de M. Colin sur la glycogénie.)

Présentation. — M. le docteur *Vigier* présente à l'Académie un petit garçon de quatre ans, dont le bras et l'avant-bras gauches sont revêtus, dans toute leur étendue, d'une peau de couleur noirâtre, rude au toucher, hérissée de papilles hypertrophiées, recouverte d'un poil long et soyeux et doué d'une sensibilité tout à fait obtuse et rudimentaire. Cette altération cutanée est congénitale. Quand on interroge la mère de l'enfant sur les particularités du temps de sa gestation, elle répond qu'elle s'est arrêtée quelquefois avec complaisance devant le palais des singes, au Jardin des plantes, pour jouir du spectacle de leurs espiégleries. M. Vigier signale ce fait sous toute réserve et sans lui accorder une valeur étiologique.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société anatomique.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'année 1855, par le docteur Axenfeld, secrétaire.

(Suite et fin. —Voir les numéros 12, 15, 21, 24 et 26, t. III.)

Organes génito-urinaires.

Reins, vessie, urèthre.

Nous devons à M. Lala un nouvel exemple de *rein unique*. Les deux organes étaient soudés par un pont placé au-devant de la colonne vertébrale. Cette anomalie n'est pas rare; cependant, il faut savoir gré au présentateur du soin avec lequel il l'a décrite. Nous en dirons autant d'un cas d'*hydronéphrose* rencontré par M. Topinard. — Sur une pièce de M. Bouvyer, les kystes multiples qui convertissaient le rein en une poche multiloculaire, vous ont frappés par les caractères hématiques du liquide qui les remplissait et qui leur donnait une grande analogie avec les kystes de l'ovaire. — Je mentionnerai encore une *néphro-pyélite* qui vous a été présentée par M. Poisson, et un cancer du rein, par M. Fournier. — Le *cancer de la vessie* chez la femme n'est le plus souvent que l'extension d'un cancer utérin : sur une pièce de M. Moysand vous avez pu le voir complétement isolé.

M. Raoul Leroy (d'Étiolles) a soumis à votre examen une série de *calculs :* 1° un calcul rénal rameux, formé de phosphate calcaire, avec atrophie du rein sous l'influence d'une néphrite chronique; 2° une réunion de petits calculs cubiques formés par du phosphate ammoniaco-magnésien; 3° un petit calcul prostatique, rond, semblable à un caillou poli par le jet de l'urine; 4° deux volumineuses pierres d'acide urique rendues par des femmes; 5° cinq fragments qui résultaient de la déhiscence spontanée de deux calculs vésicaux; 6° enfin un calcul de cystine. Sur toutes les intéressantes questions de chimie et de pathologie que soulève la composition de ces divers calculs, vous trouverez des renseignements dans le savant rapport de M. Dufour.

On rencontrerait difficilement dans les annales de la science un cas d'*hypertrophie de la prostate* plus considérable que celui trouvé par M. Leplat chez un malade de la Maison de Santé. La prostate avait 9 centimètres de long sur 8 de large; elle dépassait de 4 centimètres la symphyse des pubis; cette circonstance et la présence dans les urines d'une certaine quantité de sang avaient fait penser à un carcinome de la vessie ; l'examen de la pièce vous a permis de voir qu'il n'y avait là aucun produit accidentel, rien qu'une augmentation de la masse glanduleuse avec agrandissement notable des canaux qui la traversent.

M. Dumont-Pallier vous a fait voir un vaste *clapier purulent* placé derrière la prostate et résultant d'une déchirure de l'urèthre qui avait été suivie d'infiltration urineuse et de gangrène du scrotum et du périnée.

Chez un individu mort à la suite d'une séance de *lithotritie*, M. Foville a trouvé dans la portion prostatique de l'urèthre, les fragments du calcul vésical broyé. Le malade avait succombé à une infection purulente. M. Denucé a noté que c'est là un genre d'accident étranger à l'opération de la taille, et dont il faut tenir compte quand on établit un parallèle entre cette opération et la lithotritie. — Les pierres trouvées par M. Foville étaient d'un noir d'ébène, formées par de l'oxalate de chaux; et vous vous rappelez les observations faites par M. Caudmont sur le développement de ces calculs qui paraissent particuliers au jeune âge et s'offrent constamment avec les mêmes caractères physiques et chimiques.

Bien des incertitudes règnent encore dans la science relativement à la cause anatomique des *rétrécissements de l'urèthre*. Cette cause réside-t-elle dans la membrane interne elle-même, ou dans le tissu spongieux sous-jacent? ou dans les deux à la fois? Des travaux récents tendent à établir, il est vrai, qu'une altération particulière de la muqueuse est *constamment* le point de départ de ces lésions. Cependant la question n'est pas tellement élucidée, qu'il ne faille recueillir soigneusement les rares pièces anatomiques qu

viennent l'éclairer. Nous devons à M. Caudmont un exemple de rétrécissement où le corps spongieux de l'urèthre était manifestement altéré : au niveau du point rétréci, il était beaucoup moins épais, moins vasculaire et offrait à l'incision un noyau fibreux. En même temps, « la membrane muqueuse était rouge, injectée, légèrement altérée, et son tissu rappelait celui des cicatrices. » Ces lésions de la muqueuse, M. Caudmont les place au second plan et les regarde comme consécutives ; il nous suffira de constater qu'elles étaient des plus notables. Sur une autre pièce qui a été disséquée avec soin par M. Boullard, la muqueuse était seule malade, une bride fibreuse, également saillante en dedans et en dehors occupait toute son épaisseur, tandis que le tissu spongieux a pu être disséqué et reconnu sain dans presque toute son étendue. Mais il y a tel rétrécissement où les lésions pourraient être beaucoup moins manifestes sans être moins réelles; on en trouve des exemples dans le livre de M. Reybard. On y trouve aussi la preuve de l'absolue nécessité qu'il y a pour reconnaître l'existence d'un rétrécissement, de mesurer la membrane muqueuse, et de comparer le degré d'élargissement dont elle est susceptible dans les différentes parties de l'urèthre. N'est-ce pas faute d'avoir fait cette épreuve que l'on a si souvent affirmé l'intégrité de la membrane muqueuse?

M. Duchaussoy nous a dit que, dans un cas de rétrécissement parfaitement constaté pendant la vie à 4 centimètres du méat, la muqueuse était saine, et le corps spongieux... également sain ! Il est vrai que ce n'était là qu'un souvenir, et que la pièce n'a pas passé sous les yeux de la Société anatomique ; mais cela prouve au moins que des lésions peu prononcées peuvent échapper même à un observateur consciencieux qui les recherche avec la pensée de les trouver.

Cette intégrité prétendue de la membrane muqueuse me semble bien difficile à concevoir. Comment cette membrane ne révélerait-elle que par l'absence de toute lésion l'inflammation chronique dont elle est le siége, et qui se manifeste si souvent par une blennorrhée chronique chez les sujets affectés de rétrécissements? Comment comprendre surtout que la phlegmasie puisse quitter complétement la muqueuse au début du rétrécissement (dont une blennorrhagie est le point de départ le plus habituel), pour passer dans le corps spongieux d'abord, et revenir ensuite à la membrane muqueuse quand le rétrécissement a eu le temps de vieillir? Car c'est là ce que semble admettre M. Caudmont. Il dit : lorsque la membrane muqueuse est malade, c'est une preuve que le rétrécissement est *très ancien*.

M. Caudmont, dans une autre présentation, vous a fait part de ses recherches sur la *fossette naviculaire* de l'urèthre.

Ayant lié le canal à son extrémité antérieure et injecté du plâtre par l'orifice vésical, il a obtenu un moule qui, loin de se renfler au niveau du gland, s'y rétrécissait au contraire notablement ; de même en étalant l'urèthre, préalablement ouvert sur la ligne médiane, en le tendant transversalement avec des épingles, il ne constate pas que les parois soient élargies dans la portion où, d'après l'indication des auteurs, on s'attendrait à trouver un renflement. M. Caudmont en conclut qu'au niveau du gland l'urèthre n'est pas plus *dilaté* qu'ailleurs, ou pour mieux dire qu'il n'y est pas plus *dilatable*, car ce sont là deux termes synonymes. La cavité de l'urèthre, est, si j'ose ainsi parler, toute virtuelle : que l'on se figure le trajet d'un trocart, une fois l'instrument retiré. Cette cavité n'apparaît qu'à la condition d'être parcourue par un corps qui en distende les parois et fasse momentanément cesser leur état d'affaissement et d'exacte contiguïté. La connaissance de ce fait capital sert de fondement à la théorie de M. Reybard sur les rétrécissements de l'urèthre ; c'est de ce fait aussi que découle l'indication de l'uréthrotomie profonde, telle que ce chirurgien la pratique. En effet, d'après l'auteur que je viens de nommer, les rétrécissements ne sont pas ici ce qu'ils sont dans d'autres conduits, habituellement béants, comme les vaisseaux, les intestins. A l'état de repos, la cavité uréthrale est complétement fictive, elle ne saurait dès lors être plus étroite dans un point que dans un autre. Ce qui existe dans les cas de rétrécissements, ce n'est pas une saillie, une bride, une valvule, un diaphragme ; c'est un changement dans la structure des parois ; c'est un tissu analogue à celui des cicatrices remplaçant la membrane muqueuse normale. Que des liquides ou des sondes viennent alors à traverser l'urèthre, à écarter ses parois, à y faire naître temporairement une cavité, ou bien que sur le cadavre on fende l'urèthre et que l'on tire ses parois en sens opposé, qu'arrivera-t-il? Les points, les lignes, les surfaces où la substitution de tissu a eu lieu, s'opposeront à la distension, ils résisteront plus que les points voisins, et le rétrécissement apparaîtra ; il sera valvulaire, semi-lunaire, canaliculé, etc., suivant que la lésion de la membrane muqueuse affectera elle-même telle ou telle disposition. Cette idée a conduit M. Reybard à regarder comme purement palliatives les méthodes de traitement qui ne restituent pas à l'urèthre ses dimensions premières, soit en ramenant sa membrane muqueuse à son état normal, ce qui, jusqu'à ce jour, ne semble pas plus réalisable que la guérison d'une cicatrice, soit en créant un supplément à ce canal par la section du corps spongieux.

Si j'ai rappelé ces idées, c'est qu'il m'a semblé que les objections produites au sein de la Société contre les moyens employés par M. Caudmont, ne sont pas suffisantes pour diminuer la valeur du résultat qu'il a constaté. L'injection d'une substance solidifiable, la tension transversale des parois du canal, sont des procédés défectueux, sans doute, quand on veut déterminer les *dimensions* de l'urèthre, mais elles suffisent parfaitement pour établir l'inégale largeur des différentes régions de ce canal. Si en répétant ces expériences, M. Caudmont parvenait à démontrer qu'au niveau du gland, l'urèthre n'est pas plus *dilatable* qu'ailleurs, c'est qu'en effet, la fosse naviculaire n'existerait pas.—Mais voici l'opinion de M. Malgaigne qui semble de nature à mettre tout le monde d'accord : M. Malgaigne a presque toujours constaté l'existence d'un élargissement de l'urèthre au niveau du gland ; d'autres fois il l'a vu manquer.

MM. Foucher et Verneuil vous ont montré un *orifice* assez large conduisant dans un cul-de-sac passablement profond, placé *au voisinage de l'orifice uréthral* de la femme. M. Foucher considère cet orifice comme celui d'un follicule ayant acquis un développement insolite. M. Verneuil en avait d'abord donné la même interprétation, mais il vous a ensuite soumis une autre manière de voir plus séduisante : cet orifice ne serait-il pas la trace des conduits découverts par le professeur Gartner chez les animaux, et dont l'existence a été quelquefois constatée dans l'espèce humaine? Cette opinion a été émise par M. Rouget.

M. Dolbeau vous a présenté une pièce fort intéressante destinée à établir *l'absence du gland du clitoris*, en tant qu'organe érectile du moins, et à démontrer d'une manière plus précise les dispositions anatomiques du réseau veineux intermédiaire.

Vous rappellerai-je les charmantes pièces que M. Jarjavay a fait passer sous vos yeux, et sur lesquelles vous avez vu le raphé médian indiquant la séparation en deux moitiés symétriques du corps spongieux dans toute l'étendue de l'urèthre ; le gland formé de deux moitiés qui ne sont que la prolongation de ce double corps spongieux déployé en forme de capuchon au devant des corps caverneux de la verge ; enfin la structure du gland qui est composé non d'un tissu érectile proprement dit, mais d'un amas très serré de veines.

Testicule.

M. Godard vous a fait voir une belle pièce d'*hématocèle* de la tunique vaginale ; une autre vous a été montrée par M. Marcé, qui, par une dissection attentive, est parvenu à reconnaître un ancien kyste sanguin de la tunique vaginale dans une tumeur placée à la partie supérieure du testicule.

Les *collections purulentes enkystées* au sein de la glande séminale sont assez rares pour que M. Verneuil ait mis tout le soin possible à constater l'exacte position d'une de ces collections qu'il vous a soumises.

L'origine des *kystes spermatiques* constitue une question à l'ordre du jour, pour la solution de laquelle on interroge l'anatomie de développement, la physiologie et l'anatomie pathologique. A ce titre,

une pièce que M. Marcé vous a soumise (et qu'il a du reste décrite dans sa thèse), a excité votre intérêt. Le kyste, biloculaire, placé entre le testicule et l'épididyme, correspondait à la partie inférieure du cordon; dans ce cas on pouvait donc, avec quelque vraisemblance, y voir le résultat de l'ampliation *du vas aberrans Hallerii;* M. Broca adopte cette opinion. Le kyste ne communiquait d'ailleurs par aucun pertuis visible avec le reste des vaisseaux spermatiques; le liquide opalin qu'il contenait montrait au microscope des animalcules en grande abondance.

M. Charnal vous a présenté un *sarcocèle encéphaloïde* qui a été de la part de M. Decès l'objet d'une remarque fort judicieuse : le malade portait depuis longtemps un engorgement probablement inflammatoire de l'un des testicules ; un cancer se développe chez cet homme, et contrairement à ce qu'on eût pronostiqué, il y a quelques années, sous l'empire de l'école dite physiologique, ce cancer va frapper le testicule resté sain jusqu'alors, il respecte son congénère tout gonflé qu'il fût d'irritation prédisposante !

M. Godard qui s'occupe avec prédilection des maladies des organes génitaux, vous a fait part de quelques observations intéressantes. Il vous a montré un *testicule cancéreux* et plusieurs *testicules tuberculeux* sur lesquels le cordon, au lieu d'être situé en arrière, est déplacé de façon à décrire une anse qui soutend le testicule en bas, puis remonte le long de sa face antérieure ; disposition qu'il est plus aisé de mettre sur le compte d'une variété anatomique, que d'expliquer d'une manière satisfaisante. — M. Godard a insisté en outre sur les cas où des tubercules placés dans la partie postérieure de la glande spermatique font croire à une maladie de l'épididyme. Il est probable que des erreurs de ce genre sont souvent commises; de là peut-être l'importance exagérée que l'on a accordée à l'engorgement de l'épididyme, puisqu'il est considéré par les auteurs comme à peu près constant dans les tumeurs tuberculeuses des bourses ; n'en a-t-on pas fait même un des principaux éléments du diagnostic différentiel de ces tumeurs?

Ovaires.

Les *kystes de l'ovaire* appartiennent aux lésions les plus communes. Cependant, ceux qui vous ont été montrés par M. Provent présentaient de l'intérêt à cause d'une dilatation énorme de la trompe qui mesurait 35 centimètres depuis son origine à l'utérus jusqu'à son pavillon.

M. E. Nélaton vous a fait voir un *kyste* de l'ovaire *suppuré* et ouvert dans le cæcum, M. Delestre un kyste complétement *ossifié:* c'était une boîte sphérique complétement close, renfermant un peu de sérosité rougeâtre, ses connexions avec l'ovaire étaient évidentes. — M. Luys vous a communiqué un cas de *cancer secondaire de l'ovaire,* chez une femme atteinte de diathèse cancéreuse; le point de départ de l'infection générale avait été un carcinome des mamelles.

M. Foville vous a présenté un *œuf abortif* expulsé en même temps que la caduque. Par une bizarrerie difficile à comprendre au premier abord, *la caduque était complétement retournée*, de manière à présenter au dehors sa surface épithéliale et ses orifices glandulaires, tandis que la face opposée regardait en dedans. Quant à l'embryon, il avait disparu par une dissolution dont vous trouverez un autre exemple dans une note de M. Broca. M. Coste, qui a fait l'examen de la pièce de M. Foville, a déterminé avec beaucoup de sagacité la cause de cette inversion ; il l'attribue à ce que la caduque, déjà isolée des parois de la matrice, était probablement restée adhérente par son extrémité inférieure au col de cet organe, et que, poussée par les contractions utérines, elle s'est ainsi invaginée dans sa propre cavité.

Utérus, vagin.

M. Godard a rencontré sur le vivant *deux anomalies* curieuses, dont il vous a montré le dessin et communiqué la description détaillée. L'une d'elles consistait en un *rétrécissement du vagin* à 3 centimètres et demi de profondeur. A partir de ce point, on ne trouvait plus qu'un canal étroit, et à son extrémité la sonde rencontrait un corps solide, probablement le museau de tanche. La seconde anomalie est une *cloison verticale* divisant le vagin en deux conduits secondaires, l'un droit et supérieur, l'autre gauche et inférieur, ce dernier étant le plus spacieux (j'ai noté la même disproportion dans la plupart des faits du même genre consignés dans un certain nombre de recueils scientifiques, et notamment dans vos Bulletins). Chacun de ces conduits aboutissait à un col utérin distinct, et chose remarquable, le sang menstruel ne coulait pas en même temps par les deux matrices : l'une était souvent en retard sur l'autre.

MM. Foucher, Marcé et Charnal ont mis sous vos yeux des *polypes fibreux* de l'utérus. Comme la Société voit tous les ans des exemples très nombreux de ces tumeurs, je ne m'y arrêterais pas plus longtemps, si l'une des présentations appartenant à cette catégorie, et qui vous a été faite par M. Marcé, n'était devenue l'objet d'un excellent rapport de M. Foucher et le point de départ d'une intéressante discussion. M. Foucher, distinguant avec raison les corps fibreux sessiles et intra-pariétaux des polypes fibreux proprement dits, a fait ressortir les différences qui séparent ces deux classes de tumeurs, les unes presque toujours inoffensives, les autres provoquant une foule d'accidents qui réclament l'intervention de la chirurgie. Notre collègue a discuté aussi la valeur des différentes méthodes mises en usage pour l'ablation de ces tumeurs ; il a énuméré les avantages de l'excision simple non précédée des dangereuses tractions que Lisfranc recommandait dans le but d'abaisser l'utérus et de l'amener près de la vulve.

Cependant, les corps fibreux sessiles et intra-pariétaux ne sont pas non plus entièrement exempts d'inconvénients : ils peuvent, en obstruant la cavité utérine, devenir une cause de stérilité, comme M. Barth en a vu un exemple. L'obstacle à la conception, toutefois, n'est pas absolu, puisqu'on a vu de ces tumeurs accompagner la tête de l'enfant à sa sortie du bassin. M. Jarjavay vous a cité un cas de ce genre. J'ajouterai qu'en 1850 M. Moreau vous a communiqué le fait d'une tumeur fibreuse ayant le volume d'une tête de fœtus, et qui n'avait nullement entravé la grossesse ; l'extraction en a été pratiquée quinze jours après l'accouchement. A l'occasion de cette communication de M. Moreau, M. Barth avait signalé déjà l'erreur qui consiste à prendre un volumineux polype pour une chute de la matrice. Il nous a rappelé le même fait cette année. Lorsqu'il y a chute utérine et présence d'un corps fibreux, le diagnostic est plus difficile et surtout l'opération plus délicate ; elle peut cependant être pratiquée avec succès, et M. Jarjavay l'a exécutée d'après un procédé fort ingénieux.

M. Marcé vous a montré une *tumeur fibreuse* faisant saillie entre les lèvres du col utérin, et *perforée dans toute sa longueur* d'un canal par lequel s'écoulait le sang menstruel. La conformation de ce polype et sa ressemblance à peu près complète avec le museau de tanche avaient induit en erreur un grand nombre de chirurgiens.

M. Depaul vous a apporté une tumeur de la lèvre postérieure du col reséquée au moyen de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. La structure de cette production était fort remarquable : elle semblait formée par une *hypertrophie des culs-de-sac folliculaires*. Une autre tumeur du col utérin, également fort intéressante au point de vue histologique, a été rencontrée par M. Verneuil. Cette fois les glandes n'offraient aucune altération, mais il existait une *hypertrophie* évidente *des papilles* de la membrane muqueuse.

Ces deux tumeurs ne contenaient donc aucun élément étranger à la structure normale. Mais voici deux autres exemples bien plus remarquables encore de production *homologue* de l'utérus. L'un d'eux est dû à M. Perret : Une femme meurt avec les signes d'une cachexie et avec une gangrène de l'une des jambes ; on trouve dans l'utérus quelques corps fibreux pédiculés; mais de plus les parois de l'organe sont infiltrées d'*épithélium* ; une tumeur volumineuse comprime l'aorte au niveau de sa bifurcation terminale; cette tumeur ne contient encore que de l'épithélium.

L'autre exemple vous a été communiqué par M. A. Fournier : *Épithélioma* superficiel, papilliforme, du col utérin ; amputation du col pratiquée dans les tissus sains; plusieurs mois après, et le col demeurant sain, tumeur dans la fosse iliaque ; à l'autopsie, les or-

ganes génitaux sont sains, mais on trouve une masse énorme, intimement adhérente à l'os coxal, dont la surface est comme érodée. Le microscope ne constate dans cette tumeur que de l'épithélium.

Ces deux faits soulèvent tant de questions importantes, que le plus sage est peut-être, quant à présent, de les enregistrer, sauf à en tirer plus tard des conclusions qu'ils contiennent, et que le rapprochement avec d'autres faits pourra seul rendre légitimes.

L'utérus n'a pas d'axe, dit M. Cruveilhier, et cette proposition, qui a été fort controversée, se trouverait confirmée par le fait suivant, dont nous devons la communication à M. Goupil. Chez une femme atteinte d'un *phlegmon péri-utérin*, on a pu suivre les déplacements successivement éprouvés par la matrice. On trouva successivement le col regardant en avant, puis en arrière, puis à gauche, en même temps que son angle gauche était plus antérieur, enfin à droite. La situation du corps a varié comme celle du col ; d'abord simplement élevé, il s'est abaissé, s'est incliné ensuite en arrière, puis en avant, puis dans les deux sens latéralement; de presque vertical qu'il était primitivement, il est devenu horizontal; toutefois, sans éprouver aucune flexion. Dans la même observation, nous voyons un exemple bien remarquable d'*inflammation de la trompe utérine*, reconnaissable pendant la vie à une tuméfaction transversale en forme de cordon, étendue de l'utérus à la fosse iliaque ; à l'autopsie, elle était caractérisée par l'injection du tissu cellulaire sous-péritonéal, par la présence d'un liquide sirupeux, sanguinolent, par l'épaississement extrême, la coloration gris-rougeâtre et l'aspect villeux de la membrane muqueuse. Les autopsies de ce genre sont fort rares, et le fait de M. Goupil porte avec lui son enseignement.

M. Gallard, mettant à profit deux pièces anatomiques qui vous ont été présentées par M Fleuriot et M. Bouvyer, a lu, à l'une de vos dernières séances, un travail complet sur les *hématocèles rétro-utérines*. Ce mémoire se résume en une ligne, et c'est le meilleur éloge à en faire : *L'hématocèle rétro-utérine peut jusqu'à un certain point être considérée comme une grossesse extra-utérine, moins le produit de la conception.* Pensée conforme à celle de M. le professeur Laugier. Par l'analyse de tous les faits d'hématocèle parvenus à sa connaissance, M. Gallard s'est trouvé conduit à établir que le sang de ces kystes est fourni par l'ovaire ou par les veines qui en émergent; les causes déterminantes (qui consistent en une action traumatique ou en une simple rupture d'une vésicule de Graaf) n'ont d'efficacité qu'autant que l'ovaire est déjà congestionné. Suivant qu'une cause traumatique ou physiologique a déterminé l'hématocèle, la tumeur est intra ou extra-péritonéale.

Notons que dans l'un des kystes présentés à la Société comme une hématocèle, la découverte d'un petit embryon enseveli au milieu d'une masse de caillots a seule pu décider du genre de tumeur qu'on avait sous les yeux.

M. Gallard a fait précéder son mémoire de l'historique des opinions qui ont régné au sujet des hématocèles rétro-utérines. Qu'il me permette de lui signaler le passage suivant, extrait de nos bulletins de 1853, et dans lequel M. Denucé exprime, relativement à ces tumeurs, une opinion analogue à celle de M. Laugier :

« Les tumeurs sanguines du bassin ne sont-elles pas toujours le résultat d'une grossesse extra-utérine analogue à celle que nous avons sous les yeux, avec cette différence que l'embryon, étant arrivé à une période moins avancée, passerait ordinairement inaperçu. »

Grossesses extra-utérines.

L'analogie sur laquelle nous venons d'insister nous fournit une transition toute naturelle pour passer des kystes rétro-utérins aux grossesses extra-utérines. Celles-ci se sont présentées à votre examen au nombre de quatre, en y comprenant le fait de M. Fleuriot déjà mentionné, de cinq en y ajoutant celui de M. Dumont-Pallier, dont la publication appartient au bulletin de 1856. Je me bornerai à vous rappeler les trois exemples de grossesse extra-utérine qui vous ont été montrés par M. Martin, M. Parisot et de M. Castelnau au nom de M. Lépine.

Dans le fait de M. Martin, que l'on avait d'abord considéré comme un exemple de grossesse tubo-ovarique, mais que M. Bonfils a très judicieusement restitué aux *grossesses tubo-abdominales*, le diagnostic n'avait pas été porté du vivant de la malade ; une hémorrhagie intra-abdominale, puis une péritonite, ont déterminé la mort.

L'embryon était âgé de deux mois environ.

Dans le fait de M. Lépine, *grossesse tubo-abdominale* méconnue pendant la vie, hémorrhagie abdominale; embryon de six à sept semaines environ.

Dans l'observation de M. Parisot, *grossesse tubaire* non diagnostiquée (la malade était atteinte d'un ramollissement du cerveau), hémorrhagie intra-péritonéale; embryon de trois mois.

On le voit, ces trois faits offrent entre eux une grande et bien fâcheuse ressemblance : le diagnostic difficile ou impossible, et la terminaison, dès les premiers mois de la grossesse, par une hémorrhagie mortelle.

M. Blot a soumis à votre examen le placenta d'une **Grossesse gémellaire.** Il a développé les conséquences pratiques qui découlent de l'étude de ce placenta relativement à la ligature du cordon. Vous avez remarqué sur cette pièce des anastomoses existant, d'une part, entre les artères ombilicales du même cordon, et, d'une autre part, entre les vaisseaux placentaires des deux fœtus. L'un des cordons était inséré sur les membranes et non sur le placenta lui-même, et M. Blot a observé avec raison que cette disposition, à défaut de preuves plus directes, suffirait pour établir que l'allantoïde se comporte, dans l'espèce humaine, comme chez les animaux : qu'elle se déploie sur toute la surface interne du chorion pour le vasculariser.

Monstruosité.

Nous devons à M. Depaul la présentation d'un enfant affecté d'une *monstruosité* dont voici les traits principaux : deux faces complètes et remarquables par leur ressemblance ; deux oreilles latérales régulières, une médiane imparfaite; les deux crânes distincts en avant, confondus postérieurement en une cavité unique à paroi membraneuse ; le rachis ouvert ; un cou très large, ainsi que le thorax et l'abdomen ; membres supérieurs et inférieurs, organes génitaux du sexe masculin, conformés comme à l'état normal.

La dissection faite par M. Depaul lui a révélé les détails suivants : chacune des faces avait un squelette complet ; un crâne formé de quatre frontaux, deux temporaux, un seul sphénoïde postérieur et un seul occipital comprenant l'os basilaire, les deux occipitaux externes et les deux points d'ossification appartenant à l'écaille occipitale; ce crâne, double en avant, simple et incomplet en arrière, se continuait avec une colonne vertébrale divisée sur la ligne médiane... (M. Broca a parfaitement prouvé que c'est à un double spina bifida antérieur et postérieur, et non à une duplicité de la colonne vertébrale, qu'était due cette disposition.) La substance nerveuse était diffluente, ce qui jette quelque incertitude sur la détermination des parties de l'axe cérébro-spinal qui étaient absentes.

Aux deux bouches succède un seul pharynx très ample ; le larynx aussi est simple ainsi que tous les viscères du thorax et du ventre. Il est presque inutile d'ajouter que le squelette des membres ne présente aucune trace de duplicité.

Ce cas étant très rare (puisque l'auteur du *Traité de tératologie* dit n'en avoir vu par lui-même aucun exemple dans l'espèce humaine), nous nous y arrêterons un instant. Qu'il me soit permis de dire quelques mots sur la classe qu'il faut assigner à ce monstre, et sur les arguments qui ont été produits au sein de la Société, relativement à la théorie générale des monstres doubles.

Et d'abord en ce qui regarde la détermination du genre et de l'espèce de ce monstre, c'est évidemment parmi les *monosomiens iniodymes* qu'il convient de le ranger, et non parmi les *monomphaliens hémipages*. La description suivante que j'emprunte au livre de M. I. G. Saint-Hilaire s'y rapporte exactement.

« Caractérisé par l'union postérieure des deux têtes, le genre iniodyme ne diffère du précédent (atlodyme) qu'en ce que celles-ci sont non plus seulement contiguës, mais réunies latéralement dans la

région occipitale, et même aussi le plus souvent dans la portion postérieure de la région pariéto-temporale. Suivant que l'union des deux individus s'étend un peu moins ou un peu plus loin, suivant qu'elle n'atteint pas, qu'elle atteint précisément ou qu'elle dépasse en avant la portion auriculaire du temporal, le nombre des oreilles présente des variations bien remarquables. Le plus souvent, suivant les conditions du type normal, il en existe quatre dont deux sont placées en dehors, deux au contraire en dedans vis-à-vis et près l'une de l'autre, à gauche et à droite de l'axe d'union. Il arrive quelquefois aussi que les oreilles du côté de l'union soient non-seulement voisines, mais confondues en une seule et même qu'elles disparaissent plus ou moins complétement. Les autres appareils spéciaux de sensation sont au contraire normaux, à moins de quelque monstruosité ou vice accessoire de conformation. Le col lui-même présente toujours, au moins dans sa portion supérieure, des traces manifestes de duplicité. »

Quant aux objections élevées par M. Broca, contre cette idée longtemps admise de la formation des monstres par fusion de deux êtres distincts, c'est là une grande et sérieuse attaque. D'autres, plus compétents que nous, essaieront peut-être de concilier cette doctrine avec les faits récemment découverts par Valentin et que M. Broca nous a rappelés. Qu'il nous soit permis seulement de discuter la valeur d'un fait opposé par notre collègue à la doctrine de Geoffroy Saint-Hilaire. M. Broca nous a fait part des observations qu'il a entreprises sur des œufs à deux jaunes, observations auxquelles il attache avec raison une grande importance pour la solution du problème. Dans la supposition de deux germes s'unissant pour constituer une monstruosité double, l'incubation de ces œufs devrait avoir pour résultat l'éclosion d'un double poulet. Or, ce résultat, notre collègue ne l'a jamais constaté. Ce qu'il a trouvé, c'étaient deux poulets distincts logés quelquefois dans une cavité amniotique commune et enveloppés de la même allantoïde ; d'autres fois, les cordons, d'abord séparés, s'unissaient ensuite en un cordon unique. De là M. Broca conclut que la présence de deux jaunes dans un même œuf est en rapport avec la formation de fœtus jumeaux et non de monstres par duplicité. Mais ce qui diminue l'importance des faits constatés par notre collègue, c'est que l'incubation de ces œufs à double jaune a également fixé l'attention d'autres auteurs dont les investigations ont conduits à des conclusions toutes différentes. On sait que, dans la pensée de produire expérimentalement des monstruosités, les deux Geoffroy Saint-Hilaire ont entrepris de nombreuses expériences dans un établissement d'incubation artificielle situé alors près de Paris. Les positions les plus diverses données aux œufs, l'introduction de stylets métalliques et d'autres procédés n'ont jamais réussi entre les mains de ces savants à produire autre chose que des difformités congénitales plus ou moins graves, « à moins toutefois, ajoute M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qu'il ne se fût trouvé par hasard parmi les œufs ordinaires, *un de ces doubles œufs dont l'existence, plus commune qu'on ne le croit généralement, explique seule les monstres doubles chez les oiseaux.* » Ailleurs le même auteur dit encore, en parlant d'un monstre omphalopage : « Il importe d'ajouter que le poulet que je viens d'indiquer avait été retiré au terme de l'incubation d'un œuf très volumineux à deux jaunes d'abord complétement séparés, circonstance qui avait été constatée par le mirage de l'œuf. » — L'expérience des gens de la campagne n'est pas non plus à dédaigner en pareille matière ; elle nous apprend qu'il n'est pas d'usage de mettre sous la poule les doubles œufs en question, car le plus souvent les poulets qui en naissent sont *pris ensemble*. Les résultats négatifs de M. Broca ne sont donc pas ceux qu'on obtient le plus généralement. J'ajouterai que, lorsqu'on les rapproche des faits dont nous venons de parler, loin d'infirmer la théorie de Geoffroy Saint-Hilaire, ils semblent au contraire lui donner un nouvel appui. Cette réunion de deux cordons en un seul, cette allantoïde commune aux deux fœtus, qu'est-ce, diront les partisans de la doctrine contestée, sinon le premier degré de la fusion des deux êtres en un seul? Ils diront que le hasard a mis sous les yeux de M. Broca le commencement de cette soudure dont il a été donné à d'autres observateurs de voir l'accomplissement; que depuis les faits de notre collègue jusqu'à ceux de Geoffroy Saint-Hilaire, il existe une série d'intermédiaires, et qu'une chaîne non interrompue s'étend depuis la naissance gémellaire jusqu'à la monstruosité double.

Me voici parvenu au terme de ce compte rendu et de mes fonctions de secrétaire. En me conférant cet honneur, en me chargeant de ce travail, vous m'avez donné ensemble une preuve de votre confiance et une précieuse occasion de m'instruire. Je vous en remercie deux fois, mes chers collègues.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 4 JUILLET 1856.

Discussion sur les ulcérations de l'utérus et leur traitement.

Rapport de M. *Fauconneau-Dufresne* sur la thèse de M. *Cadet de Gassicourt* : *De la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale.*

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'organe nerveux olfactif, par M. AMBROSOLI.

C'a été le sort d'un grand nombre de fonctions importantes d'inspirer aux investigateurs l'idée de leur trouver un organe indépendant dans la masse encéphalique. Après la colonne respiratoire de Ch. Bell, on a vu successivement se produire l'organe érotique, celui de l'alimentivité, celui de la biophilie, etc. Un médecin italien fort distingué, M. Lussana, avait cru pouvoir conclure, d'après quelques expériences, qu'il existe aussi un centre nerveux chargé de la propriété de percevoir les émanations odorantes, et indépendant du cerveau. Il isolait, par une opération, les lobes olfactifs du centre du cerveau, et remarquait que le pouvoir de reconnaître les odeurs avait persisté chez le sujet de l'expérience.

M. Ambrosoli s'inscrit contre ces résultats. Selon lui, l'illusion de M. Lussana vient d'abord de ce qu'il a opéré sur des animaux dont l'odorat peu développé ne permet pas de constater aisément ses altérations ou sa disparition. Au lieu d'oiseaux, de cochons d'Inde, il aurait dû prendre des chats ou des chiens.

En second lieu (et cette cause de méprise a été signalée si souvent et depuis si longtemps dans ces sortes d'expériences, qu'on ne devait plus s'attendre à voir celles-ci donner encore prise à une pareille objection), parmi les substances qui ont servi à provoquer la sensation olfactive, M. Lussana en a employé quelques-unes, la fumée de tabac, par exemple, qui agissent plutôt comme irritants, comme excitants de la sensibilité tactile, que comme agents d'une impression sensorielle proprement dite. C'est au point qu'on la voit parfois provoquer le larmoiement chez des personnes qui ont perdu l'odorat.

M. Ambrosoli a institué une série de contre-épreuves, échappant, ce nous semble, à ces objections. En voici une relation. Il fit d'abord flairer de la valériane et de l'asa fœtida à un chat d'environ deux mois : chaque fois l'animal donnait les signes les moins équivoques de sensation. Par une incision longitudinale, il pénétra alors dans la cavité crânienne ; puis, à l'aide d'un petit bistouri, il sépara transversalement les lobes olfactifs de la masse cérébrale. L'animal, qui avait peu souffert des suites de l'opération, ne donnait plus de marques de sensibilité lorsqu'on approchait de ses narines les mêmes corps odorants. Après quatre jours employés à répéter ces essais on le sacrifia ; et l'autopsie fit reconnaître que les lobes olfactifs, d'ailleurs tout à fait intacts, avaient été complétement séparés du reste de l'encéphale. (*Gazzetta medica Lombardia*, 18 février 1856, p. 53.)

Désarticulation du fémur, par M. SANCHEZ DE TOCA.

A son tour, la chirurgie espagnole vient revendiquer une place dans la liste si peu fournie des amputations coxo-fémorales suivies

de guérison. Les circonstances dans lesquelles ce succès a été obtenu lui donnent une valeur nouvelle.

Un militaire âgé de trente ans reçut un coup de feu à la partie supérieure de la cuisse, le 19 juillet 1854. Un testicule fut enlevé et le fémur fracturé complétement.

Pendant plus d'un an il reçut des soins pour cette blessure Néanmoins il demeura, en définitive, avec un raccourcissement de onze à douze travers de doigt, une courbure très prononcée du fémur et de nombreux foyers fistuleux provenant d'une nécrose étendue de cet os, et versant à l'extérieur une abondante suppuration.

En cet état que la chirurgie devait, après tant de temps, s'avouer impuissante à modifier autrement, en présence de l'affaiblissement résultant de la sécrétion purulente, on dut agiter la question de l'amputation coxo-fémorale ; elle fut résolue par l'affirmative.

Le 1er décembre 1855, M. Sanchez de Toca la pratiqua avec un vaste lambeau antérieur et un postérieur beaucoup plus petit. L'opération fut rendue très laborieuse par la présence de tissus indurés, lardacés, d'adhérences nombreuses, de stalactites osseuses, toutes parties entre lesquelles le couteau s'égarait, ou qu'il était nécessaire soit d'inciser, soit même d'enlever.

Enfin, après des ligatures sans nombre, le patient reporté à son lit éprouva un frisson prolongé et des vomissements incoercibles.

La réaction n'eut lieu qu'au bout de vingt-quatre heures. Dès lors les choses prirent un aspect assez favorable ; de telle sorte que, malgré un érysipèle intercurrent, le sujet put, le 3 février 1856, quitter l'hôpital entièrement guéri, et, sous le rapport de l'embonpoint et des forces, en bien meilleur état déjà qu'avant l'opération.

Un séquestre de dix à douze travers de doigt de longueur occupait la partie centrale du fémur, à sa partie supérieure.

— C'est toujours une question délicate que d'avoir à se prononcer sur l'opportunité d'une opération loin du malade et après le succès. Nous nous bornerons donc à demander si, contre cette nécrose bien reconnue avant l'amputation, l'art avait réellement épuisé tous ses moyens lorsqu'on jugea indispensable d'avoir recours à cette ressource extrême? (*La Cronica de los hospitales*, 8 mars 1856, p. 137.)

Nouveau procédé pour pratiquer l'opération du phimosis, par MM. Bonnafont et Furneaux-Jordan.

M. Bonnafont se fonde, pour proposer ce perfectionnement, sur la considération d'un inconvénient notable de la circoncision. En effet, dans cette opération, après avoir incisé la peau, il faut exciser la muqueuse, temps certainement le plus douloureux.

Pour remédier à cette cause de prolongation de la souffrance, M. Bonnafont remplit d'abord la cavité préputiale avec de la charpie fine ou du coton. Et lorsqu'elle en contient assez pour être fortement distendue, il opère la section circulairement. Le point d'appui que présente à l'instrument ce corps étranger rend la section on ne peut plus facile, très prompte et surtout peu douloureuse pour le malade.

— Malgré l'ingéniosité du procédé, qui pourra lui valoir la préférence dans quelques cas, nous ne saurions tomber d'accord avec l'auteur sur la réalité de l'inconvénient appartenant à la circoncision ordinaire, qui lui paraît militer en faveur de cette correction. Il y a longtemps que les chirurgiens instruits ont abandonné l'habitude d'*exciser*, après coup, la muqueuse préputiale. On se borne à la fendre (ce qui n'est ni long ni douloureux) d'un coup de ciseaux sur la ligne médiane supérieure. Et les deux lambeaux latéraux, ménagés et recousus à la peau, reconstituent un prépuce en tout semblable à l'organe naturel. (*Revue médicale*, 31 janvier 1856, p. 88.)

M. Furneaux-Jordan part de cette idée que, dans le phimosis congénital, l'orifice est seul rétréci. Par conséquent, selon lui, il suffit d'inciser en deux ou trois points la circonférence de l'ouverture préputiale pour la dilater à un degré suffisant. Il est aussi d'observation, dit-il, que la peau contribue beaucoup plus que la muqueuse à produire le resserrement, et il faut tenir compte de cette notion lorsqu'on pratique l'opération.

D'après lui, il suffit donc de porter les ciseaux sur deux ou au plus sur trois points du cercle préputial, dans une étendue d'une à deux lignes seulement.

— Quoique l'incision, et à plus forte raison les incisions multiples, nous semblent un procédé très convenable et répondant parfois à toutes les exigences du cas, cependant, d'une manière générale, nous n'hésitons pas à donner la préférence à la circoncision. Avec elle on évite plus sûrement la difformité, et l'on se met surtout en garde contre la chance d'une réunion primitive ou secondaire des lèvres de la solution de continuité, par l'effet de laquelle, en dépit de tous les soins, le vice de conformation se trouve souvent être reproduit quelques jours après l'exécution du procédé par incision simple. (*Medical Times and Gazette*, 2 février 1856, p. 111.)

Sur les ulcérations serpigineuses syphilitiques ou syphiloïdes, par M. Oke.

M. Oke appelle *syphiloïdes* les formes serpigineuses d'ulcérations que nous rapportons, nous, ordinairement à la syphilis véritable. Seulement il prétend que l'iodure de potassium, qui agit efficacement, chez ces malades, contre les autres symptômes vénériens qu'ils présentent, tels que les ulcères du gosier, ne guérit pas les ulcérations siégeant à la peau.

Ce qui peut expliquer cette apparente insuffisance, est la dose que donne M. Oke, car il se borne à 75 centigrammes d'iodure dans les vingt-quatre heures.

Quoi qu'il en soit, l'acide nitrique à l'intérieur lui a paru jouir d'une action curative très prononcée contre cette forme. Il l'administre, à la dose de 4 grammes, trois fois par jour. (Notons qu'il s'agit, dans ce dosage, d'acide nitrique dilué.) Il incline seulement, d'après son expérience, à croire que le remède agit mieux lorsque le malade a précédemment fait usage d'iodure de potassium.

Plusieurs observations prouvent que l'acide nitrique a rapidement guéri des cas qui avaient résisté au mercure, à la salsepareille, aux ferrugineux, et où l'iodure n'avait momentanément arrêté le progrès ulcératif que pour le laisser recommencer ensuite avec une nouvelle force. (*Association Medical Journal*, 23 novembre 1855, p. 1048.)

VI.

VARIÉTÉS.

Par décret impérial, en date du 1er juillet 1856, le jeune Vidal (de Cassis), fils du médecin distingué de ce nom, qu'une mort prématurée a enlevé récemment à la science, a été nommé élève boursier (bourse entière) au lycée impérial Napoléon.

Nous ne saurions trop louer M. le ministre de l'instruction publique de l'empressement et de la grâce parfaite avec lesquels il a contribué à faire réaliser le vœu qui lui avait été exprimé à cet égard par une Commission de la Faculté. En venant ainsi en aide à la veuve de Vidal (de Cassis), M. Fortoul a prouvé de nouveau qu'on n'invoque jamais en vain auprès de lui des titres sérieux. Nous sommes assuré que tous ceux qui ont connu Vidal (de Cassis) ou qui ont pu apprécier ses travaux en seront reconnaissants.

Séance annuelle de la Société de chirurgie. — Le 2 de ce mois a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie. La Société de médecine des hôpitaux y était officiellement représentée par M. H. Roger, son secrétaire général. Comme nous l'avions annoncé, l'éloge de Gerdy a été prononcé par M. Broca, qui s'est acquitté de cette tâche avec son talent ordinaire et aux applaudissements de l'assemblée.

La question pour le prix de la Société était ainsi conçue : *Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.* Ce prix était de 400 fr. Il n'a pas été décerné, aucun mémoire n'ayant été adressé en temps utile à la Société.

Le prix Duval, annuellement décerné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente, et dont le rapport a été lu par M. Follin dans la dernière séance, a été ob-

par M. Péret (de Gaillardon) pour sa thèse sur les *Rétrécissements du rectum d'origine inflammatoire ;* une mention honorable a été accordée à M. Dunal, interne de Montpellier, pour sa thèse sur les *Hémorrhagies causées par l'insertion du placenta sur le* col.

— La Société de chirurgie vient de renouveler son bureau :
M. Chassaignac a été nommé président ;
M. Bouvier, vice-président ;
M. Désormeaux, secrétaire ;
M. A. Richard, vice-secrétaire ;
M. Verneuil, archiviste bibliothécaire ;
M. Houël, trésorier.
Le comité de publication se compose de MM. Gosselin, Cullerier et Broca ; le comité des congés de MM. Boinet, Morel-Lavallée, Robert.

— Par suite du décès de M. Sandras, il a été opéré quelques mutations dans les hôpitaux : M. Nonat a passé de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; M. Bernutz passe de Lourcine à la Pitié, en remplacement de M. Nonat, et est remplacé lui-même par M. Bergeron, qui quitte le service des nourrices.

— On lit dans le *Journal général de l'instruction publique :*

S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, accompagné du chef de la division de l'enseignement supérieur, a visité jeudi dernier, à l'improviste, l'Ecole supérieure de pharmacie. Les professeurs et les élèves étaient à leur poste, et M. le ministre les a surpris au milieu de leurs travaux. Il a été extrêmement satisfait de l'excellente tenue de cet établissement, de l'ordre qui règne dans les collections, des dispositions très bien entendues du jardin botanique. Il s'est fait rendre compte des améliorations qu'il était encore possible de réaliser, et il a donné des ordres pour qu'elles fussent exécutées sans délai.

— Les journaux d'Angers mentionnent, comme ayant fait preuve du plus grand dévouement et d'un courage digne d'éloges, M. le docteur Émile Renaut, médecin à Beaufort. Pendant trois jours et trois nuits consécutifs, il n'est pas sorti d'une barque à l'aide de laquelle il allait saisir par les fenêtres et les lucarnes des toits les malheureux habitants surpris par l'inondation. Il a ainsi arraché à une mort certaine un grand nombre de personnes.

— Le docteur Ulry, médecin sanitaire à bord du paquebot *l'Assyrien*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour soins donnés aux militaires malades ou blessés évacués.

— On lit dans la *Gazzetta medica italiana* (*Stati Sardi*) les noms et le nombre des médecins piémontais morts en Crimée. Ils sont au nombre de treize.

— D'après le même journal, on compte en Autriche 6,398 médecins, 6,148 chirurgiens, 18,798 sages-femmes, 2,951 pharmaciens. Il y a 684 hôpitaux pouvant contenir 58,533 malades.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 5. Chimie médicale et physique médicale ; forces générales de la nature et force organique, par *Biechy*. — Application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses, par *Sédillot*. — Clinique.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 10 (31 mai). — Esquisse d'une topographie médicale de Constantinople, par *Barudel*. — Des progrès récents des sciences médicales, par *Teissier*. — De l'air comprimé au point de vue physiologique, par *J. Milliet*. — 11 (15 juin). Traitement palliatif des fistules vésico-vaginales, par *Reybard*. — Appareils électro-magnétiques et leur application à la médecine, par *Leriche*. — Constitution médicale de la côte Saint-André, par *Robin*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — 1re année. N° 5. Eaux minérales de l'Algérie, par *Payn*. — Exploitation de la source de Hammam-Mélouano, par *Bertherand*. — Fréquence en Algérie des affections phlegmoneuses de la peau, par *Douchez*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 5 (mai). Trois lithotrities et deux tailles bilatérales exceptionnelles (suite), par *Cazenave*. — Épidémie de rougeole à l'hôpital des Enfants, par *Bazillier*. — Varicocèle gauche ; enroulement ; guérison, par *Busquet*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 10 (30 mai). Obstruction intestinale vermineuse ; symptôme d'étranglement ; mort, par *C. Saurel*. — De l'urtication comme moyen thérapeutique, par *Chrestien*. — 15 juin. Cautères et leur valeur thérapeutique, par *Chrestien*. — Émétique contre le croup, par *De Larue*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — N° 5 (mai). Études sur le seigle ergoté, par *Ch. Dubreuilh* (2e article). Observation d'hypertrophie du foie, par *Sarraméa*. — Valeur médicale de quelques alcaloïdes, par *Perrens*. — Des fractures du crâne et de la trépanation, par *Drouhet*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Mai. Emploi thérapeutique des feuilles de noyer, par *Fischer*. — Inoculation de la fièvre typhoïde de l'homme aux animaux, par *Bourguignon et Rey*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 16e livraison. Application de l'ophthalmoscope à l'examen de différentes cavités du corps, par *C. Lauwers*. — Statistique humaine, par *Bayard*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Mai. Conjonctivite diphthéritique ; emploi du caustique (traduction d'un mémoire de *Graefe*), par *Binard*. — Fracture complète et comminutive du col du fémur chez un cheval, par *Godfroid*. — Dépôt qui se forme dans le laudanum liquide de Sydenham, par *Bihot*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Février et mars. Sur le musée anatomique et les œuvres anatomiques des professeurs de l'Université de Naples, par *Delle Chiaji*. — Évaluation d'un calcul biliaire par l'anus, par *Vulpes*. — Rhumatisme musculaire avec menace de méningite et de pleurésie, par *Piccirilli*. — On doit toujours amputer dans l'article dans les cas de fracture comminutive par les plaies d'arme à feu, par *Posta*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 15. De l'usage de la pepsine, par *C. Tosi*. — Empoisonnement par la strychnine, par *Tarchini-Bonfanti*. — 16. Sur l'hospice des incurables d'Abbiategrasso, par *E. Casazza*. — Défauts de l'organisation des médecins cantonaux, par *A. Pogliani*. — 17. *Idem*. — Observation sur le système nerveux, par *F. Lussana*. — 18. *Idem*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 17. Fièvre typhoïde miliaire épidémique de Poggibonsi en 1855 et 1856, par *P. Burresi*. — Le choléra à l'île de Giglio, par *P. Betti*. — 18. Rétrécissement central de l'estomac consécutif à un ulcère chronique simple, par *L. Paganucci*. — 19. Direction pour le diagnostic et son pronostic, par *M. Buffalini*. — Sur le choléra, par *D. Brocchini*. — 20. Traitement de l'ozène, par *E. Callizioli*.

GAZZETTA MEDICA DELLE DUE SICILIE. — Série 1, t. I. Nos 15 et 16. Cliniques et analyses.

Livres nouveaux.

EAUX MINÉRALES DE L'ALGÉRIE. Oïoun-Sekhakhna, au frais vallon, par le docteur *A. Bertherand*, in-8 de 18 pages. Paris, Baillière.

DES PROGRÈS RÉCENTS DES SCIENCES MÉDICALES et de l'influence de la clinique sur leur développement. Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale, par M. *B. Teissier*. In-8 de 30 pages. Lyon.

DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES par les préparations de noyer, par le docteur *Négrier*, in-8 de 122 pages. Paris, Labé. 2 fr. 50

MÉMOIRE sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur, par le docteur *A. Delpech*, in-8 de 80 pages. Paris, Labé. 1 fr. 75

MONOGRAPHIE des principaux fébrifuges indigènes considérés comme succédanés du quinquina. par M. *Émile Mouchon*, in-8 de 151 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR L'URÈTHRE DE L'HOMME, par le docteur *J.-F. Jarjavay*, in-4 de 230 pages avec 7 pl. Paris, Labé. 14 fr.

ROBERTI FRORIEPI ATLAS ANATOMICUS partium corporis humani per strata dispositarum imagines in tabulis XXX exhibens ; in-4 gravé en taille-douce, avec texte explicatif au bas de chaque planche. Weimar, Landes-Industrie-Comptoir.

BALNEOLOGISCHE KARTE VON DEUTSCHLAND und den angrænzenden Landestheilen ;— carte des bains d'Allemagne et des contrées limitrophes, avec indication des établissements de bains de mer, de traitements par l'eau froide, le lait et les raisins et des bains de feuilles de pin ; 1 carte in-folio sous cartonnage avec une table alphabétique et explicative des établissements. Berlin, chez les frères Scherk. 2 fr.

DAS WASSERBUCH, ou indication pratique sur l'usage de l'eau comme moyen thérapeutique, par le docteur *C.-A.-W. Ritter*, de Berlin. 1 vol. in-8 de 354 pages. 8 fr.

GESAMMELTE ABHANDLUNGEN ZUR WISSENSCHAFTLICHEN MEDICIN, von *Rudolf Virchow*. (*Collection de recherches de médecine scientifique.*) IIe partie, avec 3 pl. et des figures dans le texte. Francfort, Meidinger et fils.

GESCHICHTE UND BIBLIOGRAPHIE DER ANATOMISCHEN ABBILDUNG. — Histoire et bibliographie de la représentation anatomique, au point de vue de ses rapports avec la science et l'art, par le docteur *Ludwig Choulant* ; grand in-8 de XVIII—204 pages, avec un choix d'illustrations d'après les artistes les plus célèbres depuis Holbein jusqu'à Flaxman. Leipzig, Rudolph Weigel.

KŒNIGLICH PREUSSISCHE ARZNEI-TAXE pour 1856. (Tarif officiel des médicaments en Prusse.) In-8 de 64 p. Berlin, *R. Gærtner*.

PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN (Physiologie de l'homme), par *C.-F. Donders*. Deutsche Original Ausgabe vom Verfasser revidirt, etc., und aus dem Hollændischen übersetzt, von *J. W. Theile* ; t. I, Die Ernæhrung (la nutrition). In-8. Leipzig, Hirzel. 9 fr. 50

PREISE VON ARZNEIMITTELN, etc. — Tarif, pour 1856, des médicaments qui ne sont pas compris dans la sixième édition de la Pharmacopée prussienne.— Appendice au *Arznei-Taxe*. In-8 de 64 pages, Berlin. Gærtner.

TOXIKOLOGISCHE TABELLE. Tableau synoptique des matières toxiques les plus répandues, avec leur composition chimique, leur état devant les réactifs, leurs effets, leurs antidotes et les meilleures méthodes pour les découvrir, par le docteur *C. Lewin*, de Berlin ; 2 feuilles sous étui. Berlin, chez les frères Scherk.

CLINICAL RESEARCHES ON DISEASES IN INDIA (Recherches cliniques sur les maladies dans l'Inde), par *Ch. Morehead*, in-8, 2 vol. Londres, Longman. 56 fr.

ON CALCULOUS DISEASE AND ITS CONSEQUENCES, being the Croonian Lectures for 1856, before the Royal College of Physicians (sur les maladies calculeuses et leurs conséquences), par *G.-O. Rees*. Londres, Longman. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 11 JUILLET 1856. N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 25 juin au 9 juillet 1856.

163. PICARD, Gaspard-Antoine, né à Pierrefitte (Allier). [*Des engorgements et des ulcérations du col de la matrice.*]

164. POUTHIER, Jules, né à Montrouge (Seine). [*Des signes de la grossesse gémellaire.*]

165. DURET, Charles, né à Jersey (Angleterre). [*Du croup.*]

166. LEHIR, Lucien-Marie, né à Saint-Renan (Finistère). [*Considérations sur l'hépatite et les abcès du foie dans les pays intertropicaux.*]

167. BRIDOT, Jean-Baptiste, né à Beaune (Côte-d'Or). [*De la chlorose.*]

168. DRON, Guillaume-Achille, né à Lyon (Rhône). [*Du double virus syphilitique.*]

169. MAUGER, Pierre-François-Paul-Noel, né à Brest (Finistère). [*Études des causes et du traitement du scorbut observé dans la mer Noire pendant la campagne de Crimée.*]

170. ANDRÉ, Claude-François-Alphonse, né à Pont-de-Vaux (Ain). [*Des fièvres intermittentes.*]

171. CALIGA, Aristide, né à Syra (Grèce). [*Des hémorrhagies utérines en dehors de la grossesse.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 juillet 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : PLACES VACANTES. — ÉLIMINATION DES MÉDICAMENTS INGÉRÉS, SPÉCIALEMENT DU QUINQUINA. — TYPHUS DU VAL-DE-GRACE. — PAIN DE COULEUR BLEUATRE. — BLÉPHAROPLASTIE. — PRÉSENTATION A UNE CHAIRE VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Il y a en ce moment cinq places vacantes à l'Académie de médecine. Mais, pour mettre de l'ordre dans le grand mouve-

FEUILLETON.

Considérations diagnostiques sur les pressentiments,

à propos d'un mémoire de M. DROSTE (1).

C'est à dessein que nous avons choisi ce titre. Dans la composition, comme dans le langage, on emploie une foule de mots, dont l'acception, souvent défectueuse, obscurcit les faits ou les idées. Si l'auteur du curieux article qui nous suggère cette remarque a eu la judicieuse réserve de ne point qualifier les observations qu'il consignait, des écrivains moins circonspects en ont fréquemment confondu de pareilles sous le nom générique de *pressentiments*, bien que, scientifiquement envisagées, elles eussent exigé, avec un classement particulier, des dénominations spéciales.

On sait quels bruits coururent lors de la mort de dona Maria. Cette princesse, dit-on, n'avait cessé, durant sa dernière grossesse, de manifester la conviction que sa délivrance lui serait fatale. La part que M. Droste prit à l'émotion commune, suscitée par cet événement, le conduisit à grouper certains souvenirs analogues pour en faire ressortir une signification générale.

Ces données, dont nous ferons une courte analyse, avant d'en apprécier l'esprit et la portée, ont un degré marqué d'intérêt. Après un rapide préambule sur ces *voix intérieures*, qu'on nomme *pressentiments*, et qu'il ne faut, suivant lui, ni accepter en aveugle, ni repousser en sceptique, M. Droste mentionne d'abord l'étrange histoire, racontée devant Louis XIV par le maréchal de Soubise.

Ce seigneur causait un jour, dans son cabinet, avec une dame anglaise, quand soudain, sans aucune provocation extérieure, elle pousse un grand cri, se lève comme pour partir et vient tomber sans connaissance à ses pieds. Plein de surprise et de trouble, le duc de Soubise agite les sonnettes. Les domestiques accourent. On s'empresse autour de la personne évanouie qui recouvre bientôt le sentiment, mais non la tranquillité. « N'entravez pas mon départ, »

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, u. w. Juillet 1855.

ment de compétition qui va en résulter, pour ne pas attirer tout à coup sur les séances une avalanche de lectures et dans les antichambres des pères conscrits un va-et-vient trop gênant, il ne sera pourvu, pour le moment, qu'à deux vacances : l'une dans la section de pharmacie, l'autre dans la section de pathologie chirurgicale.

L'opinion commence à se prononcer sérieusement en faveur de la création d'une section nouvelle que l'auteur de ces lignes a plus d'une fois appelée de ses vœux, à savoir, une section d'histoire, de philosophie et de littérature médicales. Ce ne serait pas seulement à l'Académie que ce côté de la médecine devrait être représenté ; mais un premier pas sur ce terrain serait déjà une conquête précieuse. L'année prochaine, la Compagnie sera présidée par un membre qui a laissé de vifs souvenirs dans le genre d'études dont il s'agirait de consacrer officiellement le mérite et l'utilité. Mieux que personne cet enfant émancipé du journalisme médical, à côté duquel nous nous honorons d'avoir marché, peut comprendre les avantages de la création, et plus qu'à personne aussi sa haute position administrative lui donne le droit de prendre le projet en main et la chance de réussir.

— Trois lectures importantes ont été faites à la dernière séance par MM. Briquet, Godelier et Poggiale.

Le travail de M. Briquet est une sorte de complément aux expériences, déjà si multipliées et si rigoureuses, qu'il a publiées sur l'emploi thérapeutique des alcaloïdes du quinquina : seulement, la recherche a été étendue cette fois à la généralité des médicaments pour usage interne. M. Briquet a étudié les lois suivant lesquelles se fait l'élimination des substances ingérées. En ce qui concerne spécialement la quinine, il a reconnu que certainement la peau et la muqueuse pulmonaire, probablement le foie et la muqueuse digestive, ne participent en rien à l'élimination, mais que celle-ci se fait en totalité par la voie, depuis longtemps connue, des reins. L'alcaloïde existe déjà dans les urines au bout d'une demi-heure ; ce qui, d'une part, cadre très bien avec la rapidité des accidents que développent les hautes doses de sel quinique, et, d'autre part, montre la possibilité de prévenir un accès de fièvre en donnant le sel très peu de temps auparavant. L'élimination est d'autant plus rapide que la quantité du médicament est plus considérable. Ce résultat, qui n'avait pas encore été constaté expérimentalement, asseoit sur une base rationnelle l'indication, généralement suivie dans les cas pressants, d'administrer la quinine à haute dose. Il suit de là encore, que, hors le cas d'urgence, il vaut mieux fractionner le médicament, afin que l'économie s'en approprie le plus possible. Un fait curieux, c'est que le départ du médicament par les urines, qu'il soit lent ou qu'il soit rapide, entraîne toujours la moitié environ de la quantité ingérée. Enfin, il est bon de savoir que souvent l'élimination n'est complète qu'au bout d'un temps considérable, comme un mois et plus, et qu'en conséquence l'économie reste sous l'influence de l'antipériodique beaucoup plus longtemps qu'on ne le croit généralement.

M. Godelier, professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, a lu sur le typhus observé dans cet hôpital un mémoire où toutes les questions doctrinales, — celle de la non-identité du typhus avec la fièvre typhoïde, celle de l'identité du typhus de Crimée et du *typhus fever* des Anglais, celle du caractère exanthématique du typhus, — reçoivent des solutions si conformes à celles que nous avons données nous-même dans nos deux derniers numéros (voir p. 450 et 471), qu'il ne nous reste véritablement qu'à constater cet accord et à nous prévaloir d'une adhésion aussi honorable. Ajoutons que le mémoire de M. Godelier est un modèle d'exposition didactique et de discussion, qui a provoqué, contre l'usage, les applaudissements de l'auditoire.

Quant à la note de M. Poggiale, elle était relative à un pain fabriqué à la manutention de Paris et devenu bleu après refroidissement. Cet expérimentateur a constaté que la coloration anormale tenait à la présence d'infusoires du genre *bacterium*. On trouve quelquefois aussi dans le pain de ménage des traînées bleuâtres dont la cause n'avait jamais été signalée ni même recherchée. Il est probable qu'on la trouverait également dans la présence d'animalcules.

— A la fin de la séance, M. Denonvilliers a présenté la malade sur laquelle il a pratiqué successivement trois opérations de blépharoplastie, et dont nous avons donné l'observation (n° 24, p. 411).

— A Montpellier, M. Courty est présenté à la fois par la Faculté de médecine et par le Conseil académique comme premier candidat à la chaire vacante d'opérations et appareils. La seconde place, que la Faculté avait donnée à M. Serre (d'Alais), a été attribuée par le Conseil à M. Goffres, après un scrutin de ballottage entre les deux candidats. On ne s'expose donc guère à saluer dès aujourd'hui en M. Courty un professeur de la Faculté de Montpellier. (Voir après le *Feuilleton*.)

A. DECHAMBRE.

---

dit-elle avec exaltation au maréchal, qui s'efforce en vain de la rassurer : « c'est à peine si j'aurai le temps de mettre ordre à mes affaires avant de mourir. »

Elle rappelle alors à M. de Soubise le don de divination dévolu à sa famille. Homme ou femme, chacun de ses membres a pu, heure pour heure, annoncer un mois à l'avance le jour de sa fin. Elle ajoute qu'au milieu de la conversation qu'elle vient d'avoir avec M. de Soubise, son propre spectre lui était apparu dans la glace placée devant elle. Elle s'était vue enveloppée d'un suaire et recouverte d'un drap noir parsemé de larmes blanches. A ses pieds s'ouvrait un cercueil.

Un mois après cet incident, M. de Soubise apprit, par une lettre de faire part, que cette révélation mystique avait reçu du destin sa consécration.

A cet épisode surprenant, si l'on admet toutefois l'exactitude des détails, M. Droste a joint un récit dont il a recueilli les éléments dans la ville même qui en fut le théâtre.

C'était pendant les guerres de l'empire. La vallée d'Osnabrück était occupée par les troupes françaises. Une jeune personne, de condition honorable, se livrait dans la maison d'une amie à un travail d'aiguille. Tout à coup elle pousse un cri perçant et tombe saisie de crampes violentes, accompagnées de suffocations. La crise terminée, elle explique qu'elle a très distinctement aperçu un sous-officier français qui, se plaçant un pistolet dans la bouche, s'est fait sauter la cervelle sous les croisées de l'appartement. Le suicide n'avait point eu lieu, et se fût-il accompli, que du point de la chambre où elle se trouvait au second étage, la jeune fille n'aurait pu distinguer ce qui se passait dans la rue. Cette impossibilité, d'une invincible évidence, ne triompha pas de sa conviction et de sa terreur ; on fut forcé de la mettre au lit, et peu après, un sous-officier se suicida à l'endroit même et avec les circonstances spéciales que la visionnaire avait indiquées.

Cette prévision extra-normale ne fut pas, dans sa vie, une inspiration isolée. Plusieurs fois, et probablement sous l'action nerveuse du même spasme, elle prédit des morts qui s'accomplirent. Son frère n'était pas étranger à la même faculté. Dans une excur-

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. JULES ROCHARD, second chirurgien en chef de la marine, au port de Brest.

Seconde partie : Influence des pays chauds.

(Suite et fin. — Voyez les n^os 10, 21 et 22, tome III.)

CHAP. II. — PAYS CHAUDS EXTRA-TROPICAUX.

I. — **Espagne.**

L'Espagne ne paraît pas convenir aux phthisiques.

« La phthisie n'est pas rare dans le midi de la péninsule espagnole, malgré la douceur et la stabilité du climat. » (Chervin, *Lettre à M. Latour.*)

« On a constaté également que la consomption pulmonaire était très répandue en Espagne et en Portugal, spécialement dans les capitales de ces deux royaumes. » (M. Andral, *Additions à Lënnec.*)

Cadix. — A Cadix, le seul point de l'Espagne que j'aie fréquenté, les affections aiguës de poitrine sont fréquentes et graves. La position géographique l'explique assez. Entourée de toutes parts par la mer, elle est balayée par les vents du large qui rafraîchissent l'atmosphère et l'imprègnent d'humidité, tandis que de fortes brises d'est qui viennent de terre et alternent avec eux, y causent une chaleur sèche et accablante. Les navires qui s'y trouvent en station comptent toujours, parmi leurs malades, un assez grand nombre d'affections aiguës des voies respiratoires. Le brick *l'Endymion*, en 1835 et en 1837, y essuya une épidémie de grippe, et renvoya en France deux hommes atteints de phthisie très avancée.

Gibraltar. — Quant à Gibraltar, toutes les opinions concordent à tel point qu'il est inutile de les citer. La phthisie fait éprouver de grandes pertes à la garnison anglaise ; c'est, dit M. Henneu, la véritable endémie de ce rocher. Sur 60269 soldats qui y ont passé en dix-neuf ans, on a compté 394 phthisiques, 1 sur 178. (M. Tulloch, travail déjà cité.)

La côte orientale semble dans de meilleures conditions, mais on ne possède pas de renseignements suffisants pour les croire préférables aux autres points de la Méditerranée, et, dans l'opinion de tous, notamment dans celle de M. Andral (Laënnec, *Traité d'auscultation médicale*, Paris, 1836, addition de M. Andral), la phthisie est une des maladies les plus répandues sur ce littoral.

Baléares. — Les Baléares pourraient peut-être faire exception. La ville de Palma, à Maïorque, me paraît remplir une partie des conditions que j'ai énoncées. Elle est située au fond d'une baie ouverte du côté du sud ; elle est abritée contre les vents de nord par de hautes montagnes. La température y est assez élevée, mais uniforme ; les nuits n'y sont pas trop fraîches. Pendant le séjour qu'y fit l'escadre de la Méditerranée, en 1846, elle n'y compta que fort peu de malades. Lorsque je visitai l'hôpital de Palma, il n'en renfermait également qu'un très petit nombre : les femmes atteintes de syphilis y étaient en majorité. On conçoit que, sur de pareilles données, je ne me hasarderais pas à en conseiller le séjour à des phthisiques ; j'ai voulu seulement attirer l'attention sur un point peu connu et qui mérite de l'être.

II. — **France.**

Marseille. — Le midi de la France ne nous arrêtera pas longtemps ; il offre peu de localités dont le séjour puisse convenir aux tuberculeux. « Évitez Marseille, tout le littoral de la Méditerranée ; évitez Montpellier, Pau, Bayonne, » dit M. Andral. A Marseille, d'après D. Raymond (*Mémoires de la Société royale de médecine*, t. II, p. 128), la sécheresse de l'air est excessive, et la fréquence des vents de nord-ouest, qui de plus est ordinairement très froid, y fait dominer les affections de poitrine. Les phthisies sont les maladies les plus communes après les maladies aiguës ; les femmes y sont plus sujettes que les hommes. C'est principalement l'été qu'elles se forment et qu'elles se terminent. Sur 9 adultes, 2 en périssent, et de 23 adultes 10 meurent de maladies de poitrine. » Le docteur Brunache a constaté sur les registres de l'Hôtel-Dieu de cette ville qu'on y comptait 1 phthisique sur 4 décès.

Toulon. — A cet égard Toulon est dans les mêmes conditions que Marseille. Le mistral y souffle avec plus de violence encore et amène des abaissements de température si brusques, une telle sécheresse, qu'on en éprouve l'influence même dans les appartements fermés.

Nous avons indiqué plus haut le nombre de phthisiques morts à l'hôpital de la marine en 1853 et en 1854, et cependant ce chiffre, quelque considérable qu'il soit, est encore atténué par l'épidémie de choléra qui a décimé la population dans le cours de cette dernière année. Cannes et la Ciotat sont dans le même cas.

Montpellier. — La ville de Montpellier, quoique plus éloignée de la mer, n'offre pas aux tuberculeux un asile plus assuré. Un des professeurs qui ont illustré cette Faculté,

---

sion nocturne, il aurait été subitement ébloui par les flammes d'un incendie imaginaire, assez vives pour l'obliger à porter sa main devant les yeux. Six semaines après un incendie dévorait presque entièrement le village de Dissen, où il déclarait l'avoir aperçu.

Dans un autre exemple, c'est un jeune soldat qui, éloigné d'une mère tendrement aimée, la voit mourante dans son rêve au moment même où elle rendait effectivement le dernier soupir.

Ces diverses circonstances, dont l'auteur ne suspecte pas l'authenticité, pourraient être sans doute historiquement discutables ; mais, outre les difficultés et l'insuffisance de ce genre d'enquêtes rétrospectives, les incidents identiques avec ceux qui viennent d'être relatés sont si multipliés dans les légendes et les mémoires du temps passé, qu'à moins d'infirmer, par une négation absolue, l'ensemble des témoignages, on doit attribuer, tout au moins, à ces faits singuliers une possibilité conventionnelle.

Quel en serait le caractère ? Devrait-on y voir de véritables pressentiments ou simplement des anomalies d'imagination se liant à des mouvements de désir ou de crainte auxquels le hasard prête l'apparence de prophéties ?

Cette dernière interprétation nous paraît applicable au songe du jeune soldat. Faisant, du moins quant à présent, abstraction des influences mystérieuses que certains penseurs supposent s'exercer à distance et dont nous apprécierons plus loin la valeur, n'est-il pas licite de présumer que, surexcité par l'excessive tendresse qu'il portait à sa mère, et peut-être par la connaissance de son état valétudinaire, il ait donné dans le rêve, aux dangers qu'il redoutait, un dénoûment qui s'est accompli par la marche naturelle des choses ?

Dans les affections nerveuses, l'hérédité joue un rôle important. La dame anglaise était évidemment en proie à une crise hystérique où la préoccupation de sa fatale prédestination de famille prit, en quelque sorte, un corps et se convertit en scène lugubre. Ne doutant pas du sort qui l'attendait inévitablement, subjuguée par cette croyance irrésistible, elle hâta ainsi elle-même l'instant de la fatale catastrophe.

Baumes, s'exprime ainsi à son égard : « Le vent de nord règne le plus communément en hiver et au printemps ; sa violence est souvent très incommode, parce qu'il est très froid, pour avoir passé sur la neige des montagnes voisines. Il faut avoir la poitrine bien constituée pour résister à ses impressions. » (*Traité de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1805, t. I, p. 237.) D'après une topographie publiée en 1810, par Muret, sur 2750 admissions qui eurent lieu, en 1763, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, on compte 154 décès, dont 55 dus à la phthisie : plus d'un tiers ! » (M. Bricheteau, *loc. cit.*)

Aix. — La ville d'Aix, jadis très fréquentée par les phthisiques, ne paraît pas mériter sa réputation. Il y vente autant et il y fait au moins aussi chaud qu'à Marseille. Pau ne leur est pas plus favorable, d'après MM. Andral et Bricheteau.

Hyères. — Le seul point qui leur convienne, dans le midi de la France, c'est la petite ville d'Hyères et non les îles, qui ne sont que d'inhabitables rochers. Hyères n'est qu'à quatre lieues de Toulon, mais elle en est séparée par une chaîne de collines, sur le versant méridional de laquelle elle s'élève et qui la protége du mistral, qui pourtant y souffle parfois avec assez de force. Assez élevée, assez éloignée de la mer pour n'avoir rien à redouter des salines qui bordent la côte, perdue au milieu des orangers et des haies de lauriers roses, elle constitue le plus charmant séjour qu'un malade puisse choisir. M. Barth (*Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères*, Paris, 1839) en a fait, du reste, ressortir les avantages, avec un talent qui ne permet guère d'ajouter quelque chose au portrait qu'il en a tracé. Les affections de l'appareil respiratoire, les catarrhes pulmonaires, les pleurésies chroniques lentes à se résoudre, l'asthme, l'emphysème pulmonaire doivent évidemment s'améliorer dans cette atmosphère douce et pure. Quant aux tubercules pulmonaires, ma confiance ne va pas, je l'avoue, aussi loin que celle de M. Barth : le cimetière d'Hyères, il a pu s'en assurer comme moi, est peuplé de phthisiques, et la mort n'épargne qu'un bien petit nombre de ceux qui vont s'y réfugier. Les médecins du pays en conviennent du reste. « Un grand nombre de phthisiques y viennent tous les ans, dit M. Andral, non pas y trouver la guérison complète de leur mal, mais un prolongement plus ou moins long de leur existence. » Cette appréciation n'est malheureusement que trop vraie.

III. — **Italie.**

A. — RÉGION SEPTENTRIONALE.

L'Italie est plus favorisée que la France, sous le rapport du climat. Elle offre aux malades beaucoup plus de ressources, elle a pour eux plus de charmes. C'est en général vers ces riantes contrées qu'ils se dirigent ; c'est le refuge des phthisiques de tous les pays, mais on ne peut pas sans danger leur en conseiller le séjour d'une manière absolue. Bien des villes, surtout parmi celles du littoral, leur sont plus contraires que le centre et même que le nord de la France.

Nice. — Nice est un des points qu'ils préfèrent, et cependant, abstraction faite des ressources et des plaisirs qu'offre une grande ville, Nice n'est pas comparable à Hyères au point de vue hygiénique. M. Barth fait observer qu'elle est rapprochée des Alpes, qui n'en sont qu'à trois ou quatre lieues, qu'elle est située sur le bord de la mer, et par conséquent plus exposée aux pluies et aux brouillards ; qu'elle est traversée par un torrent qui y entretient de l'humidité ; que la température y est moins élevée et moins constante qu'à Hyères. Si Nice est abritée des vents de nord-ouest, le vent d'est qui y règne, surtout en avril et en mai, est tout aussi nuisible pour les tuberculeux. Les variations de température y sont communes, dit Fodéré : j'ai vu plusieurs Anglais qui étaient venus chercher la santé à Nice, y trouver la mort avec une rapidité effrayante. Un médecin anglais, le docteur Pugh, a fait des observations analogues. « Sur sept personnes (six jeunes hommes et une dame âgée) attaquées de phthisie, toutes moururent dans le courant de l'hiver qu'il passa à Nice. S'ils étaient restés en Angleterre ou dans le midi de la France, j'oserais croire fermement, dit-il, que des six il en vivrait encore quatre ; leur dissolution aurait été au moins retardée. Plusieurs Anglais, arrivés à Nice en bonne santé, ont été attaqués de fièvres inflammatoires violentes, et tous ont plus ou moins souffert du poumon. » A l'hôpital de Nice, d'après M. Bricheteau, un septième des décès est dû à la phthisie. « C'est donc bien à tort que les médecins conseillent le séjour de cette ville. » (Andral, *Cours de pathologie.*)

Menton, Villefranche, Monaco. — Il n'en est pas de même de Menton et de Villefranche. D'après M. Carrière, il est peu de localités dont le climat convienne mieux aux tuberculeux. Il est doux sans être trop humide, chaud sans cesser de rester tempéré. Les oscillations thermométriques y sont si rares et si faibles, qu'elles ne peuvent jamais déterminer de fortes secousses sur les organisations les plus débilitées. Si n'était l'eau de ses lagunes et ses sources minérales, Venise devrait, d'après cet auteur, céder le pas à Menton. (Ed. Carrière, *Le climat de l'Italie, sous le rapport hygiénique et médical*, Paris, 1849.)

Cette présomption trouve un appui sérieux dans un grand nombre de suicides, notoirement héréditaires. Parfois l'empreinte transmise, la domination physiologique est si saillante qu'on a vu des individus attenter à leur vie au même âge, à la même heure, dans le même lieu et par le même moyen que leur père ou leur aïeul.

C'est également un fait d'observation que des personnes persuadées qu'elles portaient en elles, de père en fils, un principe de destruction, et qu'elles ne dépasseraient point une période déterminée de l'existence, ont, en certains cas, succombé à l'époque fatidique, sous l'obsession persistante et corrosive de cette conviction. Tant sont agissantes les terreurs de l'imagination, « puissance si estrange, dit Montaigne, qui donne la fiebvre et la mort à ceux qui la laissent faire et qui s'en applaudissent ! »

De tels actes échapperaient donc au surnaturalisme, et n'offriraient, comme nous l'avons dit, qu'une filiation légitime de phénomènes moraux auxquels le destin se serait plu à donner une sanction plastique.

Quant à la jeune Allemande d'Osnabrück, l'absence de détails circonstanciés sur les antécédents crée nécessairement le doute. Qui peut cependant assurer qu'elle n'ait point eu antérieurement le soupçon de la résolution fatale ; que le choix du lieu ne dépendît point d'une condition particulière et connue ; que la vision, enfin, n'ait point été, pour ainsi dire, l'incarnation de menaces faites ?

Dans les cas précités, on saisit une origine, un mobile. Sorte d'avertissement intérieur, suivant la définition même de l'Académie, le vrai pressentiment n'en laisse point apercevoir. Il résulte d'un mouvement instinctif et spontané des viscères dont l'ascendant sur l'esprit n'a rien de fixe et de déterminé : on prévoit, on croit sans savoir pourquoi.

Les exemples de ces pressentiments se rencontrent assez fréquemment, M. Bayle m'en a communiqué un incontestable. Son grand-père préoccupé, au sein d'une apparente santé, de l'idée de sa fin prochaine, annonce à son fils qu'il ne lui reste pas quinze jours à vivre, et il meurt avant l'expiration du terme indiqué. Il

Monaco ne jouit pas des mêmes avantages; l'inconstance de sa température doit en interdire le séjour aux phthisiques. (Carrière, *Climat de l'Italie.*)

Gênes. — Gênes leur convient encore moins. En raison de sa situation, elle reçoit l'influence de tous les vents qui soufflent des différents points de l'horizon. Le nord-ouest y règne aussi tumultueusement peut-être que dans le golfe de Naples. La température moyenne de l'hiver est assez élevée, 8°,49. Elle dépasse celle de Rome, 8°,1 ; mais elle n'exclut pas les caprices thermométriques qui se répètent, avec une extrême fréquence, pendant la froide saison. Elle doit rester exclue des stations médicales qui peuvent servir la thérapeutique des affections chroniques. Les maladies qui occupent la première place dans la pathologie génoise, sont les pneumonies, les rhumatismes, les catarrhes et la phthisie (Carrière, *loc. cit.*). Cette dernière maladie y entre pour un sixième dans le chiffre des décès.

Les autres points de la côte ne partagent pas ces causes d'insalubrité. De Gênes à Spezzia, le chemin traverse une série de villes ou de villages abrités par de puissantes montagnes et présentant les conditions hygiéniques les plus favorables. Nervi, Chiavari, Servi, Moneglia, la baie de la Spezzia, jouissent d'un climat d'une grande douceur. Cette rade admirable, dans laquelle j'ai passé quelques jours au mois de septembre 1846, m'a paru mériter à tous égards sa réputation.

Milan. — En remontant vers le nord, les influences climatériques changent d'une manière sensible. Milan est exposé à tous les vents. Celui du sud lui arrive des cimes de l'Apennin, ceux de l'ouest et du sud-ouest, après avoir traversé les Alpes. La température y est froide et très variable. On a vu le thermomètre y descendre à 15° au-dessous de zéro. La moyenne de l'hiver est de 1°,99. Le climat de cette capitale ne saurait donc convenir aux phthisiques. On passe à Milan, on n'y séjourne pas.

Les bords des lacs Majeur et de Côme sont bien préférables; ce dernier surtout peut rendre de grands services dans les affections chroniques de poitrine (Carrière).

Venise. — Venise est, de l'avis général, une des villes de l'Italie qui conviennent le mieux aux tuberculeux. Il serait impossible, dit Carrière, d'inventer un climat qui leur fût plus favorable. Là, pas de vents violents, pas de transitions brusques. La température moyenne de l'année est de 13°,26, la moyenne de l'hiver est de 3°,35, celle de l'été de 22°,82. Les oscillations diurnes sont très faibles, la phthisie très rare. Brera avait déjà fait cette remarque; M. Ollivier (d'Angers) l'a vérifiée. Sur 1200 malades admis annuellement à l'hôpital de cette ville, on ne rencontrait que 7 ou 8 phthisiques (*Bulletin de l'Académie*, t. IX, p. 173). Un médecin italien, le docteur Hyacinthe Namias, a publié, il y a quelques années, sur le climat de Venise, un livre dont la *Gazette médicale* a donné l'analyse (Paris, 1848, page 249). Il entre dans les mêmes considérations que M. Carrière, il signale aussi la rareté de la phthisie ; mais, par un sentiment de réserve facile à apprécier, il s'abstient de conclure en ce qui touche à l'émigration.

B. — RÉGION MOYENNE DE L'ITALIE.

Pise. — On regarde généralement Pise comme pouvant occuper le même rang que Venise. M. Bricheteau la fait même passer en première ligne. C'est, dit-il, une sorte de serre chaude où l'on est admirablement pour vivre à l'abri des variations atmosphériques ; c'est une des stations médicales qui reçoivent le plus de malades. Le climat est cependant un peu trop humide : c'est ce que pense M. Carrière, et c'est aussi ce que j'ai cru remarquer lorsque j'y suis passé en 1846. Là, comme ailleurs, il succombe bien des phthisiques, un grand nombre de malades meurent peu de temps après leur arrivée, et je pourrais en citer un douloureux exemple, dont tout le monde en France a gardé le souvenir. Il est même admis, dans la pratique locale, que le climat pisan peut être nuisible pendant les derniers temps de la maladie.

Livourne. — Pise est la dernière station convenable que nous rencontrions en descendant vers le sud. A Livourne, la phthisie entre pour près d'un neuvième dans la totalité des décès. (Journé, *Recherches statistiques sur la phthisie en Italie. Bulletin de l'Académie*, Paris, 1839, t. III, p. 547.)

Sienne. — A Sienne, le vent de nord-ouest, si malsain sur les côtes de la Méditerranée, souffle avec violence sur une localité sans abri, et entretient dans l'atmosphère une agitation continuelle. Le séjour de Sienne est mortel pour les tuberculeux (Carrière).

Florence. — Celui de Florence leur est peut-être plus contraire encore. M. Andral le croit même plus funeste que celui de Gênes et de Naples. Le froid y est vif en hiver, la chaleur intense en été. Le vent du nord y souffle assez souvent pour que la prédominance des vents antagonistes n'en neutralise pas les effets ; les transitions y sont brusques et fréquentes, la forme essentiellement mobile du climat en fait un séjour dangereux. D'après la statistique établie par M. Journé pour

---

n'avait d'autres motifs de cette conviction qu'un irrésistible sentiment intime.

La fille d'un typographe illustre, récemment mariée et sur le point de faire un voyage en Italie, se persuade tellement que sa mort approche qu'aucune observation ne peut l'empêcher d'écrire ses dispositions testamentaires. Quelques mois après, la fièvre typhoïde l'emporte.

Qui ne sait que Mozart, écrivant son *Requiem*, prévint sa femme, les yeux en pleurs, que cette œuvre admirable serait son chant du cygne ; que c'est pour lui-même qu'il la composait et qu'il en traça, en effet, sur son lit de mort, les derniers motifs ?

La veille de la bataille de l'Alma, où il fut tué, le comte Gagarin, s'étant endormi sous sa tente, s'agita d'une manière extraordinaire et se mit à gémir tout haut, à la grande surprise des sentinelles, sur sa mort certaine, visiblement en proie au cauchemar de la destinée.

Les journaux de Vienne ont relaté dernièrement la singulière inspiration de cet employé qui, pris subitement devant le bureau où il travaille, d'une inexprimable angoisse, ne peut résister à l'oppression de cette terreur, et rentre précipitamment chez lui. Sa femme accouchée depuis trois jours était alitée. « Tu fais bien de venir, lui dit-elle, les yeux hagards et la voix fiévreuse... car je vais rôtir l'oie. » Au même instant, des cris partent de la cuisine. Le père y court et trouve le nouveau-né lié dans une poêle à frire. Sous l'excitation du délire des femmes en couche, la mère, prenant son enfant pour une oie, allait le faire périr dans une agonie sans nom.

Récemment encore le célèbre bâtonnier Paillet, s'éteignant au milieu d'une plaidoirie, a pris soin de justifier, d'une manière aussi triste que saisissante, la pensée qui le portait à répéter sans cesse : « Je tomberai sur la brèche, je mourrai à la barre ! »

Ces idées fixes sont très fréquentes dans les maladies, surtout dans les premiers accès des fièvres pernicieuses. Elles semblent toujours de mauvais augure à l'homme de l'art.

Au premier aspect, les accidents sont légers ; le pouls ne s'écarte que faiblement du rhythme normal; les fonctions générales sont peu

l'hôpital de Sainte-Marie-Nouvelle, la phthisie serait, à la totalité des décès, comme 1 est à 6 1/18. Il est vrai que, dans un autre tableau, il ne la porte qu'à un onzième.

Rome.—Le climat de Rome est humide et malsain. Les fièvres intermittentes y dominent la pathologie. Elles sévissent surtout depuis le mois de juillet jusqu'au mois de septembre. C'est l'époque de la malaria. Les grandes familles romaines émigrent presque toutes dans cette saison. Lorsque je m'y trouvais, au mois d'août 1846, tous les palais étaient déserts. La température y est assez uniforme et les vents de la partie du sud prédominants.

La ville de Rome a joui pendant longtemps, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, d'une réputation qui commence à décroître, depuis que la présence d'une armée d'occupation a permis aux médecins français de l'étudier de plus près. « Le séjour de Rome est très favorable aux phthisiques, surtout dans la première période, surtout encore s'il y a irritabilité pulmonaire (M. Andral, *Clinique médicale*). La phthisie ne compte que pour un vingtième dans les décès. » M. Carrière formule une opinion analogue. Il en est de même de M. Bricheteau : « Le climat de Rome, dit-il, peut être considéré comme le second de l'Italie, par rapport à son influence sur les poitrines malades; il est éminemment utile aux personnes menacées de phthisie, mais il ne convient plus dans les deux derniers degrés de cette maladie. M. d'Assis prétend même qu'alors la marche de la phthisie y est plus rapide qu'en Angleterre. »

Des recherches plus récentes s'élèvent contre cette manière de voir. Il résulte des observations faites par M. Journé, qu'à Saint-Jean-de-Latran, sur 2540 femmes admises de 1834 à 1836, 126 étaient atteintes de phthisie, et que, dans le même laps de temps, sur 379 décès, 110 étaient dus à cette cause. Ce qui donne l'effrayante proportion de 1 sur 3,25, chiffre qui n'est dépassé qu'à Naples.

Cette maladie a fait également, dans l'armée d'occupation, plus de ravages qu'elle n'en fait en France sur un même nombre de soldats. M. Félix Jacquot (*Histoire médicale du corps d'occupation des États romains* dans *Gazette médicale*, 1854, p. 438) donne le tableau suivant des décès survenus en 1851.

Fièvres pernicieuses	15
Fièvres typhoïdes	12
Méningite cérébro-spinale	9
Phthisie pulmonaire	7
A reporter	43
Report	43
Pleurésie chronique	4
Variole	4
Affections organiques du cœur	3
Cachexie paludéenne, ascite	3
Commotion de la moelle épinière	2
Encéphalite traumatique	2
Diarrhée chronique	1
Rougeole maligne	1
Choléra sporadique	1
Catarrhe pulmonaire	1
Tumeur blanche	1
Péritonite traumatique	1
Tétanos traumatique	1
Total	68

En 1850, les maladies n'avaient pas tout à fait occupé les mêmes degrés sur l'échelle de gravité.

Fièvres pernicieuses et cachexies	21
Phthisie pulmonaire	11
Méningite cérébro-spinale	3
Fièvre typhoïde	2
Total	37

M. Jacquot fait remarquer, à juste titre, la fréquence de la phthisie pulmonaire. Elle occupe le deuxième rang en 1850 et le quatrième en 1851. Dans cette dernière année, elle fait 7 victimes sur 68 décès, ou 1 sur 9,71, proportion beaucoup plus forte que celle que nous avons assignée, d'après M. Benoiston de Châteauneuf, à l'infanterie française (1 sur 13,6). Ainsi, voilà un corps d'armée composé, au départ, d'hommes parfaitement valides, ayant laissé dans les hôpitaux de France toutes les santés suspectes ; il séjourne dans le pays dont on recommande l'habitation aux phthisiques, et il y perd, par cette maladie, un quart de plus qu'il ne l'eût fait en France. Je crois qu'à l'avenir ces faits devront être pris en sérieuse considération, lorsqu'il s'agira de diriger des malades sur la ville éternelle.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer, avant de passer outre, qu'à Rome, que M. Boudin cite comme une des localités où se vérifie la loi d'antagonisme, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et la phthisie règnent de concert et avec une intensité qui ne laisse pas de place au doute.

C. — Région méridionale de l'Italie.

Naples. — Naples, par laquelle nous terminerons cette revue de l'Italie, ne donne pas prise à la même incertitude.

---

compromises. Mais on pressent plutôt qu'on ne découvre, à travers ces phénomènes, quelque chose d'insolite. Le malade se sent perdu : il réclame un prêtre ou fait ses adieux aux personnes aimées.

Le professeur Marchal, de Strasbourg, atteint par une épidémie de typhus qu'il avait courageusement traversée, annonça sa perte comme infaillible et fut enlevé en quelque jours. « Effet du découragement ou secret avis de la Providence, dit l'auteur de sa notice biographique, cette fatale prévision attache, de l'aveu des médecins, aux maladies graves, un cachet positif de léthalité. »

Nous l'avons nous-même remarqué dans un mémoire spécial : « Quand ces craintes, en désaccord avec les apparences morbides, sont chez le malade à l'état de mystérieuse conviction, il faut tenir pour insuffisante l'observation des phénomènes extérieurs, et se défier d'un péril caché. Il ne répugne point alors à la saine physiologie d'admettre l'intervention d'un sens intime, mis en jeu et s'exprimant par des actions organiques, qui avertissent le moral sans se révéler à la conscience : sorte de sentinelle posée par la nature, comme sauvegarde contre les causes exceptionnelles de désorganisation. L'arrêt recevrait son exécution; la mort viendrait. Un spécifique, donné à temps, peut rétablir l'équilibre. »

La nature d'ailleurs, montre, par d'autres rapprochements incontestables, qu'on ne saurait assigner d'immuables bornes aux manifestations de la sensibilité, « ce clavier, dont il est, dit M. Brierre de Boismont, si difficile de saisir et de rendre tous les tons. » Quel inégal partage dans le pouvoir d'action et de finesse de nos sens ! L'oreille du sauvage, l'œil du paysan des Indes occidentales, perçoit les sons ou distingue les formes à d'énormes distances. Et le flair de certains animaux si supérieur à l'odorat de l'homme ! Et leur discernement incomparable dans le choix des aliments ! A l'approche d'un orage ou d'un ennemi, ne les voit-on pas s'inquiéter, frémir, chercher instinctivement une retraite, s'y réfugier et s'y blottir ? Jusqu'aux oiseaux qui, devinant la tempête, plient par avance dans leurs nids, suivant la poétique expression de l'Écriture, « leurs ailes agitées d'angoisses. » Qui dira la raison de ces attractions ou de ces répugnances, nées d'un seul regard ; de ces flammes sympathiques qu'une imperceptible étincelle allume ;

Tout le monde la considère, avec raison, comme une des villes du monde où il meurt le plus de phthisiques. Cela ne surprendra pas les personnes qui connaissent les vicissitudes de ce beau ciel napolitain. Placée entre la mer et les Apennins, exposée aux souffles glacés qui descendent de ces montagnes, aux vents du sud qui ont traversé les déserts brûlants de l'Afrique, elle passe à chaque instant par des alternatives de sécheresse et d'humidité, de froid et de chaleur, qui doivent être fatales aux tuberculeux. Le thermomètre y descend parfois au-dessous de 0 degré. Il y neige ; il y tombe, dans l'hiver, des pluies torrentielles qui commencent même avec l'automne. Pendant le séjour que j'y ai fait, en août 1846, il a plu presque tous les jours. Sans doute, ces vicissitudes atmosphériques sont de courte durée, et cette ville n'en est pas moins pour cela la plus séduisante de toute l'Italie ; mais les phthisiques doivent se tenir en garde contre l'attrait qui les y attire. D'après les relevés de M. Journé, la phthisie, dans les hôpitaux civils, est à la totalité des décès comme 1 est à 2 un tiers, et, dans les hôpitaux militaires, comme 1 est à 3 six septièmes, proportion qui dépasse de beaucoup, surtout pour ces derniers, celle qu'on obtient, par le même calcul, dans les hôpitaux de Paris. D'après Requin (*Gazette médicale*, 1834), elle serait, il est vrai, plus faible : elle ne dépasserait pas un dixième pour les militaires et un quinzième pour le reste de la population. Mais, même en acceptant ces données, le golfe de Naples n'en est pas moins un des points de l'Italie qu'il faut interdire le plus sévèrement aux tuberculeux. Il en est de même de celui de Salerne. Gaëte, au contraire, semble leur offrir de meilleures conditions climatériques. (Carrière, *Le climat de l'Italie*. Paris, 1849, p. 235.)

Sicile. — Je n'ai pas de données suffisantes pour formuler une opinion raisonnée au sujet de la Sicile. Je ne connais que Syracuse et Messine, et je n'en conseillerais pas le séjour. Il fait, pendant l'été, dans la baie de Syracuse, une chaleur accablante. Les brises de sud y soufflent avec force, et je ne crois pas avoir ressenti, même au Bengale, de vent plus brûlant que celui-là. Il m'a paru faire moins chaud à Messine ; mais le vent, resserré dans la gorge étroite que forment les montagnes de la Calabre et l'extrémité orientale de la chaîne qui partage la Sicile, règne souvent avec force dans le détroit.

De l'ensemble des faits relatifs tant à l'influence de la navigation qu'à celle des climats chauds, nous croyons être en droit de tirer les conclusions suivantes :

I. Les voyages sur mer accélèrent la marche de la tuberculisation pulmonaire beaucoup plus souvent qu'ils ne la ralentissent.

II. Cette maladie, loin d'être rare parmi les marins, est au contraire beaucoup plus fréquente chez eux que dans l'armée de terre. Elle sévit avec une égale intensité dans les hôpitaux de nos ports, dans nos stations, dans nos escadres. Les officiers de marine, les médecins, les commissaires, tout ce qui navigue, en un mot, subit cette loi commune.

III. A part de rares exceptions, qu'il faut bien admettre, en présence de quelques faits rapportés par des hommes dignes de foi, la phthisie marche à bord des navires avec plus de rapidité qu'à terre.

IV. Les professions navales doivent être interdites de la manière la plus formelle aux jeunes gens qui semblent menacés de phthisie, et auxquels on a coutume de les conseiller.

V. Les tuberculeux ne pourraient retirer quelques fruits de la navigation qu'en se plaçant à bord dans des conditions hygiéniques spéciales, qu'en changeant de climat et de localité, au gré des saisons et des vicissitudes atmosphériques, toutes choses qu'il est impossible de réaliser à bord des navires qui ont une mission à remplir. Les voyages par terre, le séjour prolongé dans une campagne bien choisie, permettent d'atteindre le même but avec moins de frais et moins de dangers.

VI. Les pays chauds, envisagés dans leur ensemble, exercent une influence fâcheuse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire et en accélèrent le cours.

VII. Ceux qui sont situés sous la zone torride (les pays chauds proprement dits) jouissent surtout de cette fâcheuse prérogative, et le séjour doit en être formellement interdit aux phthisiques. L'opinion unanime des médecins en chef de nos colonies et des colonies anglaises, les statistiques comparées des troupes coloniales et des régiments d'Europe dans les deux pays, la fréquence de la phthisie dans nos stations intertropicales et dans les commandements anglais situés sous la même latitude, une foule d'observations particulières, le démontrent de la manière la plus positive ; l'examen de chaque localité en particulier le confirme.

VIII. La plupart des pays chauds situés en dehors de la zone équatoriale sont également préjudiciables aux tuberculeux. Quelques points placés sur les confins de cette région et concentrés dans un étroit espace font exception. Ils le doivent à des conditions locales. Leur séjour garantit mieux les phthisiques des affections aiguës des voies respiratoires qui

---

de ces visions pour ainsi dire surnaturelles, de ces signes indécomposables, qui, dans une femme inconnue, vous obligent à reconnaître l'idole secrète de vos pensées?

Nous venons de dire que l'hypothèse du sens intime rend compte des révélations spontanées, de même que l'instinct éclaire l'animal sans le concours de la réflexion. A l'égard du *moi*, elles se comprennent. Ayant un autre pour objet, elles peuvent se concevoir encore, si elles dérivent d'une instigation primitive. Dans le cas où n'apparaît pas ce mobile, il est vraisemblable qu'il existe. En approfondissant sévèrement les faits, on reconnaîtrait presque infailliblement, dans ces intuitions, l'impulsion latente d'un sentiment vague. Néanmoins, il n'y a point ici certitude absolue. Entre certains individus, liés par d'étroites affinités, la consanguinité, l'amour, l'habitude, peuvent se développer respectivement des effluves mystérieux équivalant à des communications magnétiques.

Un penseur mystique, Cornélius Agrippa, faisant de l'air un miroir divin, expliquait comment cet air, grâce à sa subtilité, pénétrait à travers les corps jusqu'au siége de l'âme, et nous apportait la connaissance exacte des faits accomplis dans les lieux les plus éloignés et chez les personnes absentes.

Pour nous, sans sortir du cercle scientifique, nous n'aurions pas de peine à supposer qu'un être aimé, se trouvant, par exemple, en détresse, et fixant sa pensée vers l'objet de ses affections ou en en devenant lui-même le point de mire, il ne s'établisse entre eux, sous l'empire d'une forte tension, un courant éthéré qui parvienne au sens intime et en éveille les sollicitudes.

L'esprit, frappé d'une circonstance, peut, la rattachant à la situation personnelle, en faire surgir un pressentiment fondé. M. Victor Masson, l'éditeur de ce journal, ayant été, dans un voyage, fortement impressionné par une alerte d'incendie, conçut immédiatement la crainte que le feu n'eût pris à ses magasins. Le lendemain, cette appréhension s'accrut à la vue des débris d'un bâtiment incendié ; enfin, elle acquit surtout une intensité considérable au moment où M. Masson, franchissant, au retour, l'enceinte de la capitale, la lueur d'une illumination lui parut provenir d'une maison en flammes. Une arrière-pièce de sa librairie avait, en

accélèrent la marche de la tuberculisation, leur permet de mener un genre de vie plus propre à entretenir leurs forces, prolonge parfois leur existence, et contribue toujours à en adoucir la fin.

IX. C'est dans la première période de la phthisie qu'il y a lieu de conseiller l'émigration et qu'on est en droit d'en attendre de bons résultats.

III.

REVUE CLINIQUE.

Maladie cutanée de nature douteuse, transmise du bœuf à l'homme.

Obs. — Maladie cutanée transmise des animaux à l'homme.

Jean V..., âgé de quarante-quatre ans, habitant de Fontaines (Saône-et-Loire), cultivateur, a un bœuf malade depuis le 24 décembre 1851. Cet animal ne mange plus ; il est presque constamment couché, et ne se lève que pour se frotter contre les murs de l'étable ou contre la crèche. Bientôt, sur le dos, le ventre et le pourtour des yeux, on voit le poil saillir par plaques arrondies ; il se hérisse, et s'élève au-dessus des poils environnants ; en même temps il devient fauve, prend une couleur terne, et tombe, en laissant à nu une plaque ronde, rugueuse, fendillée, et recouverte d'espèces d'écailles.

Un second bœuf, qui touchait le premier, tombe malade le 15 janvier ; les mêmes phénomènes que chez son voisin se produisent. Un veau qui avait la tête constamment tournée vers le bœuf, est atteint le 20 janvier. Chez ces trois animaux, la maladie offre les mêmes aspects et les mêmes phénomènes : démangeaison vive qui se traduit par une grande tendance de l'animal à se gratter ; puis élévation des poils, qui en même temps prennent une teinte fauve et terne et tombent. Chez le premier bœuf, ces plaques s'étaient tellement multipliées, que la peau était dépourvue de poils sur tout le haut de la tête, au pourtour des yeux, sur les flancs et au bas des fesses.

Le 20 janvier 1852, la maladie décroît chez le premier bœuf ; il commence à manger, le poil repousse, le second bœuf est encore malade et le veau commence à l'être. Chaque jour, le matin, Jean V... et sa fille, robuste fille des champs, pansent leur bétail et étrillent les bœufs malades.

Or, le 26 décembre 1851, V... voit se développer à son avant-bras droit une petite tache rouge semblable à une piqûre de puce, et accompagnée d'une démangeaison assez vive. (La santé générale est bonne.) Bientôt cette papule rouge s'étend en gagnant de proche en proche, et, au bout de vingt-cinq jours, je trouve une plaque régulière de 5 centimètres de longueur sur 4 de largeur, de forme oblongue, ayant son siége à 4 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet et au côté interne du bras. Cette plaque est rugueuse et parsemée de petits points purulents.

Tout autour de la plaque existe un rebord plus élevé qu'au centre, et, en dehors de ce cercle rugueux, on remarque une série de petites papules rouges existant à la base de chaque poil. Chaque papule s'acumine, soulève le poil qui tombe alors ; si on l'arrache, il entraîne à sa suite une gouttelette de pus blanc bien lié.

Le bord, qui est saillant, forme comme deux versants : sur le versant intérieur, des plaques d'épiderme qui s'enlèvent ; sur le versant extérieur, de petites pustules qui naissent. L'un est blanchâtre, l'autre rouge ; de telle sorte que, vus à la loupe, l'un paraît éclairé, l'autre dans l'ombre. Le cercle inflammatoire va en s'éteignant peu à peu : à 1 centimètre de la crête il n'existe plus. Des furfurs couvrent le centre de la plaque ; la peau y est rugueuse, ridée, fendillée, et parsemée, comme je l'ai déjà dit, de petits points qui suppurent. On n'y voit plus aucuns poils.

La plaque ne cause pas d'autre douleur qu'une vive démangeaison ; çà et là, sur l'avant-bras, on voit d'autres petites papules rouges, peu étendues, commencement de la même affection.

Anne V..., âgée de quinze ans, d'une constitution lymphatique, non réglée, vigoureuse du reste, soigne le bétail comme son père. Elle est atteinte de deux plaques, une à l'avant-bras droit, l'autre à l'avant-bras gauche. Celle du côté gauche est située à 3 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet : elle a 5 centimètres de diamètre ; elle est ronde, plus rouge à la circonférence qu'au centre, qui est rugueux, crevassé, recouvert de furfurs ; mais on ne trouve pas de points suppurés. (Bonne santé, du reste.) A l'avant-bras droit il existe une plaque de 3 centimètres de large, parfaitement ronde, située, comme précédemment, à 3 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne et au côté interne. Elle est en tout semblable à la précédente. On sent le bourrelet extérieur de la plaque : il est plus rouge que le centre : mais il n'existe pas de pustules apparentes. Il est beaucoup moins saillant chez cette fille que chez son père.

Chez elle, la première plaque s'est montrée à la fin de décembre, la plus petite le 20 février. Depuis le 1er mars, au-dessus de la plaque du bras gauche, il s'en montre une autre qui a 15 millimètres de diamètre. (Démangeaison.)

Chez le père, comme chez la fille, il n'y a rien sur le reste du corps ; la santé n'est pas altérée. J. V... se souvient que son père a été atteint de la même affection en soignant une vache malade. L'avant-bras droit était aussi le siége du mal, qui n'eut, du reste, aucune conséquence fâcheuse, mais persista pendant longtemps, sans qu'il puisse me dire quelle fut sa durée.

Prescription commune aux deux malades : Tisane de daphné mézéreum ; application de cataplasmes de riz jusqu'à ce que la rou-

---

effet, par un accident de ce genre, éprouvé un notable préjudice.

Dans un feuilleton intéressant de l'*Union médicale* sur le sujet qui nous occupe, notre savant confrère, M. Brierre de Boismont, a emprunté aux souvenirs de la marquise de Créqui l'histoire tragique de la nièce du prince de Radzivill. Cette jeune fille avait ressenti, tout enfant, un vif effroi, à l'aspect d'une toile appendue dans une grande salle, et figurant la Sibylle de Cumes. Involontairement, l'idée lui vint que ce tableau causerait sa mort. Pendant douze années, elle évita de traverser la chambre où il était fixé. Prête, cependant, à contracter une alliance désirée, et au bal des fiançailles, elle oublie un instant ou domine sa répulsion. Les invités se précipitent joyeusement dans la grande salle ; la jeune fiancée y pénètre elle-même ; mais à peine un domestique a-t-il refermé la porte, que le tableau se détache des lambris ébranlés et la tue sur place.

Delasiauve.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Au *Conseil académique de Montpellier*, les voix pour l'élection de deux candidats à la chaire d'opérations et appareils se sont réparties comme il suit : au 1er tour, 3 voix ont été données à M. Serres (d'Alais) et 12 à M. Courty ; un bulletin portait les deux candidats, *ex æquo* ; — au 2e tour, 7 à M. Serres, 7 à M. Goffres, et 2 à M. Chrestien. Un scrutin de ballottage ayant été établi entre M. Serres et M. Goffres, le dernier a eu 9 voix et le premier 7. — M. Chrestien, qui n'avait pas obtenu un seul suffrage devant la Faculté, avait adressé au Conseil, avant sa réunion, un *supplément* à l'exposé de ses titres scientifiques, où nous voyons qu'il invoque la justice rendue par plusieurs écrivains, par nous-même en particulier, à la Gazette médicale de Montpellier, lorsqu'elle a disparu de la scène.

— M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours public d'opérations obstétricales, le vendredi 11 juillet, à quatre heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi. Ce cours sera terminé le 15 août.

— Le père de M. le docteur Amussat vient de faire don, au nom de son fils, à l'association de prévoyance des médecins du département de la Seine de la somme de 4000 fr.

geur et la démangeaison se soient calmées ; puis, ensuite, frictions deux fois par jour avec la pommade de goudron.

Le 30 mars suivant, je vis Jean V... et sa fille. Ils étaient tous deux parfaitement guéris ; il ne restait plus, à la place des plaques indiquées plus haut, qu'un peu de rugosité de la peau.

Réflexions. — A quelle sorte de maladie cutanée avons-nous affaire ? Dans quelle classe peut-on la ranger ? Telles sont les questions qui se présentent après la lecture de cette observation. Question assez difficile, peut-être, à résoudre, si l'on considère que la maladie n'a pas offert précisément les mêmes caractères chez tous les individus affectés. Un premier fait à noter est celui de la transmission du mal d'un animal à un autre, et, en dernier lieu, de l'animal à l'homme. La contagion est ici trop évidente pour qu'on puisse la nier. Trois animaux sont successivement atteints du même mal, et c'est à la partie qui avoisine le premier malade qu'il débute. Puis ensuite V... et sa fille sont atteints : c'est à la partie immédiatement en contact avec la peau de l'animal (quand ils se servent de l'étrille) que les plaques se montrent. On ne peut admettre ici, ce me semble, le fait d'une simple coïncidence : La coïncidence possible d'une même maladie chez plusieurs individus de la même espèce ne peut plus être invoquée, quand on voit la maladie se développer en même temps chez les animaux et chez l'homme ; car ici les conditions premières de développement chez l'être inférieur ne peuvent probablement pas avoir concouru au développement de la même affection chez l'homme. La contagion est manifeste.

Du fait même de cette contagion on peut déduire des considérations importantes. En effet, on ne peut nier que la nature des plaques soit la même chez tous les individus atteints, et, le phénomène saillant étant la chute des poils de l'animal primitivement malade, on peut considérer cette maladie comme occupant le bulbe. Ne serait-ce point le *porrigo decalvans*, que Bateman avait rangé parmi les teignes, et que, plus tard, on a rattaché à l'ordre des squames et rapproché du *pityriasis capitis?* Pourrait-on la rapporter à l'herpès furfureux de Festal ?

Chez la jeune fille, au bras, où le système pileux n'est pas apparent, on ne voit point de pustule ; il ne se fait à la surface de la plaque aucun travail sécréteur appréciable : le bord est rouge, saillant ; puis, au centre de la plaque, la peau reprend peu à peu son état normal, et l'on croit avoir affaire à une lèpre vulgaire ou à un psoriasis orbiculaire (dartre squameuse orbiculaire d'Alibert).

Sur le bras de l'homme, au contraire, chaque poil est le siége, à sa base, d'un travail de suppuration bien constaté ; on voit çà et là des pustules jaunes, déprimées et traversées par un poil : c'est une véritable teigne affectant une forme spéciale, conglomérée, orbiculaire. Est-ce donc une affection pustuleuse, ou bien appartient-elle à l'ordre des squames ? Nous laisserons cette question pendante, en nous bornant à conclure de cette observation que cette maladie peut se transmettre par le contact immédiat. Est-elle susceptible de prendre un développement plus considérable que celui que nous avons constaté ? Peut-elle avoir des conséquences fâcheuses ? D'autres pourront se trouver dans le cas de l'observer et de le dire. Quant à nous, n'ayant été témoin que du seul fait que nous venons de rapporter, nous ne pouvons nous prononcer. Je termine par cette réflexion, qui me semble justifiée par ce qui précède : c'est qu'il est plus important de connaître l'élément de la peau atteint dans une maladie de cet organe, que la forme apparente de la maladie. Celle-ci peut varier et donner lieu à une certaine confusion qui n'existerait pas, si, faisant abstraction de l'apparence extérieure, on ne considérait dans le mal que son siége anatomique.

Chandeley.

Quelques remarques au sujet de la précédente observation. — L'observation rapportée par M. le docteur Chandeley est curieuse à plus d'un titre. D'abord, elle se rattache à une question de pathogénie encore assez obscure, c'est-à-dire à la transmission possible de certaines affections cutanées des animaux à l'homme. Nous avions déjà recueilli, à la clinique de l'École d'Alfort, des faits analogues qui ne nous laissaient aucun doute à cet égard. Aussi n'hésitons-nous pas à admettre complétement l'opinion émise par notre honorable confrère.

Il eût été intéressant de pouvoir préciser si la maladie gagnée par V... et sa fille avait conservé la faculté de se transmettre par contagion (ce que nous n'avons jamais pu vérifier), ou si elle rentrait dans les faits signalés par M. Cazenave, et qui tendent à établir que certaines affections de la peau paraissent devenir exceptionnellement contagieuses, quand elles siégent sur des points où le système pileux domine.

L'observation de M. Chandeley présente quelques particularités remarquables sous le rapport des divers phénomènes qui se sont produits ; et à ce point de vue notre confrère a eu raison de dire que, pour apprécier de tels faits, le guide le plus sûr serait la connaissance du siége anatomique des maladies de la peau. C'est à ce but, en effet, que la dermatologie doit tendre de toutes ses forces, parce que c'est là qu'est la vérité.

Cependant, une maladie de la peau étant donnée, sa forme extérieure a une importance réelle pour le diagnostic. Ainsi, d'après la description si claire que M. Chandeley a donnée de l'éruption dont les trois animaux étaient atteints, celle-ci semblerait, par le soulèvement et la forme arrondie des plaques, par leur aspect chagriné, l'alopécie enfin, se rapprocher de ce que M. Cazenave appelle l'*herpès tonsurant*. Mais certainement il ne saurait être question ici du *porrigo decalvans* de Bateman, qui n'est qu'un *vitiligo* caractérisé par des plaques où la peau est unie, lisse, glabre, décolorée.

Il faudrait en dire autant de l'affection de la fille V..., qui paraîtrait, par sa marche excentrique, par son caractère furfureux, par la tendance du centre à redevenir sain, tenir de l'herpès circiné, circonstance curieuse, en ce qu'elle la rapprocherait des faits où cette forme est évidemment produite par le contact de l'herpès tonsurant chez l'homme.

Quant à la maladie du sieur V..., il est au moins très difficile d'en préciser la nature. Ce qui semble certain, c'est qu'il y a eu une inflammation des glandes pilifères traduite par ces petites pustules situées à la base et autour des poils, de manière à être traversées par eux. Ce phénomène, très curieux et fort bien apprécié d'ailleurs, nous paraît résumer, en y joignant le prurit, les caractères assignés par Willan au *lichen pilaris*, éruption peu étudiée jusqu'ici, et dont nous nous proposons, dans une circonstance plus opportune, d'apprécier l'importance anatomo-pathologique. Sous le rapport de la forme conglomérée, arrondie des plaques, la maladie aurait de l'analogie avec le *lichen circumscriptus*.

Mais, la part faite à ces questions de forme, il reste l'intérêt véritable que soulève la double question, et de la contagion, si bien établie par M. le docteur Chandeley, et de la diversité des symptômes observés chez les animaux et chez V... et sa fille.

Maurice Chausit.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Renvoyé au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Raimbert* sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1855 dans l'arrondissement de Châteaudun (Eure-et-Loir) : — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département d'Indre-et-Loire (*Commission des épidémies*) : *c.* Les rapports de M. *Donet* et de M. *Dupont*, élèves en médecine, sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1854 dans le département des Basses-Pyrénées : — *d.* Un mémoire dans lequel M. *Proult*, officier de santé, rend compte des résultats qu'il a obtenus en employant le quinquina dans le traitement du choléra-morbus : — *e.* Une lettre du gérant du consulat de France à Caracas, sur un mode de traitement du choléra employé par M. le docteur *Blanco*, médecin de la Faculté de Caracas. (*Commission du choléra de* 1854.) — *f.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Basses-Alpes, du Tarn, du Bas-Rhin, de l'Allier. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* La relation d'une épidémie de typhus observée à l'hôpital de Châtellerault sur des militaires du 27e régiment de ligne, par M. le docteur *Jules Mascarel*. (*Commission* déjà nommée, M. *Michel Léry*, rapporteur.) — *b.* Un mémoire de M. *Delean* sur l'emploi du perchlorure de fer dans les maladies. (*Comm.:* MM. Robert, Trousseau, Ricord, *rapporteur.*) e. La formule et un échantillon d'un nouveau sparadrap agglutinatif, par M. *Canquoin*, de Dijon. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) *d.* Une lettre de rappel de M. le professeur *Heyfelder*, d'Erlangen, relativement à un mémoire qu'il a présenté à l'Académie en 1853, et sur lequel M. *Huguier* devait faire un rapport. — *e.* Un mémoire de M. le docteur *Bourguet*, d'Aix, sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables dans le traitement des kystes volumineux, des collections purulentes et des hydropisies articulaires étendues, etc. (*Comm. :* MM. Velpeau et Laugier.) — *f.* Le tableau des vaccinations pratiquées de 1847 à 1855 dans le canton d'Auriol (Bouches-du-Rhône), par M. le docteur *Chaffard*. (*Commission de vaccine.*) — *g.* Une pince destinée à simplifier l'opération du trichiasis, et exécutée par M. *Mathieu*, fabricant d'instruments.

M. *Bussy*, président, annonce la mort de M. le docteur *Warren* (de Boston), associé étranger.

M. *le président* fait savoir à l'Académie qu'il y a cinq places vacantes dans les rangs des membres titulaires. Les nouveaux règlements de la Compagnie, depuis la suppression de l'article 85, attribuant au conseil le soin de déclarer les vacances, celui-ci, par une décision récente, a statué qu'il serait prochainement pourvu à deux élections, une dans la *section de pharmacie* et une dans la *section de pathologie chirurgicale*. Le choix du conseil a porté d'abord sur ces deux sections, parce que deux places sont vacantes dans la section de pharmacie, et parce qu'il n'a pas été fait depuis longtemps de remplacement dans la section de pathologie chirurgicale.

Après quelques réflexions de MM. *Moreau* et *Bégin*, l'Académie adopte la décision du conseil.

Lectures et Rapports.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — M. *Briquet*, médecin de la Charité, lit un *Mémoire sur l'élimination des médicaments ingérés en général, et en particulier sur celle des alcaloïdes du quinquina.*

Dans les préliminaires de ce travail, l'auteur distingue l'aliment du médicament, définit l'élimination, et rappelle sommairement les travaux entrepris sur cette matière par Wöhler, Kramer (de Milan), Orfila, et, à une époque moins éloignée par MM. Chatin, Millon et Laveran, Orfila neveu, et Cl. Bernard. Mais ces recherches ont été faites au point de vue de la toxicologie ou de la physiologie ; et c'est pour montrer quel parti la pathologie et surtout la thérapeutique peuvent à leur tour tirer de l'étude de l'élimination, que l'auteur a institué une série d'expériences sur l'élimination des alcaloïdes du quinquina, substances médicamenteuses dont le mode d'administration peut être le plus varié, et qu'il est le plus facile de suivre à travers les filières de l'économie animale.

M. Briquet recherche d'abord si les alcaloïdes du quinquina s'éliminent par des voies qui leur soient spéciales. Il résulte des travaux de M. Landerer (d'Athènes), de M. Quevenne et de l'auteur, qu'on ne trouve que des traces de quinine dans les larmes, dans le mucus des bronches, dans la salive et dans le lait.

M. Briquet s'est assuré par des recherches très variées et par de nombreuses analyses chimiques confirmées par les expériences de M. Regnault, pharmacien en chef de la Charité, que s'il existe quelque peu de quinine dans les sueurs des malades qui prennent du sulfate de quinine, elle ne s'y trouve qu'en quantités inappréciables, et que, dans tous les cas, ce liquide ne peut servir de voie d'élimination à cet alcaloïde.

Pour la bile et pour le suc intestinal, on en est réduit à des conjectures ; mais ces conjectures sont telles qu'elles équivalent presque à la certitude que les liquides exhalés ou sécrétés à la face interne du tube digestif ne servent pas de voie d'élimination aux médicaments.

Mais de quelque manière que les alcaloïdes du quinquina aient été administrés, et quel que soit l'alcaloïde (quinine, cinchonine, quinidine, cinchonidine, quinicine et cinchonicine) qui a été donné, dès qu'il a été absorbé en quantité de 8 à 10 centigrammes, on le retrouve dans les urines.

Il résulte de ce fait, qui est en harmonie avec tout ce que les observateurs avaient reconnu jusqu'à présent, que les urines sont la voie de dépuration de l'économie.

Les recherches de M. Briquet ont porté sur l'examen de près de six mille échantillons de liquide.

Il fallait trouver un moyen facile, prompt et à la portée du clinicien. L'auteur a cru pouvoir le trouver dans la comparaison de la densité des précipités fournis par l'iodure de potassium.

Or cette comparaison peut se faire très aisément et très exactement, et elle donne des résultats tels qu'on peut être certain de ne pas commettre des erreurs de plus de 2 centigrammes par litre dans la quantité des alcaloïdes contenus dans un liquide aqueux.

L'auteur veut qu'on prenne les précautions suivantes : 1° Le réactif à choisir doit être l'iodure ioduré de potassium dont il a donné la composition dans un autre travail. 2° Il faut ajouter au liquide en expérience, afin de favoriser la combinaison, une très petite quantité d'acide sulfurique étendu de six fois son poids d'eau. 3° Dans les cas où il n'y a pas plus de 3 à 4 centigr. d'alcaloïde par litre, il faut ajouter une solution de ce même alcaloïde, au degré suffisant pour avoir un précipité. 4° Dans tous les cas, l'urine est mise à parties égales avec la solution iodurée dans un tube gradué ; le précipité se produit à l'instant même où le mélange se fait. Il ne reste plus qu'à le comparer à celui que donnent des solutions d'alcaloïdes du quinquina à des degrés connus, mêlées avec parties égales d'urine normale. Enfin l'expérimentation montre que les cinq alcaloïdes du quinquina donnent exactement avec l'iodure de potassium le même précipité d'iodure d'alcaloïde, ayant la même couleur et la même densité.

Époque à laquelle l'élimination commence à se faire. — Pour résoudre cette question, M. Briquet a institué deux séries d'expériences : dans la première, il a administré à 8 malades adultes et à jeun 1 gramme de bisulfate de quinine en un seul trait ; dans la seconde, il a donné le même médicament à 8 autres malades dans les mêmes conditions, mais à la dose de 20 centigrammes.

Chez les malades qui ont pris le sulfate de quinine en une seule fois, l'élimination a été bien plus abondante pendant les douze premières heures de la journée que pendant les douze dernières.

Ainsi chez les malades qui prirent de cette manière 1 gramme de sulfate de quinine, il y avait en 21, 20, 23 et 24 centigrammes d'éliminés dans les douze premières heures du jour, et seulement 11, 12, 12 et 17 dans les douze autres. Néanmoins, durant cette période, la quantité d'urines rendues a été d'un cinquième plus grande que dans la première période de la journée.

Quand le sulfate de quinine a été pris par fractions pendant un

laps de temps de trois à quatre heures, naturellement l'apparition du précipité se fait plus tard. Ordinairement elle a lieu au bout de deux à trois heures ; mais en revanche le précipité se maintient plus longtemps, et la différence entre la quantité de quinine rendue pendant chacune des deux moitiés de la journée est moins grande que quand le sel était pris d'un seul trait.

L'auteur conclut de ces résultats : 1° Que l'élimination ne se fait pas avec la même promptitude pour toutes les substances : celles qui sont les plus incompatibles avec notre économie, telles que les sels métalliques, sortent très promptement ; celles, au contraire, qui se rapprochent plus de notre organisation, telles que les alcaloïdes organiques, et en particulier ceux du quinquina, sont mieux tolérées et moins vite repoussées. 2° Que la quinine ayant été éliminée au bout d'une demi-heure, comme il faut un certain temps pour que de l'estomac elle passe dans le sang et que de là elle soit distribuée dans les divers organes, puis qu'elle soit séparée du sang par les reins, il faut supposer que l'absorption de la quinine se fait aussitôt que cette substance est mise en contact avec la muqueuse gastrique. (La présence de la quinine dans les urines prouve que les troubles cérébraux particuliers à ceux qui prennent une haute dose de ce médicament, ne sont pas un effet de communication nerveuse de l'estomac à l'encéphale, mais qu'ils dépendent tout directement de la présence de la quinine dans l'encéphale lui-même.) 3° Il est évident que la puissance de l'absorption est grande, puisqu'au bout d'une demi-heure l'élimination se fait avec une force qui est égale aux deux tiers de ce qu'elle sera lorsqu'elle aura atteint son maximum. 4° Puisque l'élimination est plus rapide quand le médicament est en quelque sorte donné par masse qu'à doses fractionnées, il est évident qu'il faudra choisir cette dernière méthode quand on aura du temps devant soi et qu'on voudra prolonger le contact du médicament.

Marche de l'élimination. — Les résultats des recherches de l'auteur à ce sujet, exposés dans un tableau numérique, peuvent se résumer de la manière suivante. On y observe :

1° Une concordance remarquable entre tous les chiffres des moyennes. Les chiffres partiels pour chaque jour et pour chaque malade offrent des oscillations qui dépendent de deux ordres de causes : Le premier tient à la quantité d'urine rendue dans une journée ; l'élévation ou l'abaissement des chiffres de chaque jour pouvant varier avec le plus ou moins d'urine rendue ce jour-là : c'est là ce qui explique pourquoi le chiffre étant faible un jour devient quelquefois fort le lendemain, et *vice versâ*. Le second ordre de causes dépend du malade, et provient de diverses circonstances qui seront examinées plus tard.

2° Une marche assez graduelle dans l'élimination, qui est assez forte le premier jour et qui va ensuite généralement en décroissant avec une sorte de régularité.

3° Une proportionnalité constante entre la quantité de médicament qui a été prise et celle qui est éliminée.

4° Enfin, une régularité remarquable dans la constance du chiffre de l'élimination, puisque ce chiffre est dans toutes les moyennes, à très peu près, la moitié de la quantité ingérée, quelle qu'en soit la dose, forte ou faible.

Il résulte de cette proportionnalité entre la quantité d'alcaloïde administrée et la quantité éliminée, ainsi que de cette constance dans le chiffre de l'élimination, que l'expulsion des substances étrangères à l'économie n'est pas un acte irrégulier et soumis à beaucoup de variations, mais qu'au contraire c'est une véritable fonction qui se fait suivant des lois fixes et bien déterminées.

Comme les faibles variations qu'on observe dans la quantité de substances éliminées doivent dépendre du pouvoir absorbant, l'étude de l'élimination deviendra en définitive celle de l'absorption, et c'est en vue de l'absorption des médicaments que M. Briquet s'est livré à ces recherches sur l'élimination.

Puisque l'élimination n'entraîne que la moitié des alcaloïdes ingérés, que devient l'autre moitié ?

M. Briquet pense que les alcaloïdes subissent une transformation dans les secondes voies et se brûlent dans le sang, comme il arrive pour le sucre, l'amidon, la gomme, etc. Mais quelle que que soit la quantité d'alcaloïde qui se brûle dans le sang, tout porte à faire supposer qu'il en reste une quantité notable dans les tissus, et que cette portion s'élimine avec le temps d'une manière insensible, de telle sorte que la plus grande partie de ces substances est absorbée quand elles sont dans des conditions favorables.

Durée de l'élimination. — Les alcaloïdes du quinquina sont assez rapidement expulsés de l'économie, et le temps pendant lequel se fait leur élimination est peu variable.

Quand les quantités ne dépassent pas 50 centigrammes de sulfate de quinine pris en une seule fois, l'élimination dure ordinairement trois jours ; quatre jours pour 60 centigrammes à 1 gramme ; cinq à six jours pour une dose de 15 décigrammes à 2 grammes.

Lorsque le sel de quinine est pris plusieurs jours de suite, la durée de l'élimination après la cessation de l'emploi du médicament varie un peu selon le temps qu'a duré la médication.

Deux circonstances viennent apporter quelques modifications à cette règle générale.

La première est la quantité d'urines rendues par les malades. La quantité normale est d'environ 1 litre à 12 décilitres. Si cette quantité est augmentée, l'élimination va plus vite ; si au contraire elle est moindre, l'élimination va plus lentement. La seconde circonstance est le plus ou moins de tolérance avec laquelle l'alcaloïde a été supporté. Chez les malades qui supportent mal les alcaloïdes du quinquina, l'élimination se fait en général assez rapidement. Elle est lente, au contraire, chez les sujets qui paraissent insensibles à l'action de ces médicaments. (*Comm. :* MM. Trousseau et Bouchardat.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Poggiale*, pharmacien en chef au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : *Recherches sur la cause de la coloration noirâtre du pain de munition fabriqué du 7 au 8 avril à la Manutention militaire de Paris.* L'auteur résume lui-même le résultat de ses études dans les conclusions suivantes :

1° La farine du blé tendre d'Espagne qui a servi à la fabrication du pain coloré est de bonne qualité ; employée seule, elle fournit du pain blanc.

2° Les farines de blé dur d'Afrique charançonné, de Salonique et de Smyrne sont de qualité inférieure ; elles contiennent du gluten altéré, et cette altération est due à une circonstance tout accidentelle.

4° La coloration du pain doit être attribuée à ces farines, et particulièrement à celle de Salonique.

3° Cette coloration ne se manifeste qu'après la fermentation panaire, la cuisson et surtout le refroidissement du pain.

5° Le biscuit préparé sans levain avec ces mêmes farines est blanc.

6° Le pain coloré contient un nombre prodigieux d'infusoires.

7° On ne rencontre pas ces animalcules dans les farines et le biscuit.

8° Le développement des infusoires et l'altération du gluten sous l'influence de la fermentation et de la cuisson sont la cause de la coloration du pain. (*Comm. :* MM. Michel Lévy, Guibourt et Boudet.)

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur *Godelier*, professeur au Val-de-Grâce, donne lecture du *Résumé d'un mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce de janvier à mai 1856.* L'auteur insiste particulièrement sur la nature essentiellement contagieuse du typhus, dont il fournit des preuves cliniques bien frappantes ; sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, suffisamment établie par des différences capitales dans le mode d'invasion, la marche, la symptomatologie et l'anatomie pathologique des deux affections ; enfin sur l'identité du typhus fever d'Angleterre avec le typhus contagieux d'Orient qui vient de sévir avec tant de rigueur sur nos armées. (*Commission déjà nommée.*)

CHIRURGIE. — M. le professeur *Denonvilliers* présente à l'Académie une jeune fille de vingt ans à laquelle il a pratiqué avec

succès plusieurs opérations successives d'autoplastie, pour remédier à un énorme ectropion des deux paupières de l'œil gauche. (Voir *Gaz. hebd.*, n° 24, p. 410.)

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Etats pathologiques de l'appareil d'accommodation.

M. A. de Graefe (de Berlin) présente quelques observations sur les maladies de l'appareil de l'adaptation dont nous reproduisons les points principaux.

Depuis l'invention de l'ophthalmoscope, les physiologistes se sont principalement occupés de l'étude de l'optique physiologique. Le résultat de leurs recherches a été la découverte de ce fait important, que, pendant l'accommodation, les milieux réfringents subissent des modifications déterminées, découverte qui a comblé une lacune vivement sentie par tous les hommes de l'art. Les hypothèses que Treviranus, Haldat, Vallée, Sturm et Engel ont édifiées au sujet de l'accommodation, nous portent à revenir en peu de mots sur quelques lois élémentaires de la dioptrique. La distance focale (f) d'une lentille dépend de son rayon de courbure (r) et de l'indice de réfraction (m) du milieu qui la constitue. Cette loi est exprimée par la formule $f = \frac{m}{m-1} r$. Supposons que la distance focale soit connue, et que les rayons viennent d'un point déterminé a, ils se rassembleront, par exemple, dans le point α, et nous aurons la formule $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{\alpha}$, ou $\frac{1}{\alpha} = \frac{1}{f} - \frac{1}{a}$, c'est-à-dire que la distance focale diminue à mesure que le point lumineux s'éloigne, et *vice versâ*. Beaucoup de physiologistes prétendaient que cette loi ne pouvait être appliquée à l'œil humain, parce qu'il n'était pas constitué par un milieu homogène, et que les rayons ne pouvaient plus se réunir dans le premier milieu, l'air, mais qu'ils restaient dans le milieu réfringent même. Cette objection est écartée par la formule $\frac{1}{\alpha} = \frac{1}{f} - \frac{1}{ma}$, dans laquelle m représente l'indice de réfraction d'une lentille, et f la distance focale. Il résulte de cette formule que le rapport entre a et α reste le même.

L'œil étant composé de milieux réfringents différents, on a longtemps cru que la distance focale restait la même pour les différentes distances des points lumineux; Treviranus a même cherché à démontrer mathématiquement la vérité de cette opinion. Kohlrausch, de son côté, fit voir que les calculs de Treviranus n'étaient pas justes, tandis que J. Müller démontra la réalité de l'accommodation par l'expérience connue avec les épingles alignées et placées à des distances différentes. Le seul résultat positif que Haldat, Sturm, etc., aient obtenu, est que, dans un appareil composé de plusieurs lentilles, la différence des distances focales (α) est moindre que dans un appareil à une seule lentille, les points lumineux (a) étant placés à des distances différentes. Le défaut principal des expériences de Valentin, Magendie etc., etc., consistait en ce qu'ils opéraient avec des objets trop petits, de sorte que la différence des images leur échappait, ce qui n'aurait pas eu lieu s'ils avaient observé ces images à des grossissements considérables. Aujourd'hui nous pouvons admettre comme positif, sans craindre de nous éloigner trop de la réalité, qu'on peut substituer aux différents milieux réfringents de l'œil un plan réfringent en général, et que le rapport réciproque entre a et α, dont nous avons parlé plus haut, trouve sa raison d'être dans l'œil humain. Cet organe doit nécessairement être en état de modifier les conditions de réfraction qu'il présente. Il est inutile de revenir sur toutes les théories émises à ce sujet depuis que MM. Max Langenbeck, Cramer et Helmholtz ont démontré quels étaient les changements qui s'y opéraient en réalité.

En 1849, M. Max Langenbeck appela l'attention des physiologistes sur ce fait important, que, dans la vision de près, l'image réfléchie par la crystalloïde antérieure devenait plus petite; mais cette découverte ne fut point appréciée comme elle le méritait. Cramer fut le premier qui, au moyen d'un appareil exact, réussit à démontrer l'évidence de ce changement de l'image réfléchie par la capsule antérieure, et c'est alors seulement que cette vérité fut acceptée. Le savant professeur de Groningen pensait que, dans la vision de près, la crystalloïde antérieure faisait un mouvement en avant, opinion dont il ne put alors prouver la vérité. Mais il parvint à trouver la cause du changement de forme de l'image réfléchie par la crystalloïde antérieure, en démontrant que, dans l'adaptation de la vue à courte distance, la circonférence de l'iris se portait en arrière et comprimait le cristallin de la périphérie vers le centre. Sans connaître les travaux de Cramer, Helmholtz avait constaté que, dans la vision de près, non-seulement la crystalloïde antérieure devenait plus convexe, mais que le même changement s'opérait aussi dans la crystalloïde postérieure, et que, par conséquent, la circonférence du cristallin devenait plus petite. En outre, il fit voir que, dans l'adaptation, l'iris changeait de forme; et enfin il détermina les modifications du rayon de courbure du crystallin, et trouva qu'elles suffisaient à l'accommodation.

M. de Graefe, de son côté, avait fait l'observation que des personnes atteintes de paralysie de tous les muscles oculaires, par suite d'affections de l'orbite, possédaient entièrement la faculté d'accommodation, et que les mouvements de l'iris se faisaient librement, ce qui prouve que l'adaptation ne dépend point des muscles oculaires.

A l'état normal, l'œil de l'homme possède la faculté de s'accommoder depuis une distance de 15 centimètres jusqu'à celle de 2 mètres environ, chiffres qui représentent les deux limites du champ de vision distincte; beaucoup de physiologistes placent la deuxième limite à une distance infinie, ce qui est inexact, car même un œil normal aperçoit des objets très éloignés plus distinctement au moyen d'un verre d'une faible concavité, et la grandeur des images sur la rétine, encore visibles, augmente outre proportion lorsque l'objet se trouve placé au delà de la deuxième limite, ce qui prouve que l'adaptation ne se fait plus bien. Entre les deux limites du champ de la vision distincte se trouve la région de l'accommodation moyenne, et ce n'est que dans l'étendue de cette région que les yeux peuvent supporter un travail soutenu sans trop se fatiguer. Cette distinction est importante pour l'intelligence des états pathologiques dont nous traiterons plus tard : cette région moyenne commence à 20 centimètres environ de l'œil, et comprend une étendue d'à peu près 2 décimètres. On lui a donné le nom de *mésoroptre accommodatif*.

Pour déterminer la portée moyenne de la vue de l'homme, on se sert d'optomètres, instruments fondés sur l'expérience de Scheiner. Tous les optomètres cylindriques construits par Young, Stampfer et autres, ont de grands défauts et ne procurent que des résultats imparfaits. Examinés au moyen de ces instruments, les malades n'ont pas le sentiment de la distance de l'objet; ils accommodent tantôt d'une manière, tantôt d'une autre, et donneront ainsi des résultats contradictoires. En outre, la perception distincte des formes, dont on fait communément dépendre une accommodation parfaite, ne peut avoir lieu dans ces cylindres.

Au lieu de ces optomètres, M. de Graefe emploie un petit cadre dans lequel sont tendus parallèlement et à distances égales des fils métalliques. A travers les intervalles de ces fils, le malade peut apercevoir le mur d'une maison, par exemple, et il a de cette manière le sentiment exact de la distance. Lorsqu'on éloigne l'instrument au delà des limites de la faculté d'adaptation du malade, les fils métalliques ne lui paraissent que d'une manière confuse, et présentent les doubles images colorées qui caractérisent la diplopie monoculaire. Il est important que ces fils soient aussi fins que possible, l'expérience ayant démontré que plus un objet est fin, moins il est facile de supprimer les cercles de diffusion. Le cadre coule sur un petit bâton divisé en centimètres, qu'on appuie sur le front du malade, et de cette manière on peut examiner exactement la faculté d'accommodation, soit pour des objets placés verticalement lorsque les fils ont une direction verticale, soit pour des objets pla-

cés horizontalement, en tournant le cadre de manière à donner aux fils une direction horizontale.

Nous essaierons maintenant de donner, d'après M. de Graefe, un résumé des maladies principales de l'appareil de l'accommodation, en nous arrêtant un peu plus longtemps sur celles qui sont moins connues.

Les maladies les plus fréquentes de l'appareil de l'accommodation sont la myopie et la presbytie. Dans la première, les deux limites du champ de la vision distincte sont plus rapprochées de l'œil qu'à l'état physiologique ; dans la dernière elles en sont plus éloignées. Dans un troisième état pathologique, c'est le mésoroptre accommodatif seul qui est déplacé, tandis que les limites du champ de la vision distincte se trouvent à peu près à la distance normale. Dans la paralysie de la faculté d'adaptation enfin, la première limite du champ de la vision distincte est plus éloignée de l'œil qu'à l'état physiologique, et la deuxième en est plus rapprochée, c'est-à-dire que l'accommodation parfaite ne peut avoir lieu, pour ainsi dire, que dans un plan vertical.

I. *Myopie.* — L'œil myope est corrigé par des verres concaves qui lui rendent, théoriquement parlant du moins, la faculté normale d'accommodation ; car ce but n'est pas atteint d'une manière complète, les verres concaves faisant paraître les images sur la rétine plus petites qu'elles ne le sont dans l'œil normal, de sorte que le champ de l'accommodation est un peu plus limité. Les verres concaves servent aussi comme moyen de diagnostic différentiel de la myopie. Qu'un œil soit en état de distinguer parfaitement de petits objets très rapprochés de lui, cette circonstance ne permet pas encore de le déclarer atteint de myopie, du moins pas de myopie pure, ce dernier diagnostic ne pouvant être établi d'une manière certaine que lorsque nous avons trouvé un verre concave qui rétablit approximativement le champ normal de l'accommodation. Dans les cas où des verres concaves faibles agrandissent un peu le champ de la vision distincte, tandis que des verres concaves plus forts rendent la vision tout à fait impossible, parce qu'ils font paraître les images sur la rétine trop petites, il y a myopie compliquée d'amblyopie. Dans l'amblyopie pure, l'usage de verres concaves est nuisible ; les malades ne portent les objets si près de leurs yeux que pour les voir sous le plus grand angle possible.

Il arrive souvent que des individus faiblement myopes, qui lisent encore à une distance de 60 centimètres environ, ne distinguent qu'imparfaitement des objets très grands mais plus éloignés, objets qu'une personne fortement myope voit quelquefois bien plus distinctement qu'eux ; cependant, lorsqu'on examine la portée de leur vue, on trouve que la deuxième limite du champ de la vision distincte se trouve à une distance de 50 à 60 centimètres de leurs yeux ; en un mot, qu'elle en est bien plus éloignée que ce n'est ordinairement le cas chez des personnes atteintes de myopie très prononcée. On a donné à cette singulière affection le nom de myopie *in distans* ; nous essaierons d'en donner une explication plausible.

A priori, on peut admettre deux causes :

1° Les petits cercles de diffusion, qui proviennent d'objets éloignés au moment où l'œil s'accommode pour la vue à la deuxième limite, suffisent pour troubler la faculté de perception de la rétine, comme cela se voit dans l'hyperesthésie de cette membrane ; ou

2° L'œil, en regardant un objet éloigné, ne s'accommode pas pour la vue à la distance de cet objet, mais pour la vue à un point plus rapproché, peut-être même pour celle à la première limite, de manière que la grandeur des cercles diffus devient très considérable.

Nous verrons que cette dernière manière de voir est exacte, quand même on voudrait encore admettre comme complication un léger degré d'hyperesthésie de la rétine.

Lorsqu'on présente au malade un portrait, par exemple, à une distance telle que les traits de ce portrait ne lui apparaissent que d'une manière confuse, et qu'ensuite on lui met devant les yeux des verres concaves faibles, il ne parvient à voir le portrait d'une manière distincte qu'après un certain espace de temps, pendant lequel il a la conscience que des changements s'opèrent dans l'intérieur de ses yeux ; si, au contraire, on lui met des verres concaves forts devant les yeux, il voit à l'instant même le portrait et bien distinctement, sans avoir la sensation d'un changement dans l'intérieur des yeux. Ces expériences rendent déjà vraisemblable que, dans la vue de loin, les yeux du malade prenaient l'accommodation pour la vue de près. Une expérience plus directe encore en démontrera la réalité. On sait que, dans la vision avec les deux yeux, on peut, d'un côté, détruire la connexion intime qui existe entre la convergence des axes optiques et l'état d'accommodation, en modifiant la première au moyen de prismes sans déranger le dernier, et que, d'un autre côté, on peut modifier l'état d'accommodation au moyen de verres concaves ou convexes, la distance des objets étant la même, sans qu'il y ait un changement dans la convergence des axes optiques. Il est certain que cette suppression de la connexion entre la convergence des axes optiques et l'état d'accommodation a lieu pour favoriser la vue simple, tandis que, dans la suppression de la vision binoculaire, cette connexion ne devient évidente qu'autant que chaque changement de l'état d'accommodation est intimement lié à une modification de la convergence des axes optiques.

Lorsqu'on couvre avec la main l'un des yeux d'un individu atteint de myopie *in distans*, de manière que cet œil ne puisse pas voir l'objet que l'œil libre fixe, il doit y avoir dans l'œil couvert un passage de l'accommodation pour la vision de loin à celle pour la vision de près, changement qui doit se traduire dans l'œil couvert par une augmentation considérable de la convergence. C'est ce qui a lieu en effet : l'œil couvert dévie un peu en dehors, si l'on met devant l'œil libre un verre concave faible ; mais il reste immobile, lorsque c'est un verre concave fort que l'on place devant l'œil libre. Pour expliquer ce phénomène singulier, il faut admettre une incompatibilité individuelle avec les cercles de diffusion, c'est-à-dire qu'une image complétement confuse est préférée à une image qui n'est pas très nette.

On a proposé différents modes de traitement pour la cure de la myopie. Ainsi, on a essayé d'exercer les myopes à la vue de loin ; mais le peu d'étendue de leur mésoroptre ne leur permettant que difficilement d'accommoder pour la vue à une distance un peu considérable, ce mode de traitement exigerait une patience et une attention particulières si l'on voulait arriver à un résultat. Il faudrait éloigner insensiblement l'objet, en même temps qu'on prolongerait la durée des séances et qu'on les répéterait plus souvent. Les résultats des exercices au moyen de verres concaves faibles ont été plus satisfaisants, et ce traitement est bien moins fatigant pour les malades. On leur donne des verres concaves qui leur permettent de voir nettement à une certaine distance, et en s'exerçant convenablement ils arrivent d'une manière insensible à pouvoir se servir de verres plus faibles. Dans la plupart des cas cependant, il n'y a pas de guérison possible ; on doit se contenter de donner des verres concaves appropriés au degré de la maladie, en recommandant fortement aux malades de ne pas s'en servir pour la vue de près, ce qui ne ferait qu'augmenter leur myopie, et bien inutilement ; car l'œil myope est bien mieux en état de voir distinctement de petits objets que l'œil normal, parce qu'il peut les regarder de plus près. En outre, lorsque le myope se sert de verres concaves pour la vue à courte distance, il est obligé d'employer la plus grande force de réfraction dont son œil est capable, pour voir de petits objets. Cette fatigue de l'œil et la compression musculaire à laquelle il est exposé, amènent souvent à leur suite des états de congestion et d'hyperémie de la choroïde avec toutes leurs conséquences (*sclerotico-chorioideitis posterior*), qu'on a si souvent occasion de constater au moyen de l'ophthalmoscope chez des personnes atteintes de myopie très prononcée. L'usage constant de verres concaves a encore un autre inconvénient : il produit une sorte de paralysie des muscles droits internes, et occasionne ainsi une disharmonie entre le mésoroptre musculaire et le mésoroptre accommodatif.

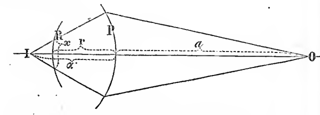
Pour ce qui concerne le choix des verres concaves, il est important de ne pas en prendre qui soient justement appropriés au degré de la maladie, leur usage fatiguerait l'œil très rapidement ; mais il faut en choisir qui soient plus forts d'un numéro, et leur donner une légère teinte bleu de cobalt, pour garantir les yeux de la lumière jaune, à laquelle ils sont en général très sensibles.

II. *Presbytie.* — Pour pouvoir établir avec certitude le diagnostic de cette maladie, il ne suffit pas de savoir que les malades voient

mieux de loin que de près, ou que des verres convexes corrigent leur vue ; car, dans l'amblyopie, l'usage de verres convexes produit aussi ce dernier effet en augmentant la grandeur des images sur la rétine, et souvent les malades croient voir plus distinctement de loin que de près, parce qu'ils ne demandent pas une grande netteté aux images des objets éloignés. Un individu atteint de presbytie doit voir nettement, au moyen d'un verre convexe, à une plus grande distance que cela n'est possible à un œil normal armé de ce même verre, et le verre convexe, approprié à la puissance de réfraction de son œil, doit rétablir un champ d'accommodation à peu près normal. Si l'on ne parvient pas ordinairement à remplir cette dernière condition, la cause en est au défaut d'énergie de l'appareil d'adaptation, et peut-être aussi à un très faible degré d'amblyopie. Lorsque la presbytie est compliquée d'amblyopie, on détermine d'abord la puissance de réfraction de l'œil, au moyen de verres convexes et d'objets assez grands pour que l'œil amblyope puisse encore les distinguer facilement ; ensuite, au moyen d'une lentille suffisante pour rétablir le champ normal de la vision distincte, on détermine la grandeur des images sur la rétine que le malade peut encore percevoir.

Il arrive quelquefois que des personnes atteintes d'hyperpresbytie se présentent à la consultation, en affirmant qu'elles voient mieux de près que de loin, comme les myopes. Au premier abord, la chose paraît incroyable, quand, en déterminant la portée de leur vue, on voit qu'elles ont besoin de verres convexes, même très forts quelquefois, pour voir distinctement de loin. Le fait existe cependant, et la cause en est que, dans l'hyperpresbytie, les images sur la rétine s'accroissent plus rapidement dans la vue de près que les cercles de diffusion, et que de cette manière elles deviennent visibles. Nous allons essayer d'en donner l'explication.

Nous substituons aux milieux réfringents de l'œil un plan concave dont le rayon est de 2,472 lignes de Paris. Ce plan sépare un milieu dont l'indice de réfraction est de 1,000 l. de P., d'un autre milieu dont l'indice est de 1,339 l. de P. Le sommet du plan se trouve en arrière de la cornée à une distance de 0,953 l. de P. Nous négligeons le deuxième plan (Gauss), qui se trouverait à 0,147 l. de P. en avant du premier, distance qui ne peut donner lieu qu'à une erreur insignifiante dans nos calculs. Soit dans la figure suivante :



a la distance de l'objet O du plan substitué P ;
α la distance de l'image I du plan P ;
r la distance de la rétine R du plan P, et
x le diamètre du cercle de diffusion sur la rétine.
Nous aurons donc la proportion :

$$x : P :: \alpha - r : \alpha$$

$$x = P\frac{\alpha - r}{\alpha}, \text{ d'où } x = P\left(1 - \frac{r}{\alpha}\right).$$

Si nous remplaçons $\frac{1}{\alpha}$ par la formule que nous avons trouvée plus haut $\left(\frac{1}{\alpha} = \frac{1}{f} - \frac{1}{ma}\right)$, dans laquelle m représente l'indice de réfraction du milieu substitué, et f la distance focale de ce milieu, nous aurons

$$x = P\left[\left(1 - \frac{r}{f}\right) + \frac{r}{ma}\right].$$

Dans cette formule se trouve la valeur constante $\left(1 - \frac{r}{f}\right)$, dans laquelle $r = f$ et par conséquent toute la valeur = zéro, lorsque l'œil est adapté pour la vue à une distance infinie, c'est-à-dire lorsque les rayons lumineux sont parallèles et que, de cette manière, la rétine se trouve à la distance focale. Dans ce cas, les cercles diffus seront donc dans un rapport inverse avec la distance de l'objet, et nous pourrons les remplacer par la grandeur des images sur la rétine, en négligeant la petite distance qui sépare le milieu substitué du point d'entrecroisement des rayons visuels. Lorsque, au contraire, des rayons lumineux convergents tombent sur l'œil, et que par conséquent r est plus petit que f, la formule $\left(1 - \frac{r}{f}\right)$ représente une valeur positive. Le rapport réciproque entre a et x la modifie de manière qu'avec l'accroissement de a il y a diminution de r, et *vice versâ ;* mais la modification de r n'est pas en proportion réciproque avec celle de a. Si nous remplaçons a par la grandeur des images sur la rétine, nous aurons l'état que présente l'appareil de l'adaptation dans l'hyperpresbytie, et la valeur $f - r$ indiquant le degré de cette maladie, il en résulte que la disproportion augmente en raison du degré de cet état pathologique. Il n'est pas rare de trouver des jeunes gens atteints d'hyperpresbytie.

La presbytie des vieillards est incurable : il faut nécessairement avoir recours à des verres convexes. Si on ne leur en donne pas, ils éloignent trop les objets, et alors les images sur la rétine sont très petites, ou, s'ils cherchent à les rapprocher pour avoir les images sur la rétine plus grandes, ils voient des cercles de diffusion, et fatiguent énormément leur appareil d'accommodation, circonstance qui entraîne des éblouissements et des états de congestion, et s'oppose par là à tout travail soutenu. Un léger degré de presbytie est une des causes les plus fréquentes de cet ensemble de symptômes qui caractérise la kopiopie ou l'*hebetudo visus*, et, dans ces cas, le mode de traitement est très simple.

Au commencement du traitement, il faut faire porter aux presbytes des lunettes de transition, parce que leurs muscles droits internes ne sont plus habitués à faire exécuter aux yeux des mouvements de convergence.

La presbytie des jeunes gens est susceptible de guérison. On cherche d'abord à éviter toute fatigue à l'appareil d'accommodation, en faisant porter pendant six ou huit semaines des lunettes qui rendent la vue distincte à une distance de 20 à 30 centimètres environ ; puis on engage les malades à rapprocher insensiblement les objets, et, lorsqu'ils sont parvenus à les voir distinctement à une distance de 12 à 15 centimètres, on leur donne des verres plus faibles, et ainsi de suite. Dans la presbytie aussi, il est utile de donner aux verres une légère teinte bleu de cobalt.

III. Dans la troisième forme des maladies de l'appareil d'adaptation, c'est le mésoroptre accommodatif qui est plus éloigné des yeux qu'à l'état physiologique, tandis que les deux limites du champ de la vision distincte se trouvent à peu près à la distance normale. Les personnes atteintes de cette maladie présentent donc aussi les symptômes de la kopiopie ; une accommodation soutenue pour la vue de près leur est impossible. Une fatigue excessive de l'appareil d'accommodation et une surexcitation des yeux sont les causes principales de cet état pathologique.

Le traitement comprend deux indications bien distinctes : il faut d'abord accorder à l'appareil d'adaptation une période de repos, et puis l'exercer méthodiquement. Lorsqu'il est impossible aux malades de s'abstenir de travaux qui fatiguent l'appareil d'adaptation, il faut leur donner des verres convexes au moyen desquels leurs yeux s'accommodent pour les objets rapprochés, comme ils s'accommodent pour la vue de loin sans être armés de verres. La gymnastique des yeux doit être continuée pendant des mois ; elle se fait aussi au moyen de lunettes, parce que les images sur la rétine, lorsqu'elles sont trop petites, ne stimulent pas assez l'accommodation.

De même que dans l'hyperpresbytie des jeunes gens, il faut habituer les malades à rapprocher insensiblement les objets, en leur recommandant de ne pas les rapprocher trop ; et, lorsqu'on a atteint ce but, on leur donne des verres plus faibles, avec lesquels ils recommencent à s'exercer. Indépendamment de la théra-

pie générale que demandent des maladies coexistantes, la chloro-anémie, par exemple, la surexcitation de la rétine exige encore un traitement particulier, qui consiste à garantir les yeux de la lumière jaune. A l'air libre et au grand jour, les malades portent des verres plans faiblement colorés en bleu de cobalt (3e nuance); pour le travail, ils se servent de verres convexes ayant la 1re ou la 2e nuance.

IV. *Paralysie de la faculté d'adaptation.* — Cette maladie est assez fréquente; autrefois on l'a très souvent confondue avec l'amblyopie. Dans la plupart des cas, l'amblyopie qu'on observe dans la chloro-anémie, dans la période de convalescence après le typhus, etc., etc., n'est autre chose qu'un commencement de paralysie de la faculté d'accommodation. Quelquefois elle débute d'une manière subite en même temps que la mydriase.

Lorsque le plan vertical, dans lequel seul l'adaptation peut avoir lieu, est à une grande distance des yeux, on s'explique facilement pourquoi cette maladie présente les symptômes ordinaires de la kopiopie, mais il peut aussi se trouver dans les limites du champ de la vision distincte, et il paraît que, dans ces cas, les mouvements involontaires des objets, qui ont lieu dans la vision normale à l'effet de changer l'état d'accommodation, ne peuvent pas être exécutés sans que les objets paraissent confus, et que par conséquent l'accommodation soutenue dans un seul plan vertical fatigue les yeux, quand même ce plan se trouve à une distance normale.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la thérapie de cette affection doit souvent se réduire à un traitement général; localement, on emploie les douches froides et les instillations d'alcool. Ces dernières provoquent non-seulement des mouvements plus énergiques des paupières et un rétrécissement des pupilles, mais elles augmentent encore l'état de réfraction des yeux. En dernier lieu, il faut recourir aux exercices avec les verres convexes, qui sont surtout efficaces lorsque le plan vertical est très éloigné des yeux. Comme moyen palliatif, on est souvent obligé de faire porter des verres convexes pour la vue de près, et des verres concaves pour la vue de loin.

Nous avons parlé à différentes reprises de la kopiopie (asthénopie, *hebetudo visus*) et des causes de cette affection. Il nous reste à signaler une des causes principales : c'est le défaut d'énergie des muscles oculaires, principalement des muscles droits internes. En parlant de la myopie, nous avons déjà mentionné cet état de disharmonie entre le mésoroptre accommodatif et le mésoroptre musculaire, qui est produit par l'usage inopportun de lunettes à verres convexes. Quelquefois aussi ces muscles perdent spontanément la faculté de faire exécuter aux yeux les mouvements de convergence nécessaires à la réfraction.

Pour rendre à ces muscles leur énergie première, on fait porter aux malades des lunettes à verres concavo-prismatiques. La concavité des verres doit être telle que les malades puissent voir nettement de loin, sans fatiguer leurs yeux. Les prismes ont un angle de 3 à 4 degrés, leur base est tournée du côté des tempes, et, comme les rayons sont déviés de ce côté, il faut donc que le globe de l'œil soit tourné en dedans, si le malade veut voir les objets simples. De cette manière, les muscles droits internes reviennent peu à peu à leur état normal.

Le nombre des personnes qui ont des maladies de l'appareil d'adaptation est très considérable : elles appartiennent principalement à la classe ouvrière. Un traitement rationnel et méthodique rendrait donc les plus grands services à une foule de gens qui se trouvent dans l'impossibilité de travailler, et il est hors de doute que l'utilité directe de ce traitement serait bien plus grande que celle de l'opération de la cataracte.

[Dr A. MARTIN.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Des tumeurs cystiques du cou (*Ueber die Cystengeschwülste des Halses*), par le docteur E. GURLT, professeur particulier et chef interne à la Clinique chirurgicale de Berlin. — Berlin, in-8 de 18 feuilles, chez Enslin, 1855.

La curieuse citation de Celse (*De re medica libri octo*, libr. VII, sect. XIII) que l'auteur a prise pour épigraphe, nous montre combien les notions scientifiques sur la genèse et le traitement des tumeurs du cou ont fait peu de progrès depuis l'antiquité. Celse préfère le bistouri aux fondants. *Scalpelli curatio brevior est.* Et Celse conseille d'enlever toute la poche. Si cela n'est pas possible, « si quando autem tunica eximi non potuerit, *intus inspergenda adurentia*, linamentisque id curandum est et cæteris pus moventibus. » M. Gurlt s'est donné pour tâche d'éclaircir ce point douteux de la chirurgie, qui est si souvent sacrifié dans les livres classiques. Il a su, en rassemblant dans un volume tous les faits intéressants connus ayant trait aux kystes du cou, accompagner de judicieuses remarques cette vaste collection d'observations, enrichie encore par l'importante clinique de M. Langenbeck. C'est à ce titre que le *Traité des affections articulaires* a droit à un sérieux examen.

Voici ce que nous trouvons à relever dans l'ouvrage, au sujet des diverses tumeurs cystiques du cou :

Hygrome cystique du cou (congénital, Ammon, Wernher).— Après s'être étendu sur la symptomatologie et les caractères anatomiques, adopté, en ce qui touche l'étiologie, les opinions de Rokitansky, décrit brièvement la marche et la terminaison, l'auteur s'attache à démontrer, par une série de cas instructifs empruntés à Ebermayer, Wützer, Hawkins, Bruch, Lorain, Bouchut, Wernher, Nélaton, etc., que la *ponction*, bonne comme moyen d'exploration ou comme palliatif, est insuffisante pour la cure radicale; que le séton et la ligature doivent être entièrement rejetés. L'incision présente cet avantage qu'on peut l'appliquer à une partie de la tumeur, qui est multiloculaire la plupart du temps. L'auteur la préfère à l'extirpation partielle et la conseille d'ordinaire.

Hygromes de la région thyro-hyoïdienne (grenouillette sous-hyoïdienne de Nélaton). Ils se divisent, d'après M. Verneuil, en trois groupes, d'après la bourse muqueuse où ils se développent : 1° L'hygroma antéthyroïdien; 2° hygroma infrahyoïdien; 3° hygroma suprahyoïdien. La deuxième catégorie se présente le plus souvent au chirurgien, et fut le sujet d'une discussion à la Société de chirurgie (20 mai 1852). M. Gurlt partage l'opinion généralement adoptée par les divers orateurs, et avec MM. Guersant, Maisonneuve, Robert et Nélaton, préfère la ponction avec l'injection iodée à l'incision combinée ou non à la cautérisation, et regarde l'extirpation comme dangereuse et devant être suivie d'une fistule incurable.

Goître cystique. — M. Gurlt préfère pour le goître cystique la division anatomo-pathologique de Rokitansky aux neuf espèces de goîtres proposées par Heidenreich, qui s'appuyait spécialement sur l'étude clinique pour classer les diverses dégénérescences de la glande thyroïde. Après avoir bien précisé les symptômes et le siége du goître cystique, décrit ses formes si variées, l'auteur énumère les diverses analyses chimiques du liquide contenu dans les cystes, et dont les plus remarquables sont dus à Scherer, Schlossberger, Maclagan, etc. Les désordres causés par ces tumeurs, siégeant à une région anatomique où se trouvent les voies respiratoires et digestives, où s'entrecroisent des troncs artériels et veineux importants avec des nerfs nombreux, ces lésions, graves d'ordinaire, occupent ensuite son attention. Tantôt le *struma cystica* cause une apoplexie foudroyante; tantôt il s'ouvre de lui-même, soit au dehors, soit dans les voies respiratoires ou digestives (cas n° 15 de Paget). Il est donc très important de porter un diagnostic juste, de ne point s'abandonner avec trop de confiance à une méthode d'expectation souvent fatale. Aussi M. Gurlt précise-t-il avec soin le diagnostic différentiel du goître cystique d'avec les

abcès du tissu cellulaire ou de la glande thyroïde, des engorgements glandulaires, des cancers médullaires, des anévrysmes, des dilatations anormales de la trachée, etc., etc. Arrivé à la thérapeutique, l'auteur rejette les frictions, l'emploi interne ou externe de l'iode ; il est peu partisan de l'électro-magnétisme employé par Löschner.

Le traitement chirurgical peut être palliatif (section sous-cutanée des muscles qui compriment la tumeur, dislocation, fixation du goître au moyen d'appareils Bonnet), ou curatif. Ce dernier est discuté avec beaucoup de précision et de bon sens. S'appuyant sur 127 observations dans lesquelles les divers procédés pour la cure radicale ont été employés (et dont le résumé complet se trouve dans le livre qui nous occupe), M. Gurlt arrive aux conclusions suivantes. La *ponction* n'est convenable que pour la cure palliative et non pour la cure radicale ; le *séton* est un moyen dangereux et peu sûr ; l'introduction d'une *ligature* à travers le kyste et l'*excision* d'une partie de la paroi antérieure l'emportent sur l'incision, parce que le kyste est ouvert sans trop grande effusion de sang. Ces méthodes n'en doivent pas moins être rejetées à cause des douleurs atroces et prolongées qu'elles causent aux malades. L'introduction d'une *sonde élastique*, d'une canule, qu'on laisse à demeure, n'est guère préférable au séton. Seutin emploie simultanément la *sonde à demeure* et des *injections iodées*, qui alors agissent de tout autre manière que les injections d'iode faites après une simple ponction, et qui sont bien préférables à ces dernières. Les avantages de l'*excision* d'une partie de la tumeur après l'incision de la paroi sont aussi très illusoires, et ne balancent pas les dangers que l'on fait courir aux malades. Il faut aussi rejeter avec Dieffenbach l'*extirpation* du goître cystique ; c'est plutôt, comme l'a dit le célèbre chirurgien, « un acte de boucher qu'une opération. » Quant à la *cautérisation* (soit au fer rouge, soit avec les divers caustiques), anciennement employée et récemment remise en honneur par M. Bonnet, on doit la regarder comme une des erreurs de la chirurgie, et la ranger dans la catégorie des opérations indignes des temps modernes, et auxquelles appartient aussi la *ligature du goître*. La crainte de causer des hémorrhagies trop considérables et difficiles à arrêter fait rejeter par M. Gurlt la *discision sous-cutanée*, qui n'est applicable que dans certains cas spéciaux, et lorsque les kystes sont de petites dimensions et situés superficiellement.

Les deux procédés opératoires qui, d'après l'auteur, peuvent être employés, dans la plupart des cas, pour la cure radicale du goître cystique, sont l'*injection iodée* et l'incision (comme dans le traitement de l'hydropisie de la tunique vaginale). L'injection iodée mérite la préférence dans le plus grand nombre des cas, à cause de son innocuité. On devra néanmoins la rejeter lorsque les parois du kyste seront trop rigides, et, ne pouvant pas s'appliquer les unes sur les autres, ne sauraient contracter entre elles des adhérences. L'injection iodée sera aussi contre-indiquée quand le contenu du kyste sera un liquide dense et s'écoulant avec difficulté. Cette méthode est néanmoins la meilleure, et si les heureux résultats obtenus en France par MM. Velpeau et Bouchacourt pouvaient laisser encore quelque hésitation dans l'esprit du lecteur, les cas curieux de M. B. Langenbeck que M. Gurlt publie dans son ouvrage suffiraient pour donner à ce procédé bienfaisant, efficace, peu dangereux, la place qu'il mérite dans la médecine opératoire. Dans les cas où l'injection iodée sera inapplicable, on emploiera l'incision qui, faite avec précaution, est aussi innocente et presque aussi sûre que l'injection iodée. De nombreux succès obtenus par Beck, Stromeyer, etc., sont là pour constater la vérité de cette assertion.

Kystes séreux hors de la thyroïde. — L'auteur ne comprend pas dans cette catégorie la grenouillette, qu'il regarde comme une nouvelle formation cystique du plancher de la cavité buccale, et non point comme se formant dans la dilatation d'un conduit salivaire (1). Les kystes séreux qui nous occupent siégent d'ordinaire sur les côtés du cou, ou au dedans de la gaîne des gros vaisseaux. Leur mode de formation est encore très obscur, et il est très difficile de les distinguer du goître cystique. Quant à la thérapeutique, l'auteur cite 44 cas, et fait voir par là que les procédés employés pour la guérison du *struma cystica* réussissent aussi pour les kystes séreux. On peut seulement ajouter à l'injection iodée l'extirpation totale ou partielle qui, si difficile qu'elle puisse être, n'en conduit pas moins à d'heureux résultats.

Kystes sanguins hors de la thyroïde (hématocèles du cou de Michaux). Ce sont des cavités closes, situées dans la région cervicale ou dans ses environs, et dont le contenu ne diffère pas sensiblement du sang artériel ou veineux ordinaire. La ponction réussit rarement à vider entièrement le sac, qui se remplit de nouveau avec rapidité.

Cette affection est très rare; aussi sa pathogénie est-elle très obscure. Des 7 cas cités par l'auteur, 2 appartiennent à M. Langenbeck. Le professeur de Berlin ponctionna la tumeur à diverses reprises, y provoqua une inflammation intérieure, et ouvrit au pus qui s'y forma une issue par de larges incisions.

Les kystes dont le contenu est pâteux, forme une sorte de bouillie, les *athéromes*, ont souvent le même siége (en dehors de la thyroïde) que les kystes séreux. Ils sont beaucoup plus rares, et le meilleur moyen d'en débarrasser le malade consiste à en faire l'extirpation aussi complète que possible. L'auteur donne ensuite trois observations (empruntées à MM. Giraldès, Joube et Wützer) des kystes nommés par M. Lebert *kystes dermoïdes*, dont l'intérieur contient des dents, des cheveux, des os, et qu'on observe très rarement. M. Gurlt termine et complète son livre par divers cas de *kystes échinocoques* (goître hydatique de Baumès). Ces intéressantes observations (de Lieutaud, Gooch, Bock) montrent que ces kystes peuvent se former au dedans ou au dehors de la glande thyroïde. Lieutaud en vit un s'ouvrir dans la trachée, et la mort s'ensuivit instantanément. M. Langenbeck fit avec succès l'extirpation d'une de ces tumeurs qui s'était formée en dehors de la thyroïde.

Nous nous sommes efforcé de donner de ce travail complet et méthodique une idée aussi générale que possible ; c'est un vrai musée de tout ce qui a été fait sur les tumeurs cystiques du cou, et le chirurgien et le spécialiste s'y promèneront avec plaisir, conduits qu'ils seront par un guide aussi judicieux et consciencieux que M. Gurlt. Bien groupés, sérieusement discutés, les faits prennent la force d'arguments irréfutables, et c'est là un des principaux mérites de ce livre. Il nous reste à conclure, et nous n'hésitons pas à placer cette monographie si travaillée à côté d'ouvrages plus brillants peut-être, mais qui, à coup sûr, ne l'emportent pas pour les résultats pratiques et les déductions thérapeutiques sur cette œuvre spécialement destinée au praticien. Dr Paul Picard.

(1) Consulter à ce sujet les remarquables travaux de A. Haller : *Deutsche Klinik*, 1851, nos 21-28, et ceux de C.-O. Weber, *Virchow's Archiv*, vol. VI, p. 511.

On lit dans le *Moniteur universel* du 9 juillet :

Nous avons la douleur d'annoncer que M. H. Fortoul, ministre de l'instruction publique et des cultes, a succombé hier soir, à sept heures, à une attaque d'apoplexie. M. Fortoul était depuis quatre jours aux eaux d'Ems, où il s'était rendu dans l'espoir de rétablir sa santé altérée par le travail. Ses derniers moments ont été adoucis par la présence de M. Magne, ministre des finances, qui se trouvait à Ems avec lui, et lui a prodigué les soins les plus affectueux et les plus dévoués.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire *expirait le 30 juin dernier, sont prévenus qu'il a été fait sur eux, pour prix du renouvellement, un* **mandat payable le 31 juillet prochain.**

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 18 JUILLET 1856. N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 9 au 16 juillet 1856.

172. REYNIER, Alexandre-René, né à Aix (Bouches-du-Rhône). [*De l'emploi des affusions froides en médecine.*]

173. MORIAMONS, Jacques-Georges-Victor, né à Corbançon, commune de Mézières (Indre). [*De l'hémorrhagie utérine consécutive à l'accouchement.*]

174. BUREAU, Charles-Évariste, né à Benet (Vendée). [*Du varicocèle et de son traitement.*]

175. DIAZ-TORRIENTE, Francisco, né à Santander (Espagne). [*Des corps étrangers des articulations.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA FORMATION ET DES SOURCES DE L'OZONE ATMOSPHÉRIQUE, par M. H. SCOUTETTEN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz.

Jusqu'à ce jour l'ozone a été particulièrement étudié au point de vue chimique, et il a fait naître des travaux d'une grande valeur. Considéré successivement comme un corps simple, comme un composé d'oxygène et d'hydrogène, comme un acide nitreux, etc., ce n'est qu'après les belles recherches de MM. Marignac et de La Rive, Fremy et Ed. Becquerel, qu'on a été fixé sur le véritable caractère de cet agent et qu'on a constaté que l'ozone est de l'oxygène électrisé.

Les physiciens, les météorologistes, les médecins se sont aussi occupés de ce corps; mais, jetés dans les incertitudes

---

FEUILLETON.

Considérations diagnostiques sur les pressentiments,

à propos d'un mémoire de M. DROSTE (1).

(Suite et fin. — Voyez le n° 28, tome III.)

Il n'est pas impossible que des masses entières soient saisies de ces alarmes secrètes. Le 27 février 1855, sans cause apparente, le nom de l'empereur Nicolas, peint à fresque sur le fronton du palais du gouverneur, à Sébastopol, tombe, entraînant un large morceau du stuc de la façade. Cet accident, bientôt connu dans la ville, y cause une agitation universelle. Le clergé ordonne des jeûnes et des prières. Mais rien ne détruit le découragement funèbre qui plane sur la garnison. « Le père se meurt, » disent les soldats. Dix jours après, on apprend la fin soudaine de Nicolas Paulowitch, et le Russe, comme le Turc, peut murmurer : « C'était écrit. »

Entre ces pressentiments que suscite une instigation physique ou morale et ceux qui précèdent, il y a, sans contredit, des différences essentielles. Les évocations pronostiques des songes méritent elles-mêmes de constituer une catégorie à part.

Les anciens croyaient aux rêves, comme ils croyaient à la puissance cabalistique, aux charmes, aux incantations, aux amulettes et aux talismans. C'était une opinion alors générale qu'en écrivant le mot *abracadabra* renversé en cône et en le portant à son cou, suspendu à un fil de lin, on échappait aux fièvres pernicieuses. Contre la goutte, Alexandre de Tralles conseille de tracer, au déclin de la lune, un certain nombre d'expressions grecques sur une feuille d'or. Les gnostiques se vantaient d'accomplir, au moyen de deux triangles enlacés, toutes sortes de cures miraculeuses. Une folie mystique déteint de Zoroastre à Pythagore sur les observations les plus ingénieuses et les philosophies les plus correctes. Les songes, notamment, sont la pierre angulaire du mysticisme an-

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, Juillet 1855.

par ses anomalies apparentes, ils l'ont considéré comme un agent capricieux dont la présence ou l'absence ne méritait, en définitive, qu'une attention secondaire. L'ennui et le découragement ont promptement succédé à un moment d'enthousiasme, et, n'apercevant ni but, ni résultat, les investigateurs ont généralement abandonné leurs expériences.

La science en était à ce point, lorsque tout à coup les sources de l'ozone furent découvertes. Entraîné par mes recherches, je poursuivis ce corps dans toutes ses manifestations, je le vis naître, grandir et prendre une importance dont les limites ne sauraient être précisées.

Dès lors, à nos yeux, l'ozone n'est plus seulement un agent chimique, c'est l'instrument dont se sert la providence pour produire les grands phénomènes de la nature ; c'est celui qui préside aux lois de l'électricité atmosphérique, qui vient expliquer la formation des météores aqueux, les oscillations périodiques et diverses du baromètre, les moyens de restitution, à l'atmosphère, de l'oxygène détruit par la respiration des animaux, par les oxydations naturelles, la combustion du chauffage et des grandes industries métallurgiques.

Le lien qui unit tous ces actes est rendu évident par la découverte des sources de l'ozone démontrant que ce corps est formé :

1° Par l'électrisation de l'oxygène qui s'échappe de l'eau ;

2° Par l'électrisation de l'oxygène sécrété par les plantes ;

3° Par l'électrisation de l'oxygène dégagé dans les actions chimiques ;

4° Par des phénomènes électriques réagissant sur l'oxygène de l'air atmosphérique.

Voici une série d'expériences relatives à ces quatre ordres de faits.

1° Électrisation de l'oxygène qui s'échappe de l'eau.

Exp. I. — Le 26 avril 1856, un seau d'eau de rivière fut versé dans une terrine vernissée, soulevée au-dessus du sol par trois bouteilles de verre formant trépied, précaution prise afin d'éviter l'influence de l'électricité des corps environnants.

Une cloche de verre blanc, de la hauteur de 40 centimètres, de la capacité de 6 litres, fut placée sur cette eau. Cette cloche portait à l'intérieur et à son sommet une bandelette de papier ozonoscopique suspendue à un fil fixé lui-même par un petit morceau de cire.

La température était + 10° centigrades : le soleil brillait ; mais, vers dix heures du matin, les nuages le cachèrent jusqu'à trois heures après mid . L'expérience commença à huit heures du matin, et fut continuée jusqu'au lendemain à la même heure. Le papier était fortement coloré, et marquait le n° 7 à l'échelle ozonométrique.

Ce résultat remarquable excita vivement notre attention. L'expérience fut aussitôt renouvelée sur l'eau de source, l'eau de rivière et l'eau de pluie. Deux terrines vernissées posaient directement sur la plate-forme d'une maison élevée ; la troisième était soulevée sur des bouteilles de verre. Ces trois expériences, commencées à huit heures du matin, parcoururent les mêmes phases et donnèrent les mêmes résultats.

Il n'était plus possible de douter de la formation de l'ozone dans les conditions indiquées, mais il restait plusieurs questions à résoudre.

Exp. II. — A quelle heure se forme l'ozone ? Une nouvelle série d'expériences, commencée à six heures du matin pour finir à six heures du soir, nous démontra que sous une température qui n'a pas varié de 3° à 5° centigrades, il ne se manifeste aucun phénomène appréciable ; mais de six heures à huit heures, et à mesure que la température s'élève, l'eau se vaporise, se condense en gouttelettes sur les parois intérieures du vase ; le papier commence à se colorer vers neuf heures : il est jaune-paille, puis couleur chamois ; à onze heures, tous ces phénomènes prennent une intensité notable ; à midi, ils atteignent leur maximum ; mais le papier continue à se colorer jusque vers trois heures : alors les vapeurs d'eau diminuent. Plus tard, on ne remarque plus que les gouttelettes qui tapissent l'intérieur du vase et glissent sur ses parois.

L'ordre de ces phénomènes est constant, mais ils se produisent avec plus ou moins de rapidité et d'intensité selon l'élévation de la température et la vivacité de la lumière solaire. Nous avons vu la vaporisation de l'eau, et, peu de temps après, la coloration du papier commencer vers dix heures du matin, et d'autres fois vers sept heures.

Ainsi l'eau de source, l'eau de rivière ou de pluie, contenue dans des vases posés sur le sol ou soulevés sur des pieds de verre produisent constamment de l'ozone.

Nous nous sommes demandé aussitôt si l'oxygène concourant à la formation de l'ozone provenait de la décomposition d'une partie de l'eau qui se vaporise ou s'il était fourni par l'air contenu dans ce liquide. Pour répondre à cette question nous avons fait l'expérience suivante :

Exp. III. — Six litres d'eau distillée furent versés dans une terrine vernissée, et une cloche de verre, disposée comme précédemment, recouvrit le liquide. A la fin de l'opération, le papier ozonoscopique présenta une légère coloration atteignant le n° 2 de l'échelle.

---

tique, et nul n'ignore quelle part donne l'histoire à ceux de Pharaon et d'Athalie. Ce fut longtemps une science de les comprendre et une profession de les expliquer.

Le savoir moderne leur fait une place autre. Il n'admet plus le contact des rêves avec les choses réelles que par coïncidence fortuite, ou lorsqu'ils sont eux-mêmes le reflet d'une préoccupation absorbante, l'expression d'une crainte tenace. Quelques-uns ont offert avec les faits de surprenantes conformités.

La veille de l'affaire de Lutzen, le colonel Divoff s'endort sur le champ de bataille, sous sa tente, et il rêve que sa mère rend le dernier soupir à Moscou, dans une petite chambre bleue, et en lui envoyant sa bénédiction. Le colonel se réveille tout en larmes, et si extraordinairement frappé des images fantastiques que sa raison s'efforce en vain tout un jour d'en éteindre le sentiment douloureux. Une invincible conviction lui dit que sa mère est morte. N'y pouvant tenir, il écrit une lettre et charge un de ses cosaques d'ordonnance de la porter le plus promptement possible à Moscou. C'est au sein d'une impatience fiévreuse, et toujours rempli des mêmes alarmes, qu'il attend son retour. Le cosaque revient. Il est porteur d'un écrit constatant que la mère du colonel Divoff s'est éteinte la veille de la bataille de Lutzen, dans la chambre bleue, en bénissant le souvenir et le nom de son fils. Les deux documents existent, et la curiosité des voyageurs a plus d'une fois mis à contribution ce témoignage irrécusable d'un événement que l'esprit hésite à classer parmi les simples coïncidences.

Une particularité bizarre s'ajoute à ce merveilleux : en russe, le mot *divoff* signifie pressentiment.

L'antiquité classique est riche en faits analogues. Simonide, au moment de s'embarquer, s'endort au bord de la mer, et assiste en rêve à la destruction d'un navire. La nuit suivante, l'ombre d'un naufragé s'offre à lui. Simonide ajourne son voyage. Le vaisseau périt et le poëte compose une ode au fantôme sauveur.

Calpurnie, ayant eu également, en dormant, la vision du meurtre de César, s'efforça vainement de le détourner de se rendre au sénat, où l'attendait l'épée de Brutus.

Nous ne tardâmes pas à nous adresser quelques objections contre l'exactitude de cette expérience. L'eau distillée, préparée depuis plusieurs jours, ne pouvait-elle pas avoir absorbé de l'air ? ou bien la portion d'eau qui n'était pas recouverte par la cloche, mais qui communiquait avec celle de l'intérieur, n'avait-elle pas fait pénétrer un peu d'air qu'elle aurait repris à l'atmosphère ? La question fut résolue par l'expérience suivante :

Exp. IV. — Six litres d'eau distillée furent mis en ébullition, pendant une heure, dans un vase de terre vernissée ; puis, tout l'air étant chassé, le liquide fut versé doucement dans la terrine, la cloche de verre fut posée, et, afin d'éviter tout contact avec l'air extérieur, nous versâmes sur l'eau environnant la cloche une couche épaisse d'huile.

L'expérience commença à huit heures du matin et continua jusqu'au soir à la même heure. Le soleil était brillant, la température à + 16° à midi. Le papier n'éprouva aucune altération ; il resta parfaitement blanc.

Ainsi se trouve démontré que ce n'est pas par la décomposition de l'eau que l'ozone se forme, mais bien par le dégagement de l'oxygène dissous dans ce liquide, et que le gaz s'électrise par la réaction chimique opérée quand l'eau se vaporise et abandonne les sels qu'elle tient en dissolution. Si l'eau est pure, elle ne fournit ni oxygène, ni électricité libre.

Cette expérience démontre encore que les rayons solaires n'exaltent pas directement les propriétés oxydantes de l'oxygène, qu'il faut pour cela une réaction chimique concomitante, sans laquelle ils sont impuissants.

Il n'était pas sans intérêt de constater si l'eau ordinaire, de source ou de rivière, recouverte d'une épaisse couche d'huile, et par cela même à l'abri du contact de l'air, produirait de l'ozone.

Exp. V. — L'expérience fut faite le 28 avril : commencée à sept heures du matin, elle fut prolongée jusqu'à sept heures du soir. Pendant deux heures, il n'y eut aucun phénomène apparent ; mais, vers dix heures, le papier se colora rapidement. A midi, on vit tout à coup des bulles d'air soulever le liquide huileux, puis crever en le projetant à une hauteur de 2 et même de 3 centimètres. Ceci se passait à l'extérieur de la cloche : nous ne vîmes point le même phénomène apparaître à l'intérieur, ce que nous attribuâmes à la pression exercée par l'air dilaté par la chaleur.

Le papier ozonoscopique avait pris une teinte foncée : il marquait le n° 9 de l'échelle, élévation de coloration que nous croyons devoir rapporter à une action chimique résultant d'une combustion lente opérée par l'oxygène électrisé passant à travers l'huile.

Exp. VI. — L'eau salée fut aussi expérimentée, afin d'apprécier à peu près ce qui se passe sur la mer. Elle ne donna pas de réaction plus forte que l'eau de source ; elle était même un peu plus faible que celle produite par l'eau de pluie, qui, on le sait, renferme une plus forte proportion d'air atmosphérique que les eaux d'une autre origine.

Les résultats de ces expériences paraissaient indiquer trop directement l'influence de la lumière et de la chaleur sur la formation de l'ozone pour ne pas s'en assurer par des recherches directes.

Exp. VII. — Plusieurs terrines vernissées, contenant de l'eau de source ou de rivière, furent recouvertes de cloches disposées comme nous l'avons indiqué. L'expérience commença au moment où le soleil descendait sous l'horizon ; elle fut continuée jusqu'au lendemain matin à sept heures. Le papier ozonoscopique fut trouvé parfaitement blanc. La même expérience, répétée plusieurs fois dans des lieux divers et à des heures différentes, donna constamment les mêmes résultats.

La lumière et la chaleur étaient-elles des conditions indispensables au développement de l'électricité, ou bien les faits observés étaient-ils le résultat de la suspension ou du ralentissement des actions chimiques pendant la nuit ? Cette question méritait d'être résolue par des expériences précises.

Exp. VIII. — De l'eau, récemment tirée de la rivière, fut mise dans une terrine et recouverte, comme chaque fois, d'une cloche de verre contenant du papier ozonoscopique. Sur cette cloche nous jetâmes une serviette épaisse, qui empêchait les rayons solaires d'agir directement. L'expérience, commencée le matin, fut continuée jusque fort avant dans la soirée. Le papier resta parfaitement blanc. La même expérience, renouvelée plusieurs fois, donna toujours les mêmes résultats, ce qui démontre que la lumière joue un rôle actif dans la production de l'ozone.

Il restait à constater si la chaleur seule peut suffire au développement de l'ozone en favorisant la vaporisation de l'eau et les actions chimiques. La terrine, préparée comme précédemment, fut placée sur un réchaud et la température de l'eau fut portée à un état voisin de l'ébullition.

Après plusieurs heures d'attente, le papier fut trouvé tout à fait blanc. Mais ici l'expérience est insuffisante, car la chimie nous apprend que la chaleur, élevée à 90 degrés (Lassaigne, *Journal de chimie médicale*, t. IX, p. **510**), décolore l'iodure d'amidon et que la vapeur d'eau dissout l'iodure de potassium.

En l'an 400, l'archevêque de Milan, endormi sur son autel, eut conscience, dans un rêve, de la mort de saint Martin.

Une patricienne, citée par Valère Maxime, rêvant être montée au ciel et avoir un ange pour conducteur, vit, enchaîné sous le trône de Jupiter, un homme athlétique, à chevelure blonde, et la figure parsemée de taches rousses. « Qu'est ce malheureux ? dit-elle à l'ange. » C'est, répond l'émissaire céleste, le mauvais génie de la Sicile et de l'Italie !

Ce songe est conté à la foule ; il frappe l'imagination populaire. Peu de temps après, Denys s'empare du pouvoir, qu'il inaugure par des cruautés, et fait son entrée triomphale dans la ville de Syracuse. Mêlée à la multitude, la patricienne le regarde, et s'écrie, en proie à une anxiété profonde : « C'est l'homme à taches rousses du songe ! »

Le peuple, à ce cri, demeure consterné. Quant à Denys, il y entrevoit un péril. Cette visionnaire, qui l'avait vu enchaîné aux pieds du dieu, lui parut une menace de l'Italie frémissante. Il la fit périr.

Alcibiade avait eu, pendant son sommeil, la prescience du sort que lui réservait la fortune. Le manteau de sa maîtresse, dont il s'était vu couvert en dormant, et sous lequel il se sentait expirer, servit, après son assassinat, à envelopper son corps, resté sans sépulture.

Parmi ces rêves, ceux de Simonide et de Calpurnie entre autres, se lient à d'évidentes préoccupations. Il serait, d'ailleurs, peu rationnel d'y voir les caractères du pressentiment ; car si, dans ces exemples, la vue anticipée du résultat n'en implique pas nécessairement la prévision, l'événement même peut avoir été la seule cause qui ait rappelé l'impression première. Il est douteux, enfin, que ces songes soient un avertissement du sens intime, plutôt que la manifestation d'un pouvoir occulte supérieur. La vie est remplie de ces particularités équivoques contre lesquelles proteste la raison, et qui pourtant nous incitent à admettre involontairement des interventions surnaturelles. Ainsi, par la constance d'infortunes bizarres, certaines personnes arrivent invinciblement à croire à la fatalité de leur destinée. C'est de la sorte également qu'on pourrait

En outre, les expériences de M. Peltier démontrent que la vapeur d'eau ne produit pas d'électricité libre à une température inférieure à 110 degrés.

Nous essayâmes encore si l'air sec, élevé à une haute température, donnerait de l'électricité appréciable par le papier réactif. Pour parvenir à ce résultat, nous plaçâmes une feuille de tôle au-dessus d'une forte lampe à esprit-de-vin; sur cette tôle posait un bocal à large ouverture, et, malgré la durée de l'expérience, le papier resta parfaitement blanc.

Les résultats donnés par ces expériences jettent un jour nouveau sur la production de l'électricité atmosphérique et sur les phénomènes qui l'accompagnent; ils nous révèlent des lois qui n'étaient pas même soupçonnées; ils nous font comprendre les faits obscurs constatés par l'observation, mais que la science ne pouvait expliquer.

(*La suite à un prochain numéro*.)

OBSERVATIONS SUR LES CAUSTIQUES A LA GUTTA-PERCHA, par le docteur BOYS DE LOURY, lu à la Société de médecine du département de la Seine, dans la séance du 20 juin 1856.

(Suite et fin. — Voir le numéro 27, t. III.)

Observations.

OBS. I. — *Mode d'emploi du chlorure de zinc; guérison en six semaines d'une ulcération fongueuse du col de l'utérus.* — Leblanc (Virginie)], dix-neuf ans, malade depuis cinq semaines, entrée dans le service pour une ulcération du col de l'utérus.

État local à son entrée à Saint-Lazare. — Engorgement du col; ulcération de la lèvre antérieure s'étendant jusqu'à l'orifice, boursouflée, fongueuse, à fond rougeâtre. Cautérisée déjà plusieurs fois soit avec la pierre infernale, soit avec le nitrate acide, le mieux n'était pas sensible.

18 mai. — Nous coupons dans la plaque de zinc de M. Robiquet un morceau de la grandeur de l'ulcération, de 1 centimètre 1/2 de diamètre; le caustique, préalablement ramolli par la chaleur des doigts, est appliqué à neuf heures du matin sur la surface à cautériser; le vagin est rempli de charpie pour tenir en place le caustique.

La malade s'étend sur un lit et reste couchée jusqu'à midi; nous retirons alors le tampon de charpie. Pendant les trois heures que le caustique est resté appliqué, la malade n'a ressenti qu'un *petit picotement*, qu'une très légère chaleur dans les parties. Sur le tampon de charpie se trouve l'éponge de gutta-percha, et autour d'elle une petite quantité d'une pulpe blanchâtre qui n'est autre chose qu'une partie du chlorure de zinc qui a suinté à travers la plaque de gutta, et qui n'a pas encore agi.

Une grande partie de l'ulcération est recouverte d'une eschare blanche, épaisse, qu'un filet d'eau ne peut détacher. La partie supérieure de l'ulcération n'a pas été cautérisée.

Chez cette malade, le caustique n'avait donc pas eu le temps d'agir complétement pendant les trois heures d'application.

19. — Cette malade ayant ses règles ne peut être examinée.

24. — L'ulcération semble être dans le même état que le premier jour. Nous la cautérisons une seconde fois de la même manière que le 18 mai. Le pansement est laissé en place pendant vingt-quatre heures.

25. — La malade n'a éprouvé aucune douleur; elle n'a même pas ressenti ce picotement, cette chaleur qu'elle nous disait éprouver lors de la première cautérisation.

L'ulcération est recouverte d'une eschare blanche, molle, de l'épaisseur de la plaque employée; une injection lancée avec une certaine force ne peut la détacher.

26. — Une grande partie de l'eschare est détachée; la surface à nu paraît moins fongueuse et moins profonde.

27. — L'eschare tout entière est tombée; il ne reste plus qu'une surface rouge et sans profondeur. — Pansement avec tampon mercuriel.

28. — Même état que la veille. — Tampon mercuriel.

31. — La malade est très bien; un peu de rougeur seulement indique la place de l'ulcération. — Tampon aluminé.

3 juin. — La rougeur de la lèvre antérieure a disparu; l'ulcération est guérie; il ne reste plus qu'une légère rougeur de l'intérieur du col. On la cautérise au nitrate d'argent.

La malade sort complétement guérie le 6 juin.

OBS. II. — *Engorgement et ulcération fongueuse du col; application du chlorure de zinc; guérison en vingt-quatre heures, après une seule application du caustique.* — Sinoquet. Cette femme est dans le service depuis six semaines, pour une ulcération du col.

17 mai. — Cette ulcération occupe toute la circonférence de l'orifice du col. La lèvre antérieure surtout est engorgée et ulcérée. L'ulcération est recouverte en grande partie par une exsudation membraneuse jaunâtre, sur laquelle on applique un morceau de la pâte au chlorure de zinc en plaques de 1 centimètre 1/2, de la même manière que dans l'observation n° 1.

L'application a lieu à neuf heures; à midi, on retire le tampon. La surface entière de l'ulcération est cautérisée et recouverte d'une eschare blanche qu'une injection ne peut enlever. On ne retrouve que la gutta-percha au-devant de cette matière blanche que l'on a remarquée dans la première observation. Le caustique a donc complétement agi. Du reste, cette malade, comme la première, n'a ressenti qu'une très légère chaleur dans les parties génitales.

19. — L'eschare est tombée. L'état fongueux de la lèvre antérieure est moins considérable; le col est moins engorgé, et l'exsu

---

expliquer, à la rigueur, l'accomplissement des horoscopes tirés des cartes ou d'autres procédés divinatoires. L'art du nécromancien est, sans nul doute, vain et puéril; mais, en présence de certains résultats, ne dirait-on pas que, parfois, des génies invisibles dirigent les arrangements sur lesquels se fondent les déclarations? C'est, enfin, à cet ordre conjectural d'interprétations que devraient être subordonnés les songes d'Athalie, de Pharaon et de la patricienne mentionnée par Valère Maxime.

Au demeurant, s'il y a, entre le rêve et le pressentiment, possibilité éventuelle d'assimilation, c'est dans le cas seulement où le songeur, croyant à la réalisation de la vision nocturne, en nourrirait le souvenir et y puiserait la prévision des incidents passés ou à naître. Et ici encore, il ne s'agirait point du pressentiment pur, mais du pressentiment consécutif, c'est-à-dire résultant d'une impression génératrice.

A cette dernière catégorie appartiendrait l'épisode suivant, relaté par M. Michéa. Seulement la vision, au lieu de se produire dans un songe, s'est manifestée en état de veille.

Un gentilhomme breton, nommé de Lacourtinière, en se promenant dans un jardin, est saisi de la pensée de son frère qui, depuis plusieurs années, a mystérieusement disparu. Son ombre sanglante lui apparaît, tout à coup, et lui fait signe de le suivre, s'arrêtant au cellier de l'habitation où elle s'évapore. Voyant, dans le lieu même où le fantôme l'a conduit, le théâtre de l'assassinat, Lacourtinière fait faire des fouilles en cet endroit. Le cadavre est découvert, le crime puni et le pressentiment réalisé. Très probablement, ainsi que le remarque M. Michéa, la préoccupation a enfanté le soupçon, le soupçon l'ombre, et l'ombre la révélation. Souvent un état violent de l'esprit engendre des pseudo-perceptions. Le pressentiment, d'ailleurs, se montre ici encore, non comme une cause, mais comme une conséquence. Qui oserait affirmer qu'il n'y ait point là une de ces expiations fatidiques auxquelles la foi populaire est acquise?

On a cru pouvoir rapprocher du pressentiment certains faits d'extase, d'hystérie, de somnambulisme naturel et artificiel. Mais ce rapprochement est évidemment forcé, puisqu'il ne s'agit plus,

dation membraneuse est beaucoup moins apparente. — Repos, injections et bains.

20. — Même état. — Repos.

21. — L'ulcération n'a plus aucune profondeur; il n'existe plus qu'un peu de rougeur; on passe seulement le crayon de nitrate d'argent sur la lèvre postérieure.

22. — L'ulcération est aussi bien que possible. On panse avec tampon, calomel.

24. — La malade va de mieux en mieux; toute cautérisation est devenue inutile; il ne reste plus qu'une légère rougeur. Tampon, calomel.

26. — Le mieux se continue; on se contente d'appliquer un tampon recouvert d'un peu d'alun.

27. Une seule cautérisation a suffi; il n'y a plus qu'un peu de rougeur. Nous pansons tous les jours avec un tampon, calomel.

3 juin. — L'ulcération persiste, sans fongosité ni profondeur. Il y a encore une rougeur assez forte. On cautérise au nitrate acide.

7. — L'ulcération offre toujours une surface rouge, un peu moins étendue que primitivement. Tampon, calomel.

11. — L'ulcération marche rapidement vers la guérison. Légère cautérisation au nitrate d'argent.

14. — L'ulcération est complétement cicatrisée.

La malade est renvoyée.

Obs. III. — *Engorgement considérable; ulcération fongueuse; guérison en vingt jours après un seule application du caustique.* — Thomas (Marie), malade depuis sept semaines. Trois cautérisations au nitrate acide de mercure. Engorgement considérable du col; ulcération légèrement fongueuse occupant les deux lèvres. Le caustique au chlorure de zinc est placé sur l'ulcération; le vagin est rempli de charpie. La malade reste au lit.

20 mai. — Le caustique est resté vingt-quatre heures appliqué sur l'ulcération. La malade n'a éprouvé aucune douleur; pas d'envies d'uriner plus fréquentes.

Le matin, nous constatons que toute la surface de l'ulcération est recouverte d'une eschare blanche qui a presque l'épaisseur de la pâte appliquée la veille; sur la charpie du tampon il ne reste plus que la gutta-percha. — Repos; bain.

21. — L'eschare se détache en partie, et laisse voir une surface modifiée rouge et sans profondeur.

22. — Même état.

La malade ayant eu ses règles n'est examinée que le 30. L'ulcération guérit; il n'y a plus ni profondeur ni fongosité; il n'existe plus qu'un peu de rougeur. — Tampon; calomel.

3 juin. — Il n'y a plus que de la rougeur. — On continue le même traitement.

5. — La lèvre antérieure seule présente un peu de rougeur. L'ulcération n'a plus de profondeur ni de fongosité.

Le 9, la malade sort parfaitement guérie.

Obs. IV. — *Engorgement du col; ulcération pénétrant dans l'orifice; application du caustique à l'intérieur du col; guérison en dix-huit jours.* — Brencin (Sylvine), entrée le 13 mai, âgée de vingt-six ans, domestique. — Engorgement du col, qui est couleur lie de vin. Ulcération de la lèvre antérieure pénétrant dans l'orifice. La lèvre postérieure est saine. L'ulcération est fongueuse, irrégulière, profonde.

Une première cautérisation au nitrate acide est sans résultat satisfaisant.

Le 24 mai, nous faisons l'application de la pâte au chlorure de zinc.

25. — La malade n'a éprouvé aucune douleur, pas même cette légère sensation de chaleur signalée dans les deux premières observations. Toute l'étendue de la surface est recouverte d'une eschare blanche, molle, très épaisse.

26. — L'eschare blanche, molle, persiste. Toute l'étendue de l'ulcération a été complétement cautérisée. La lèvre postérieure, bien que s'avançant sur la lèvre antérieure, n'a pas été atteinte par le caustique, grâce à la légère couche de charpie dont nous l'avons recouverte pour la protéger.

28. — L'eschare est détachée dans toute son étendue, et l'ulcération ne paraît pas sensiblement modifiée; toujours profonde et fongueuse. Une seconde cautérisation est pratiquée.

29. — La malade a ressenti quelques coliques. Le matin, nous constatons que toute la surface ulcérée est recouverte d'une large eschare molle, blanche. La lèvre postérieure, protégée par une légère couche de charpie, n'a pas eu à souffrir de la cautérisation.

30. — L'eschare se détache par petites parties, et laisse voir de petites surfaces modifiées.

31. — La surface ulcérée est modifiée; il y a moins de fongosités et moins de profondeur. Il reste encore une partie de l'eschare sur la partie de la lèvre antérieure qui borde l'orifice.

7 juin. — Il n'existe plus de fongosité. L'ulcération est réduite à une petite étendue; sa surface est presque lisse. On cautérise au nitrate d'argent.

12. — L'ulcération est complétement cicatrisée. La malade est renvoyée.

Obs. V. — *Ulcération légère; chlorure de zinc; guérison en quelques jours.* — Pierre (Marie), entrée à Saint-Lazare depuis huit jours. Pas de cautérisation. Tampon mercuriel.

Engorgement du col; ulcération du col occupant tout le pourtour de l'orifice. L'ulcération est peu profonde, légèrement fongueuse, d'un rouge foncé.

Nous plaçons sur l'ulcération un morceau de chlorure de zinc en plaques.

5 juin. — L'eschare est tombée, et l'ulcération est sensiblement modifiée. Les bords ne sont plus apparents.

6. — Il n'y a plus rien sur la lèvre postérieure. Légère rougeur sur la lèvre antérieure. Tampons aluminés.

---

dans ces différents états, de pressentir, mais de découvrir, en un mot, de seconde vue. M. Ferrus m'a cité une dame extatique, qui s'écria dans un accès : « Oh! le pharmacien d'à côté, comme il est étrange sous cet accoutrement! où va-t-il donc avec sa robe de chambre chamarrée? » A ce moment même, la personne désignée venait, sous le costume décrit, et après avoir traversé la rue, d'entrer dans une maison voisine, sans que, du lieu où elle était alors placée, la malade eût aucune possibilité de l'apercevoir.

Il serait banal et superflu de mentionner les prodiges de vision surnaturelle et de divination que revendiquent les magnétiseurs. Pour en accepter l'existence, on devrait admettre, non peut-être cette concentration des facultés qui, au dire de certains adeptes, ferait acquérir plus de netteté aux sensations, plus de rapidité et de facilité dans les calculs de l'intelligence, sorte de pierre de touche intérieure, mais bien que, les liens de l'âme et du corps venant à se relâcher, la première entre plus ou moins en participation de cette prescience, que les religions et les philosophies abstraites attribuent à l'essence divine.

Hâtons-nous de le remarquer cependant : l'histoire a enregistré d'autres phénomènes qui, précédant par de longs intervalles les événements qu'ils annonçaient, durent, lors de leur accomplissement, causer une vive sensation. Ainsi, Cazotte ne se borna point, au XVIII^e siècle, à prédire leur avenir à plusieurs personnages illustres, mais il en particularisa les détails. Par quel enchaînement de circonstances, d'études, d'observations et de rêveries, avait-il été conduit à ses formules prophétiques? La science réclame-t-elle en Cazotte un halluciné, ou la raison ne doit-elle reconnaître en lui qu'un logicien pénétrant, tirant par voie d'induction des horoscopes de la marche des affaires et de l'état général de la société?

Pendant qu'aux époques de crises, la masse des individus se repose sur l'oreiller de l'insouciance, sans appréhender le lendemain ni l'interroger, les esprits prévoyants et subtils déroulent, par une analyse intuitive, qui se fait en eux comme à leur insu, le tableau logique des choses à venir, et, dans les pronostics qu'ils y rattachent, peuvent rencontrer des inductions justes et des prévisions vérifiées.

9. — Ulcération guérie. Injection de ratanhia. Sortie.

Obs. VI. — *Ulcération du col pénétrant dans l'orifice, nullement modifiée après trois semaines par les moyens ordinaires, guérie par l'application du chlorure de zinc en quinze jours.* — Mozert (Angélique). Au service depuis trois semaines. Pas de cautérisations antérieures. Tampon mercuriel.

Ulcération siégeant sur le pourtour du col et pénétrant dans l'orifice.

Cette ulcération présente une coloration d'un rouge vif; le fond n'en est pas fongueux, mais les bords en sont bien limités.

2 juin. — Cautérisation avec la plaque de chlorure de zinc.

Nous plaçons une languette étroite de caustique dans l'intérieur du col, et une plaque de la largeur de l'ulcération sur la surface malade.

4. — Nous constatons que l'ulcération a été cautérisée dans toute son étendue. L'eschare n'est pas encore détachée.

7. — La malade commence à avoir ses règles. L'eschare n'est pas encore détachée.

13. — L'eschare est détachée; on ne trouve plus à la place de l'ulcération qu'une surface légèrement rouge que l'on cautérise au nitrate d'argent.

16. — La malade étant guérie, on lui donne sa sortie.

Obs. VII. — *Ulcération fongueuse profonde traitée par le caustique de Vienne solidifié.* — Dupont (Adèle), âgée de vingt-deux ans. Ulcération du col de l'utérus. Tout l'orifice est entouré d'une ulcération bien plus étendue sur la lèvre antérieure (1 centimètre environ) que sur la lèvre postérieure, où elle n'a que quelques millimètres.

Cette ulcération présente une coloration lie de vin ; les bords en sont taillés à pic, sans le liséré caractéristique ; le fond en est fongueux ; nous la cautérisons avec le caustique Filhos solidifié par la gutta-percha, le 28 mai.

Pour ce faire, nous nous servons d'un cylindre déjà taillé depuis huit jours, et qui n'est nullement altéré. Avant de nous en servir, nous grattons la couche blanchâtre qui s'est déposée à la surface du caustique, et nous nous arrêtons quand nous trouvons une couche grisâtre ; nous trempons dans l'alcool la partie ainsi taillée, nous plaçons le cylindre au bout d'une longue pince, et nous cautérisons la surface ulcérée.

La cautérisation pratiquée, nous essuyons le caustique ; nous le plaçons dans un tube de verre qui contient de la chaux anhydre ; le caustique est séparé de la chaux par une légère couche de coton.

2 juin. — L'eschare est détachée ; l'ulcération paraît très peu profonde ; il ne reste plus qu'une surface rouge sans aucune fongosité. On laisse la malade se reposer aujourd'hui. — Infusion de noyer.

3. — L'ulcération est recouverte d'une exsudation membraneuse blanche qui tombe deux jours après et laisse voir une surface rouge, nullement fongueuse, et en voie de cicatrisation.

La malade sort guérie le 8 juin, c'est-à-dire douze jours après l'application du caustique.

Cette femme, qui était entrée dans les premiers jours de mai, avait été cautérisée trois fois au nitrate acide de mercure, sans que l'amélioration fût très apparente ; c'est alors que, nous décidant à l'emploi d'un caustique puissant, la guérison en a été déterminée d'une manière aussi rapide.

Conclusions. — D'après les expériences que j'ai faites, et qui ont été suivies par mon interne M. Campardon, j'ai pu constater que ces nouveaux caustiques, sous quelque forme qu'ils soient, sont :

1° D'une application facile ;

2° Que leur conservation est de beaucoup supérieure à celle des caustiques des docteurs Filhos et Canquoin ;

3° Que leur application n'est pas plus douloureuse que celle de caustiques beaucoup moins puissants, et que, s'il est facile de limiter leur étendue en superficie, on peut aussi, pour les plaques au chlorure de zinc, entre autres, calculer la profondeur à laquelle ils agissent d'après l'épaisseur des plaques dont on se sera servi ;

4° Que nous avons pu agir dans l'extérieur même du col de l'utérus sans déterminer aucun accident, et enfin que, dans le plus grand nombre des cas, l'eschare formée s'est maintenue assez longtemps pour qu'à sa chute elle ait laissé voir une surface moins profonde, moins fongueuse, et dont la cicatrisation s'est rapidement opérée, soit après quelques applications de nitrate d'argent, soit seulement par des injections légèrement toniques.

Étude clinique du sycosis, et en particulier du sycosis tuberculeux, par M. Maurice Chausit, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de médecine de Paris, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24 et 26, t. III.)

Comme on le voit dans ces deux exemples de complication du sycosis par l'impétigo, il a toujours été possible de retrouver les symptômes propres à chacune de ces affections. Sous les croûtes mêmes de l'impétigo, nous avons pu très bien apprécier les pustules du sycosis, telles qu'elles se comportent là où il n'y a pas de trace de complication. Dans tous les faits du même genre, les pustules impétigineuses se présentent toujours avec la physionomie qui leur est particulière, c'est-

---

N'est-ce pas là, en général, le cas des rendeurs d'oracles ? N'est-il pas légitime de voir dans celles de leurs prédictions réalisées, la conséquence de prévisions qui, au lieu de s'appuyer de circonstances palpables, avaient leur source dans la fine appréciation d'une foule de détails, inaperçus d'organisations moins délicates ?

Chacun de nous, d'ailleurs, n'a-t-il pas eu dans sa vie quelques instants d'égale prescience ? La veille des ordonnances de juillet, je me promenais aux Tuileries avec un ami. La soirée était d'une placidité extraordinaire. — Êtes-vous comme moi, lui dis-je ? Dans l'air qui nous environne, sur la figure des promeneurs, ne saisissez-vous pas quelque chose d'insolite, une sorte de calme dénotant l'orage, et comme le travail secret d'un grand événement ?

Dès six heures du matin, j'étais le lendemain à l'Hôtel-Dieu. Un camarade, affilié aux sociétés religieuses, m'annonça les fameuses ordonnances, se réjouissant que, par cette mesure, on mît à la raison les *petits libéraux*. « Malheureux ! m'écriai-je plein d'une irrésistible conviction, dans deux fois vingt-quatre heures, Charles X ne sera plus aux Tuileries. »

Le premier jour de l'année 1848, dans un dîner, j'affirmai instinctivement qu'avant deux mois, Louis-Philippe aurait disparu. Enfin, me trouvant la veille de l'insurrection à une noce en province, où l'on insistait pour me retenir, je partis la nuit, certain que la capitale était en révolte, et craignant, ce qui eut lieu, de ne pouvoir la traverser pour atteindre l'hospice de Bicêtre.

D'où venait cette prévoyance, cette foi, et, pour ainsi dire, cet aplomb divinatoire ? D'une faculté spéciale ? Nullement. Ma sollicitude constante, en ce qui touchait les affaires publiques, avait surexcité en moi ce sens de la prévision, comparable à ceux qui font partie, en germe, de l'organisation, et que développent l'exercice et l'habitude. La seule vue d'un homme, d'un animal, d'une plante, en présence desquels on se trouve chaque jour, ne tient-elle pas lieu d'une minutieuse analyse ? Qu'est-ce ce coup d'œil médical si rapide et si sûr chez les sommités de l'art, sinon le fruit d'une attention scrupuleuse et longue, dont s'est comme pé-

à-dire qu'elles sont superficielles, agglomérées, qu'elles suppurent complétement. Quant aux croûtes, elles conservent aussi des caractères parfaitement distincts. Ainsi, celles du sycosis sont toujours petites, sèches, noirâtres, tandis que celles de l'impétigo restent épaisses, mollasses, étagées, ressemblant à des masses de miel desséché. Cette séparation de forme existe à tous les états et pendant toute la durée de la maladie. On en retrouve les signes évidents alors même que l'une des deux éruptions est un moment assez dominante pour masquer complétement l'autre, ainsi qu'on le voit dans le fait suivant.

Obs. IX. — *Sycosis tuberculeux aigu compliqué d'impétigo.* — Le nommé V... (Pierre), né à Guy-la-Mothe (Oise), âgé de trente-sept ans, cantonnier, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, le 23 mars 1854, service de M. Cazenave. Cet homme jouit d'une bonne santé; c'est pour la première fois qu'il est atteint d'une maladie de la peau, sur le développement de laquelle il nous donne les renseignements suivants : Vers la fin d'octobre dernier, apparut sur la joue droite une exfoliation lamelleuse, sèche, sans suintement (probablement une plaque de pityriasis), ne dépassant pas en étendue les dimensions d'une pièce d'un franc. D'après les conseils d'un pharmacien, il fit usage pendant près de trois mois, et sans succès, d'une pommade au précipité blanc. Pendant tout ce temps, l'éruption cutanée n'avait pas fait beaucoup de progrès ; elle conservait toujours le même aspect sec et farineux.

Dans les premiers jours du mois de février se montra tout à coup la maladie pour laquelle il a demandé son admission à l'hôpital, et dont il attribue le développement au froid très vif qu'il ressentit quelques jours auparavant. Il éprouva dans tout le visage une grande chaleur, suivie bientôt du développement de nombreux boutons blancs semés au milieu de la barbe, qui fut complétement envahie dans l'espace de quelques jours. La sécrétion fournie par les boutons se concréta au milieu des poils, et il en résulta cette masse croûteuse que nous voyons aujourd'hui. Il appliqua des cataplasmes, fit des onctions avec un onguent dont il ignore la composition; mais le mal augmentait toujours.

Le 23 mars, jour de son admission à l'hôpital, nous le trouvons dans l'état suivant : des croûtes verdâtres, sèches ou à demi desséchées, recouvrent toute la partie du visage occupée par la barbe, les lèvres, le menton, les joues, les régions sous-maxillaires, ce qui augmente dans une proportion considérable les traits de la face. Ces croûtes, également répandues et desséchées au milieu des poils, offrent bien la couleur, la superficialité des croûtes de l'impétigo, auquel elles appartiennent réellement; cependant elles ne constituent pas toute la maladie. En effet, comme elles sont soulevées et détachées de la surface de la peau par la pousse de la barbe, on distingue à la circonférence une foule de nodosités tuberculeuses, saillantes, rouges, enflammées, sur lesquelles elles paraissent reposer. Ces nodosités, dont quelques-unes atteignent le volume d'un pois, intéressent non-seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire à une profondeur plus ou moins considérable. A la base de chaque poil qui les surmonte, on distingue facilement une petite pustule : c'est donc un sycosis. La masse croûteuse qui recouvre la barbe, en formant une espèce de calotte extérieure, n'est pas le produit de cette inflammation du bulbe pilifère, mais bien le résultat d'une inflammation impétigineuse qui a compliqué le sycosis.

Rougeur, tension considérable des téguments, qui sont douloureux à la pression; difficulté pour les mouvements de la mâchoire.

Traitement : Cataplasmes matin et soir ; bain simple ; deux portions d'aliments.

Le 30, les croûtes extérieures sont tombées. Toute la surface occupée par la barbe est rouge, tendue encore, mais non douloureuse, hérissée d'une foule de ces nodosités dont nous avons parlé, ce qui donne à la peau l'aspect d'une surface recouverte de grosses végétations. Les plus petites de ces nodosités sont seulement surmontées par un follicule pileux, dont elles représentent l'hypertrophie. Les plus volumineuses en soulèvent plusieurs; mais, à la base de chaque poil, on voit une petite pustule enchâssée dans la peau. On ne peut donc pas méconnaître la nature de l'éruption : c'est un sycosis. — Même traitement.

8 avril.—Les nodosités tuberculeuses sont toutes surmontées de petites croûtes adhérentes, résultant de la dessiccation des pustules qui existaient quelques jours auparavant à la base des poils. Il ne reste plus de traces de la complication impétigineuse : on ne voit qu'une inflammation intense du follicule pileux et du tissu cellulaire sous-cutané. En effet, en explorant ces indurations avec les doigts, on constate aisément qu'elles se prolongent au-dessous de la peau, où il n'est pas possible de les circonscrire.

Traitement : Bain alcalin, avec douches en arrosoir sur la partie malade pendant les dix dernières minutes du bain ; lotions alcalines matin et soir ; cinq portions.

Le 15, les indurations tuberculeuses sont généralement affaissées. Sur quelques points elles ont complétement disparu. Ainsi, aux lèvres, sur les parties latérales du menton, sur tous ces points la peau est encore rouge ; mais elle n'est ni tendue ni douloureuse. C'est à peine si l'on rencontre çà et là, même au sommet des nodosités les plus volumineuses, quelques petites pustules, toujours situées à la base des poils qui les traversent à leur partie centrale.

L'éruption est complétement et franchement arrivée à sa période de résolution. Même traitement.

Le 26, disparition complète des nodosités. La peau est encore rouge, mais non douloureuse ; elle est presque aussi souple qu'à l'état normal ; pas de traces de pustules.

4 mai. — Le malade quitte l'hôpital ; sa guérison est complète.

Quand l'impétigo existe avec le sycosis, il n'est jamais qu'un symptôme accidentel ; mais il ne se confond dans aucun cas avec la maladie du conduit pilifère, de manière à constituer

---

nétrée toute l'intelligence; qui, de suite, indique le mal, le salut ou le danger, et qui revêt parfois même l'apparence du pressentiment?

M. de Humboldt, dans son *Cosmos*, rappelle les divinations de Jordano Bruno sur les mouvements des étoiles fixes, sur la nature planétaire des comètes, sur la forme imparfaitement sphérique du globe terrestre, et il emprunte à l'antiquité grecque de nombreux exemples de ces pressentiments *urano-logiques* que le temps a depuis lors confirmés.

De ces vues diverses, il nous semble raisonnable de conclure qu'il y aurait abus à grouper pêle-mêle les faits offrant un certain caractère de surnaturalité. Plusieurs d'entre eux ont un principe apercevable ; d'autres demeurent plus mystérieux, et si la borne restreinte dans laquelle est renfermé le pouvoir d'observation et de pénétration ne permet point de les nier, au moins faut-il les soumettre à la loi d'une nomenclature.

En définitive, il n'y a de véritable et pur pressentiment, de pressentiment type que celui ayant sa source dans les profondeurs organiques, spontanément éclos, et n'accusant point ostensiblement de raison d'être.

Dans une seconde variété, de beaucoup la plus nombreuse, l'illumination naît d'une impression antérieure ou actuelle, presque toujours inaperçue dans son origine, sur laquelle l'esprit s'arrête, et qui se fortifie par la filiation latente et consécutive des idées.

Un troisième a pour point de départ les impressions formelles et tangibles, qui éveillent le pressentiment par l'affinité des craintes et la possibilité d'analogie dans les situations.

Viennent ensuite les pressentiments, engendrés par les songes, tantôt reflets d'une pensée intime qui s'est personnifiée dans le travail fantastique, et d'autres fois apparaissant à notre vue bornée comme l'émanation d'une volonté surnaturelle.

Ceux que déterminent les hallucinations souvent produites elles-mêmes par un sentiment profond, par d'actives anxiétés.

Enfin, les prévisions, puisées, selon toute apparence, dans une coordination d'idées logiques et subtiles.

Quant aux faits de seconde vue, ils ne sauraient prendre rang

une affection nouvelle, un type particulier. L'éruption impétigineuse suit toujours la marche qui lui est propre : elle ne donne jamais lieu à la formation de tubercules ; jamais non plus elle ne détermine l'alopécie. Cela est si vrai, que, quand les deux affections se présentent ensemble, le diagnostic trouve un élément précieux dans cette circonstance que, là où existe l'impétigo, on ne signale ni alopécie, ni altération des poils, tandis que ces deux phénomènes sont fréquents là où s'est manifesté le sycosis (obs. V, VI).

Une autre considération clinique très importante nous semble devoir faire regarder l'impétigo sycosiforme comme une espèce purement hypothétique. Si la complication de l'impétigo avec le sycosis constituait une maladie particulière, celle-ci aurait jusqu'au bout une symptomatologie propre; elle conserverait pendant toutes ses phases une physionomie à elle. Or, l'observation démontre la contraire. Les deux maladies suivent si bien une marche distincte, que l'une peut cesser (et cela arrive le plus souvent) sans que l'autre en paraisse influencée le moins du monde. Ainsi, il n'est pas rare, dans ces formes compliquées, de voir l'impétigo disparaître pour ne plus revenir, alors que le sycosis se continue avec les caractères qui lui sont particuliers et que nous connaissons.

C'est donc à tort, selon nous, que M. Devergie admet une espèce qu'il voudrait faire considérer comme nouvelle, et qu'il désignerait sous le nom d'*impétigo sycosiforme*. Dans le cas que cette dénomination semblerait spécifier, il s'agit bien évidemment d'une complication de l'impétigo avec le sycosis ; mais il ne saurait être question d'une forme à part, jusqu'alors non décrite, et il faudrait regretter que le désir d'innover conduisît à des définitions dont le principal inconvénient serait de jeter le trouble dans l'esprit des praticiens.

NATURE ET CAUSES DU SYCOSIS. — A l'époque où Biett introduisait en France l'usage de la classification de Willan, il s'agissait surtout d'établir la formule graphique des maladies de la peau. Aussi n'est-il pas étonnant que ce grand observateur se soit plus préoccupé de la forme que de la nature de ces affections. Pour lui donc, la *mentagre* était, avant tout, une éruption primitivement pustuleuse. M. Cazenave, qui, dès 1841, mettait en avant une classification fondée sur la recherche de la nature même des affections cutanées, compléta la doctrine de Biett sur ce point, en faisant du sycosis une inflammation du conduit pilifère.

Cette définition, dont l'expérience n'a fait que confirmer l'exactitude, posait sous un jour tout nouveau l'étude du sycosis, et c'est à elle que nous devons d'avoir pu apprécier d'une manière plus rationnelle et la symptomatologie et le traitement de cette intéressante affection. On a le droit de s'étonner, en présence de ce fait, de voir un médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Bazin, dire, en 1854, « que les dermatologistes modernes, qui tous, plus ou moins fidèlement, ont accepté la classification de Willan, ont été, par cela même, dispensés de s'expliquer sur la nature de la mentagre (1).

M. Bazin a adopté la doctrine de M. Gruby, qui aurait reconnu depuis longtemps que la mentagre était due, au moins dans certains cas, à la présence d'un végétal parasite, qu'il appelait le *microsporon mentagrophytes*. Mais cette théorie, bien que perfectionnée et augmentée, est loin de répondre à toutes les nécessités de l'observation clinique. Ainsi, même après avoir admis un nouveau cryptogame mentagreux, le *trichophyton tonsurant*, M. Bazin est forcé de reconnaître que la mentagre est, en dehors du végétalisme, due à une foule de causes diverses. Il y aurait pour lui une mentagre syphilitique, une mentagre scrofuleuse, une mentagre d'irritation locale, et enfin une mentagre parasitique. Celle-ci serait la *teigne mentagre*. M. Bazin, qui a été conduit, par son système, à préconiser l'épilation comme traitement rationnel de cette maladie, reconnaît que cette pratique échoue, même dans certains cas de mentagre *dermophytique*, et il attribue cet insuccès à cette circonstance, que le malade se retrouve, après la guérison, replacé dans les conditions sous l'influence desquelles le mal avait apparu une première fois. On pourrait très bien ne pas comprendre quel rôle joue le cryptogame à côté de cette influence morbide ; mais on se demande surtout comment une maladie essentiellement parasitique peut se reproduire parce que le malade s'est exposé de nouveau à cette influence. Si la mentagre a reparu, parce que, chez tel malade, la lèvre est en contact avec la *poussière des châles*, chez tel autre parce qu'il a *secoué des ballots de laine* ou *balayé des docks*, on ne voit plus la nécessité de l'intervention du *microsporon* ou du *trichophyton*. Il y a plus, ces faits prouvent même le contraire de ce que l'on prétend établir. Nous ne voulons pas tirer parti de ces contradictions pour discuter la théorie d'un végétal mentagreux. Nous voulons faire remarquer seulement que les cas de récidive cités par M. Bazin, et inexplicables avec l'opinion qu'il soutient, trouvent une solution toute naturelle et toute simple

(1) *Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face*, page 8.

---

dans les divisions du pressentiment. Ils impliquent essentiellement une faculté *sui generis*.

Nous ne parlerons pas de la prescience ; elle n'appartient qu'à la divinité ; c'est-à-dire qu'elle se dérobe à l'analyse et est au-dessus de toute compréhension.

DELASIAUVE.

— On vient de restaurer l'hôpital Cochin. Le nombre des lits qui s'y trouvent aujourd'hui est de près de 140. A la fondation de cet établissement il n'était que de 38.

— Un modeste praticien rural, M. le docteur Guérif, du Mesnil (Maine-et-Loire), vient d'être l'objet d'une manifestation bien honorable et touchante. Enlevé par une mort rapide, et très regretté, à l'exercice de la médecine qu'il pratiquait depuis trente années, tous ses confrères des localités voisines, toutes les populations environnantes ont assisté à ses obsèques. La petite église du Mesnil s'est trouvée insuffisante pour contenir la foule attristée, et chacun témoignait par sa douleur qu'il perdait un ami, un bienfaiteur.

— M. le docteur Auzouy, inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron), a été nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, en remplacement de M. Renault de Motey.

— M. le docteur A. Maffey, médecin attaché au service de S. M. l'Empereur, vient d'être nommé, par S. M. le roi de Sardaigne, chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique et des cultes, en date du 9 juillet 1856, M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé médecin suppléant du lycée impérial de Tours.

— Par décret impérial du 16 juin 1856, le docteur John Hall, inspecteur général des hôpitaux de l'armée anglaise en Crimée, a été nommé officier de la Légion d'honneur. Le même décret nomme chevaliers 15 chirurgiens et 1 vétérinaire dans l'armée de terre, et 5 chirurgiens dans la marine d'Angleterre.

— M. le docteur Pucheran vient d'être nommé aide-naturaliste au Muséum.

dans la doctrine qui fait du sycosis l'expression d'un état inflammatoire du follicule pileux. En effet, on comprend sans peine que toutes les causes d'irritation du conduit pilifère, telles que le maniement de substances âcres, l'action de l'air froid, celle du rasoir, etc., puissent déterminer cette inflammation ; et, si l'on tient compte de la prédisposition organique particulière dont nous avons déjà parlé, il n'y a plus rien d'anormal dans les faits dont il est question.

En résumé, il ne nous appartient pas de déterminer le rôle précis que joue le cryptogame mentagreux, en supposant qu'il existe réellement. Mais, sans affecter de parti pris contre un système sans doute très consciencieux, il nous est impossible d'assigner au microsporon de M. Gruby l'influence qu'il lui attribue. Pour nous, il faut demander le secret de la nature du sycosis à l'étude de ses phénomènes physiologico-pathologiques, c'est-à-dire à l'observation des symptômes qui traduisent si évidemment une phlegmasie particulière du follicule pileux.

Cette inflammation est complexe. Elle peut être limitée à l'orifice du conduit pilifère, et alors on a ce que l'on pourrait appeler le sycosis simple, à forme surtout pustuleuse.

Elle peut intéresser plus profondément le follicule, déterminer une congestion des tissus ambiants, et produire le sycosis tuberculeux.

Elle a, dans quelques cas, sous cette dernière forme, pour caractère particulier de déterminer un abcès phlegmoneux siégeant dans le follicule même et se vidant par l'orifice.

Très souvent, et surtout quand elle a revêtu le type tuberculeux, elle a pour conséquence l'alopécie. Celle-ci, presque toujours passagère, n'est qu'exceptionnellement définitive. Il s'y joint un état particulier de la peau sur les points dénudés.

Enfin, l'inflammation sycosique peut, soit qu'elle réagisse sur d'autres organes, soit par simple coïncidence, se compliquer d'autres affections cutanées, notamment de l'impétigo. Ainsi, le sycosis sous ses diverses formes, disques érythémateux, pustules, tubercules, traduit une phlegmasie superficielle ou profonde de l'appareil pilifère, comme l'acné avec ses variétés, *acne simplex*, *indurata*, *rosacea*, est le résultat d'une phlegmasie du follicule sébacé.

Le sycosis est une maladie particulière à la barbe ; elle semble se développer surtout sous l'influence de causes locales directes. Ainsi, on l'observe fréquemment chez les gens qui sont exposés soit à l'action de l'air et du froid, soit, au contraire, à celle d'un foyer ardent, comme les cochers, les conducteurs, les forgerons, les cuisiniers, etc. Elle se manifeste aussi dans des conditions qui exigent le contact habituel de substances pulvérulentes. Nous l'avons vue souvent se développer à la suite de l'emploi de topiques irritants. Mais, de toutes les causes locales, celle qui paraît avoir l'influence la plus active est l'usage du rasoir. C'est au moins la cause le plus fréquemment invoquée, et l'on a pu en conclure que le sycosis se transmettait par contagion. Des opinions fort respectables se sont produites en ce sens ; mais M. Cazenave, dont l'expérience doit faire autorité sur cette matière, n'a constaté dans sa longue pratique aucun fait qui puisse lui faire admettre cette contagion. Il y a donc au moins une très grande incertitude à cet égard ; mais ce qui est hors de doute, c'est que l'action du rasoir augmente évidemment l'inflammation et peut-être même la perpétue, une fois que celle-ci s'est déclarée.

Après la prédisposition particulière dont nous avons eu souvent occasion de parler, les causes générales qui semblent exercer une certaine influence sur le développement du sycosis sont la jeunesse, l'âge adulte, un tempérament bilioso-sanguin, et l'influence du printemps ou de l'automne.

Traitement du sycosis. — Les observateurs qui admettent la nature cryptogamique de la mentagre devaient être conduits par cette hypothèse à des données thérapeutiques particulières sur cette maladie. Ainsi, M. Bazin résume le traitement du sycosis dans l'épilation et les topiques *parasiticides*, qu'il applique indifféremment à tous les cas.

Après avoir dit notre opinion sur le cryptogame lui-même, nous ne devrions avoir rien à dire sur le traitement dont il est l'occasion ; cependant il soulève une question pratique sur laquelle nous croyons devoir insister.

Il ressort des faits cités par M. Bazin une circonstance qu'il avoue d'ailleurs lui-même : c'est que l'épilation est inefficace dans beaucoup de cas. Nous croyons, quant à nous, qu'elle l'est presque toujours, lorsqu'il ne lui arrive pas d'avoir d'autres inconvénients.

Pour les formes pustuleuses du sycosis à l'état soit aigu, soit chronique, ce serait à tort que l'on prétendrait attribuer leur guérison à l'emploi des procédés épilatoires et des agents parasiticides. En effet, l'observation clinique démontre que, le plus souvent, ces formes sont facilement modifiées par le traitement ordinaire. Si, dans quelques cas, et notamment sous le type chronique, elles montrent une ténacité vraiment désespérante, l'épilation reste alors complétement inefficace, comme les autres moyens employés. C'est que, dans ces formes rebelles et tenaces, l'inflammation sycosique est constituée par deux éléments bien distincts : l'un est l'élément pustuleux, phénomène éphémère, pourrait-on dire, qui vient, passe et se reproduit à des intervalles irréguliers ; l'autre est l'élément congestif de la peau, état fluxionnaire permanent qui ne se dissipe point, même lorsque la poussée pustuleuse est accomplie. C'est à triompher de cet élément principal de la maladie qu'il faut s'attacher, en recherchant et combattant la cause sous l'influence de laquelle il se perpétue. A part la différence seule du siége, ces formes pustuleuses du sycosis représentent, dans l'ordre des lésions de l'appareil pilifère, les mêmes éléments morbides que l'*acne rosacea* dans les lésions du follicule sébacé. On comprend dès lors toutes les difficultés de la thérapeutique. Sur ce point donc, l'épilation ne se recommande par aucune propriété particulière.

Il en est de même pour le sycosis tuberculeux, où l'éruption guérit très bien à l'aide des moyens dont nous allons parler tout à l'heure. L'épilation est, là aussi, parfaitement inutile, et l'on peut lui reprocher même de faire très gratuitement ce que la maladie n'a déjà que trop de tendance à produire, c'est-à-dire de déterminer l'alopécie.

Ainsi, et cela résulte des faits que nous avons cités, le sycosis peut toujours guérir sous l'influence du traitement rationnel. L'épilation est donc un moyen tout à fait surabondant, qui n'a d'influence sur la guérison que pour la retarder peut-être. Aussi faut-il s'étonner de la voir recommandée comme une sorte de panacée qui conviendrait et que l'on applique à tous les cas sans exception, surtout si l'on se rappelle que M. Bazin lui-même a pris soin d'en atténuer singulièrement la valeur, en disant : « La nature seule guérit quelquefois le sycosis ; le végétal parasite, pour des raisons qu'il est difficile d'apprécier, cesse de vivre, et la mentagre disparaît complétement. » (*Loco citato*.)

S'il est vrai que, dans quelques cas de sycosis pustuleux ou tuberculeux l'épilation a paru produire d'heureux effets,

ce n'est là qu'une exception très restreinte qui n'est rien moins que concluante. Nous avons dû la signaler cependant, parce qu'elle semblerait se rapporter à ce que nous avons eu occasion de dire à propos de certaines formes de sycosis tuberculeux. En effet, il y a des cas où l'inflammation sycosique semble s'être compliquée d'une lésion de sécrétion des glandes pilifères, et présenter alors un type morbide analogue à celui du favus. Dans ce cas, la méthode épilatoire agirait en suspendant la sécrétion devenue inutile, et amènerait ainsi la guérison par la suppression du poil, qui est l'objet et le but de cette fonction.

Mais, en dehors de ces faits exceptionnels, il est évident, même d'après les relevés produits, que l'épilation est un moyen inutile, sinon dangereux. Elle a l'inconvénient d'être douloureuse et de fatiguer inutilement les malades, qui sont peu disposés à recourir à ce moyen en cas de récidive, circonstance qui a pu faire croire à des guérisons qui n'existaient pas.

Nous avons pu recueillir déjà plusieurs observations de malades chez lesquels l'épilation a été employée sans succès, vingt, trente et jusqu'à quarante fois, au dispensaire externe de l'hôpital Saint-Louis, dirigé par M. Bazin lui-même.

La valeur de l'épilation ainsi entendue, il nous reste à dire que le traitement du sycosis repose sur deux indications bien distinctes.

Pendant les poussées aiguës, qu'il faut surveiller avec beaucoup de soin, on doit insister sur les moyens antiphlogistiques. C'est alors qu'on doit conseiller les applications émollientes et surtout les cataplasmes, qu'il est bon de continuer le plus longtemps possible. S'il y a de la congestion, on peut recourir utilement aux émissions sanguines locales. On aura soin de faire couper la barbe avec des ciseaux, et d'éviter soigneusement le *feu du rasoir*.

Quand il n'y a plus d'inflammation, on emploie alors les frictions résolutives iodurées ou mercurielles. C'est alors aussi que l'usage des bains et surtout des douches de vapeur aqueuse est très utile. On obtient aussi de bons résultats des douches sulfureuses en arrosoir, des bains alcalins, en recommandant au malade de se faire faire des douches en arrosoir avec l'eau du bain. Mais, nous le répétons, il faut étudier très attentivement la marche de la maladie; car, s'il survient des phénomènes d'inflammation, il convient de suspendre immédiatement toute médication un peu excitante, pour recourir à des moyens mieux appropriés à l'état de l'éruption.

A l'état tuberculeux, il semblerait que le sycosis doit constituer une forme particulièrement grave et rebelle. Eh bien! l'expérience a démontré qu'il était plus facile d'avoir raison de ces nodosités en apparence effrayantes, que de triompher de l'état pustuleux compliqué d'indurations peu marquées. Les observations qui ont servi de base à ce travail confirment cette proposition, souvent émise par M. Cazenave dans ses conférences cliniques, que le sycosis tuberculeux cède en général assez facilement à un traitement approprié, antiphlogistique surtout, et cela d'autant plus promptement que l'élément tuberculeux domine davantage.

Dans quelques cas où les nodosités étaient rebelles à toutes les applications résolutives, nous avons vu obtenir d'heureux résultats par l'emploi de vésicatoires volants appliqués sur les points malades.

Le traitement est aidé par un régime doux, par des boissons amères et quelques laxatifs.

II.

REVUE CLINIQUE.

NOTE SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DES VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES, ET SUR LE MOYEN D'Y REMÉDIER, par M. le docteur RÉNÉ BRIAU.

Tout le monde connaît les difficultés que le médecin éprouve la plupart du temps à arrêter les vomissements des femmes enceintes; et cependant ces accidents donnent lieu à un état toujours très pénible, souvent grave, quelquefois même mortel. L'avortement, auquel on est obligé parfois d'avoir recours, comme à une ressource suprême, outre que son emploi répugne à beaucoup de médecins, n'est pas d'ailleurs un remède sans inconvénients, ni même sans dangers. Si donc il existe des moyens de reconnaître une des causes qui donnent naissance à ces vomissements incoercibles, et si, cette cause étant découverte, il se présente immédiatement la possibilité de les faire cesser, je pense que c'est rendre service tout à la fois à la science et à la pratique que de leur donner la plus grande publicité. Ce sont ces motifs qui m'engagent à soumettre à l'appréciation de l'Académie le fait suivant, que j'ai observé avec soin et avec le plus grand intérêt.

OBS. — Madame X., âgée de vingt-cinq ans, est bien constituée, d'une bonne santé habituelle; son tempérament est lymphatique-nerveux. Elle est devenue enceinte une première fois, il y a six ans, et sa grossesse a été exempte de tout accident; l'accouchement a eu lieu dans de bonnes conditions, et le rétablissement a été complet et assez prompt.

Une seconde grossesse a eu lieu il y a trois ans, et, à part quelques malaises et quelques vomissements dans les premiers mois, on peut dire que cette grossesse a été heureuse, quoique un peu moins bonne que la première. Ce second accouchement a été facile et prompt, mais les suites en ont été troublées par un incident des plus fâcheux. En effet, madame X. sortait pour la première fois en calèche avec son premier enfant, âgé de trois ans, lorsque celui-ci, dans un mouvement brusque, fut jeté en dehors de la voiture sur le pavé. La mère crut d'abord que la roue de la voiture avait passé sur le corps de son fils. Heureusement il n'en était rien, et l'enfant n'avait reçu aucun mal; mais l'émotion de la mère avait été violente, et sa convalescence en fut fortement éprouvée. Aussi depuis cette époque elle a été affectée d'un écoulement blanc, médiocrement abondant, qui a persisté depuis deux ans et qui a amené du trouble et de la douleur dans les fonctions digestives. Toutefois les époques menstruelles n'en ont éprouvé aucun dérangement.

Madame X. est devenue enceinte une troisième fois vers le commencement de mars 1856. Elle s'en aperçut par quelques malaises spéciaux et surtout par l'absence de ses règles au commencement d'avril. Des vomissements peu fréquents d'abord se manifestèrent vers le milieu de ce dernier mois, et continuèrent en augmentant graduellement. Peu à peu leur fréquence et leur intensité devinrent telles que la malade fut obligée de garder le lit à partir des premiers jours de mai. Bientôt son estomac ne put retenir ni digérer aucune espèce de nourriture. Pendant tout ce mois de mai, elle fut affectée d'une douleur gastralgique intolérable, de constipation et de soif ardente. A ces symptômes persistants se joignirent de temps en temps des spasmes, des mouvements cloniques des membres extrêmement pénibles, puis un abattement et un découragement profonds, et des insomnies qu'on parvenait difficilement à vaincre par l'administration de la morphine suivant la méthode endermique. Ce sommeil morphique, d'ailleurs, n'était point réparateur. L'amaigrissement fit des progrès d'autant plus rapides que la malade pouvait à peine garder de temps à autre un peu d'eau.

Appelé à donner mes soins à madame X. dès le 2 mai, j'eus

bientôt épuisé, sans aucun profit, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, et cela avec d'autant moins de succès que l'estomac se refusait à garder aucun médicament. Une médication externe assez énergique fut également employée sans produire d'amélioration sensible.

Cependant la famille était vivement alarmée, et quelques personnes me demandaient de songer à la ressource extrême de l'avortement. Mais je n'étais point encore convaincu de l'urgence ni de l'opportunité d'un moyen aussi grave. Dans l'embarras où je me trouvais, je sollicitai, le 21 mai, l'intervention de M. le professeur Moreau, qui était l'accoucheur de madame X. Dans une consultation qui eut lieu en effet, M. Moreau conseilla l'emploi de divers moyens, dont on n'obtint qu'un faible soulagement momentané. Il ajouta que très probablement les vomissements cesseraient lorsque l'utérus aurait acquis assez de développement pour franchir l'excavation du bassin.

C'est alors que le mari de la malade me demanda avec insistance de permettre l'essai de la médecine homœopathique. Cette demande me parut impérative, et je me retirai pour laisser une entière liberté à cette expérience extra-médicale.

Le 2 juin, je fus rappelé; l'essai homœopathique avait échoué, et l'état de la malade s'aggravait.

Depuis longtemps, et même avant cette dernière grossesse, j'avais acquis la conviction que les organes génitaux internes de madame X. étaient affectés de quelque altération, soit de texture, soit de position. La persistance de l'écoulement leucorrhéique m'avait donné cette pensée; mais la répugnance extrême de la malade à se prêter aux moyens de s'en assurer m'avait empêché d'insister à cet égard. Toutefois, en réfléchissant aux accidents de cette grossesse, j'exprimai à quelques personnes de la famille l'idée qu'un examen attentif des organes génitaux me paraissait nécessaire, d'autant plus que l'écoulement blanc n'avait pas discontinué depuis le commencement de la grossesse. Je les engageai, en conséquence, à préparer la malade à cet examen. J'y fus d'autant plus incité, qu'en palpant avec attention l'abdomen, je n'avais senti aucune dureté, aucune tuméfaction qui indiquât un développement quelconque de l'utérus; et cependant la malade croyait être arrivée à la fin du troisième mois de sa grossesse, et, dans l'état de maigreur où elle se trouvait, il était naturel de penser qu'on sentirait facilement l'augmentation de volume de la matrice que comporte cette époque de son évolution.

M. Moreau, dont j'avais de nouveau sollicité le concours, vint le 4 juin. Il ne sentit pas plus que moi le développement de l'utérus par le palper du ventre, et il se livra immédiatement à l'examen des organes génitaux internes. Après avoir introduit le doigt dans le vagin, il sentit que l'utérus était en état de rétroversion incomplète, et qu'en outre cet organe était profondément logé dans l'excavation du bassin. Il constata encore qu'il se trouvait incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac osseux, sans pouvoir franchir l'angle sacro-vertébral. Aussitôt après s'être bien assuré de ces circonstances, par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, il dégagea la matrice de cette situation anormale en la faisant remonter et en la ramenant ainsi dans l'axe du détroit abdominal.

A la suite de cette opération, qui n'occasionna aucune douleur, madame X. se sentit immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessèrent, et la malade put prendre et digérer quelques aliments légers. La nuit suivante, elle dormit bien. En un mot, à partir de ce moment, elle recouvra graduellement, mais rapidement, l'appétit, le sommeil, le calme, c'est-à-dire la santé, qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. J'ajoute qu'en moins de quarante-huit heures le ventre prit son développement normal et proportionnel à l'époque présumée de la grossesse.

J'ai à peine besoin de faire ressortir les circonstances de ce fait et l'intérêt pratique considérable qu'il me paraît offrir. Une cause pour ainsi dire toute mécanique retient l'utérus enclavé dans la courbure du sacrum et s'oppose au développement normal de cet organe; de là une perturbation générale et des vomissements incoercibles. Cet enclavement paraît provenir lui-même de la rétroversion incomplète de l'utérus. Une fois cette circonstance bien déterminée, l'indication thérapeutique devient positive; elle est mécanique comme la maladie elle-même, et consiste à dégager l'organe et à le remettre flottant dans le ventre par une manœuvre simple et en général facile. La guérison instantanée d'accidents formidables est la suite immédiate de cette petite opération.

Les conclusions de ce fait sont: 1° que l'enclavement de l'utérus gravide dans la concavité du sacrum est une cause de vomissements incoercibles; 2° que dans ce cas le dégagement mécanique de l'organe fait immédiatement cesser les accidents.

Je dois ajouter que M. le professeur Moreau m'a dit avoir rencontré plusieurs fois des cas semblables où la même manœuvre a été suivie d'un égal succès; ce qui prouve que ces sortes d'accidents ne sont pas très rares, et qu'il est utile que les praticiens en aient connaissance.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Réponse de* M. Ch. Rouget *à une réclamation de priorité adressée par* M. Müller *à l'occasion du mémoire sur l'appareil d'adaptation de l'œil, présenté à la séance précédente.* Suivant M. Rouget, la découverte du muscle ciliaire annulaire n'appartient ni à M. Müller ni à lui-même, mais bien à Clay Wallace et à Van Reeken, qui ont donné une description de ce muscle, l'un dès 1836, l'autre au commencement de l'année 1855.

D'ailleurs M. Rouget rappelle que ce qu'il a annoncé comme *faits nouveaux*, ce n'est pas l'existence du muscle ciliaire annulaire chez l'homme, objet de la réclamation de M. Müller, c'est: 1° l'étude de ce muscle chez les différents ordres de mammifères et chez les oiseaux; 2° la continuité des faisceaux de ce muscle avec ceux du muscle oblique de l'iris; 3° les rapports des veines irio-choroïdiennes avec le même muscle, rapports d'où résultent leur compression et l'érection des procès ciliaires (*Comm. :* MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Sur la présence de l'ammoniaque dans certaines eaux minérales*, par M. *Jules Bouis*. — L'auteur résume le résultat de ses recherches à ce sujet dans les propositions suivantes :

1° Les eaux thermales sulfureuses ne contiennent pas la moindre trace d'ammoniaque, lorsqu'elles sortent directement des terrains granitiques (Olette, Amélie-les-Bains, la Preste, Vernet, Baréges, etc.).

2° Les eaux sulfureuses, même dites naturelles, mais dont la sortie hors du sol n'a pas lieu directement du granit, et qui contiennent une proportion de chlorures et de sulfate de chaux plus forte que les eaux de la première série, renferment des proportions diverses d'ammoniaque (Eaux-Bonnes, Labassère).

3° Les autres eaux sulfureuses sortant de terrains bien moins anciens, et dont l'origine doit être attribuée à la réaction des sulfates sur les matières organiques, contiennent des proportions notables d'ammoniaque; tel est le cas d'Enghien, de Belleville, des Thernes.

Ces expériences, ajoute M. Bouis, sur la présence ou l'absence de l'ammoniaque dans les eaux minérales tendent à démontrer, en ce qui concerne les eaux sulfureuses, que si pour un certain nombre on peut admettre que leur sulfure provient de la décomposition

des sulfates par des matières organiques, cette hypothèse ne peut s'appliquer aux véritables eaux sulfureuses naissant directement des roches primitives.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Rapport sur un mémoire de M. Dufossé, ayant pour titre :* De l'hermaphrodisme chez les animaux vertébrés. (*Comm.:* MM. Coste, de Quatrefages, Valenciennes, *rapporteur*). L'existence d'un testicule ou laitance dans le voisinage de l'ovaire, chez les poissons du genre *Serranus*, avait été déjà annoncée par Cavolini, Cuvier et M. Valenciennes. M. Dufossé a mis ce fait hors de doute en constatant la présence et la constance des spermatozoïdes dans cet organe ; il est même parvenu à injecter les canaux séminifères de ces testicules.

L'auteur a ensuite confirmé par l'expérience les faits donnés par l'étude anatomique. Il a obtenu des fécondations artificielles des œufs de serrans, soit en agissant sur les œufs de l'individu qui lui fournissait la laitance, soit en prenant les œufs sur un autre individu.

Les observations de M. Dufossé ont été vérifiées par MM. les membres de la commission, qui proposent l'insertion du travail de cet auteur dans le recueil des *Mémoires des savants étrangers.* (*Adopté.*)

CHIMIE. — *Observations et expériences sur l'emploi de l'iodure de potassium comme réactif de l'ozone*, par M. *Cloëz*. — L'auteur termine ce travail par les conclusions suivantes : Le papier ioduré amidonné ne peut pas être employé comme un réactif certain de l'ozone. — A l'air libre, il se colore par les vapeurs rutilantes et l'acide azotique, qui peuvent exister dans l'atmosphère. — Il se colore également par les huiles essentielles que les arbres verts et les plantes aromatiques exhalent continuellement. — Dans un espace clos, la lumière peut donner à l'air humide la propriété d'agir sur le papier, comme les acides et les essences, sans que l'on puisse admettre qu'il y a eu production d'ozone. — L'oxygène dégagé par les parties vertes des plantes est sans influence sur la coloration du papier. (*Comm.:* MM. Thenard, Dumas, Becquerel, Boussingault.)

PHYSIOLOGIE. — *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique*, par M. *Colin*. (Voyez GAZETTE HEBD., numéro 27, p. 481.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation d'un décret qui approuve l'élection de M. *Beau* comme membre titulaire.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Beau* vient prendre place parmi ses collègues.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics communique : — *a.* Le rapport de M. *Roynaud* sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Montauban : — *b.* Un rapport final de M. le docteur *Yvonneau* sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher), en 1855 et 1856 : — *c.* Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1855 dans le département des Hautes-Pyrénées (*Commission des épidémies*) : — *d.* Quatre rapports de MM. les docteurs *Godefroy-Martin, Focachon, Frestier* et *Polosson*, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans le département de l'Isère. (*Commission du choléra.*) : *e.* Une série de rapports adressés par MM. les médecins inspecteurs *Perrin, Cisseville* et *Calvet*, sur le service des eaux minérales d'Euzet et de Saint-Jean, de Ceyrargues, de Forges et de Silvanès et Camarès (*Commission des eaux minérales*) : — *f.* Deux mémoires de M. le docteur *Millon*, sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel en 1855 :— *g.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Loire, de l'Oise et d'Indre-et-Loire. (*Commission de vaccine.*)

3° M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie que, conformément aux vœux qu'elle a exprimés, il a transmis à M. le Préfet de la Seine le rapport relatif au lit mécanique de M. *Cros* (de Dijon), en le priant d'inviter l'administration générale de l'assistance publique à faire expérimenter cet appareil dans les hôpitaux.

4° L'Académie reçoit : — *a.* Des lettres de MM. *Denonvilliers* et *Hutin* qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale : — *b.* Des lettres de MM. *Miolhe, Gobley, Buignet* et *Poggiale*, candidats à la place vacante dans la section de pharmacie : — *c.* Des lettres de MM. les docteurs *Thibaudier* (de Poitiers) et *Séchaut* (de Chalus), qui sollicitent le titre de membres correspondants.

— M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il rappelle qu'il a pratiqué l'écrasement linéaire et la section mousse immédiate dès l'année 1835, lorsqu'il a détaché des tumeurs du col de la vessie en écrasant leurs points d'attache avec le brise-pierre articulé de Jacobson.

NOMINATIONS. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission chargée de dresser une liste de présentation des candidats au titre de membres *associés nationaux*.

Sont nommés MM. *Rostan, Velpeau, Bussy, Michel Lévy* et *Bégin*.

Lectures et Rapports.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. *Bricheteau*, en son nom et au nom de M. *Londe*, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Scipion Pinel*, intitulé : *Des formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques*. Après avoir rappelé les travaux de MM. *Parent-Duchâtelet* et *Martinet* sur la méningite chronique, les recherches de M. *Bayle* sur la paralysie générale des aliénés, M. le rapporteur pense qu'on peut réduire à quatre les principales opinions émises touchant la nature de cette grave maladie.

La première consiste à considérer cette affection comme une simple complication de la plupart des folies (MM. Delaye, Calmeil, Georget, Esquirol). La seconde consiste à la considérer comme une forme distincte de la folie, ayant pour point de départ une lésion anatomique (MM. Parchappe, Duchaek, de Prague). La troisième considère comme une seule et même affection, qu'elle appelle *paralysie générale progressive*, les paralysies avec ou sans délire (MM. Requin, Baillarger, Lunier). Enfin, dans une quatrième théorie, on admet deux variétés de paralysie générale : la paralysie avec aliénation et la paralysie sans aliénation (MM. Sandras, Brierre de Boismont, Duchenne (de Boulogne) et Bricheteau).

Le rapporteur donne ensuite une analyse rapide du mémoire de M. *Pinel*, qui admet dans la paralysie générale quatre formes bien distinctes empruntées à la lésion cérébrale et désignées sous les noms de cérébrite aiguë, cérébrite chronique, hypertrophie de la substance blanche, atrophie de la pulpe cérébrale.

M. Pinel admet deux autres formes basées sur la marche et la terminaison de la maladie, suivant que l'affection affecte le type continu ou intermittent, et suivant qu'elle se termine d'une manière favorable ou funeste.

Ces distinctions permettent à l'auteur d'utiliser tous les faits qui ont été observés, de les classer méthodiquement et d'expliquer les contradictions apparentes, relativement à la paralysie générale et à l'épilepsie, que M. Pinel propose d'appeler désormais, la première, *cérébrite paralytique*, la seconde *cérébrite convulsive*.

M. Pinel a tenté de classer, de grouper et de diviser les lésions très nombreuses de la paralysie générale, et d'indiquer les avantages qu'on pourrait retirer de cette distribution sommaire et nouvelle.

« Les observations recueillies par l'auteur, ajoute le rapporteur, étant déjà anciennes et leur analyse différant notablement des résultats exposés dans la dissertation plus récente de M. Lunier, par exemple, il en résulte une différence que le temps, l'expérience et de nouveaux faits pourront seuls faire disparaître. »

Pour ces motifs, la commission se trouve dans l'impossibilité de porter un jugement définitif sur l'importance et l'utilité du travail de M. Pinel. Elle propose, en conséquence : 1° de remercier l'auteur de sa communication ; 2° de déposer son mémoire aux archives. (*Adopté.*)

Thérapeutique. — M. *Piorry*, en son nom et au nom de M. *Larrey*, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Poggioli*, ayant pour titre : *Nouvelle méthode curative externe pour les névralgies faciales*. M. le rapporteur croit d'abord convenable de poser quelques principes sur la manière d'observer les faits thérapeutiques en général et d'apprécier en particulier l'action des médicaments qui, désignés sous le nom d'antispasmodiques, de sédatifs, de narcotiques, ont pour but d'agir sur les nerfs et sur leurs fonctions. Il faut, avant tout, découvrir, préciser et caractériser, s'il est possible, la cause organique de la douleur observée dans un nerf; car, ce qu'il importe d'apprécier, c'est l'action des agents médicamenteux sur la lésion; et, quand on n'attaque que la souffrance du nerf, on manque de remplir l'indication principale du traitement.

Dans l'appréciation de l'efficacité réelle d'un agent thérapeutique, il faut encore tenir compte non-seulement de l'action d'autres médications qui, presque toujours, sont employées d'une manière concomitante, mais encore des influences hygiéniques dépendantes du régime, de l'exercice, du repos, des variations de température, de l'habitation, des impressions morales, etc.

Il faut ensuite se poser constamment cette question : Si le mal eût été abandonné à lui-même, se serait-il amélioré ou dissipé spontanément? D'après M. Piorry, c'est seulement lorsque, à la suite d'une médication unique et déterminée, on a vu cesser un grand nombre de fois une lésion, une affection bien diagnostiquée, que l'on est fondé à rapporter un succès au médicament dont on s'est servi.

Enfin, quand on emploie un médicament en frictions, en bains, incorporé dans des résines, dans des graisses, est-on toujours en mesure de dire si c'est la friction ou le bain, si c'est l'emplâtre ou le corps gras qui a donné le succès obtenu ?

Dans la presque impuissance où l'on est de déterminer les lésions névriques ou nevraxiques contre lesquelles on emploie l'opium, la jusquiame, le datura, la belladone, la digitale, le musc, en un mot les narcotiques, les antispasmodiques, les calmants, M. Piorry voit la difficulté d'apprécier les conditions de leur emploi et le degré de leur efficacité.

Après ces généralités, M. le rapporteur rend compte du mémoire de M. Poggioli. Ce praticien a employé une formule composée de :

Extrait de belladone.................	8 parties.
Hydrochlorate de morphine............	1
Onguent populeum.....................	32
Axonge dans laquelle avait digéré une quantité suffisante de feuilles de stramonium.	53
Eau de lavande........................	q. s.

Modifiant légèrement cette formule suivant la susceptibilité du sujet, le siége et l'intensité de l'affection, M. Poggioli frictionne doucement et d'une manière prolongée la partie sur laquelle il veut opérer, et il annonce avoir obtenu des résultats inespérés.

A l'appui de l'efficacité de cette médication, M. Poggioli cite des faits nombreux recueillis à Saint-Étienne, à Londres, au Val-de-Grâce, dans les services de M. Larrey et de M. Mounier ; d'autres, enfin, dans les cliniques médicales de la Faculté, à la Charité.

M. Piorry a soumis, autant que possible, à la méthode expérimentale ce moyen thérapeutique de M. Poggioli; mais, parmi les cas qui ont été observés dans les salles Sainte-Anne et Saint-Charles, à la Charité, il n'en est que deux dans lesquels le rapporteur ait constaté un effet bien sensible.

A propos du médicament composé de M. Poggioli, M. Piorry se pose les questions suivantes : Est-ce le narcotique simple qui réussit ? La réunion de plusieurs narcotiques divers aurait-elle plus d'efficacité ? La friction prolongée avec un corps gras est-elle le moyen de guérison ?

Voici de quelle manière le rapporteur répond à ces questions : Il est fort difficile d'apprécier le degré d'action et l'efficacité réelle d'un narcotique appliqué extérieurement. Il faudrait des expériences plus positives que celles qui ont été faites jusqu'à présent pour établir absolument cette efficacité.

En général, M. Piorry veut que, pour bien juger de l'action d'un médicament, on l'administre isolément; cependant il fait des réserves, et admet des exceptions en faveur d'un très petit nombre de médicaments composés, se rappelant que la thériaque, mélange informe de substances disparates, est restée un médicament utile, en dépit des tentatives faites pour la remplacer par des remèdes mieux définis.

Le rapporteur rappelle combien les onctions et les frictions avec l'huile étaient d'un usage commun chez les anciens, qui employaient ces moyens dans leur hygiène pour donner de la force et de la souplesse à leur corps, et dans leur thérapeutique pour combattre un grand nombre de maladies.

M. Piorry a souvent recours à la médication narcotique et sédative appliquée sur la peau ; mais son premier soin est d'enlever l'enduit gras qui recouvre le tégument, en le nettoyant avec de l'eau savonneuse ou de l'eau ammoniacale.

« En résumé, dit le rapporteur en terminant, les frictions prolongées, pratiquées par M. Poggioli au moyen du liniment graisseux et narcotique, ont, d'après les faits recueillis, fréquemment soulagé ou même fait dissiper des douleurs variées ; mais il serait difficile de décider si le soulagement a été la conséquence de l'action des médicaments contenus dans la graisse ou de la friction prolongée au moyen d'un corps gras. »

La commission propose d'adresser des remercîments à M. Poggioli, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. *Larrey* ne se souvient pas que M. Poggioli ait jamais fait l'essai de sa médication sur des malades de son service. Il a seulement donné des encouragements à ce jeune praticien, et l'a invité à faire ses expériences dans des salles de médecine, où il trouverait plus facilement des sujets atteints de névralgies.

M. *Velpeau* est surpris que M. Piorry ait pris le soin de faire un si long rapport à propos d'un traitement si incertain et appuyé sur des faits si vagues, et dont deux seulement ont un certain caractère d'authenticité. D'ailleurs, il s'agissait d'un remède nouveau ; n'était-ce pas plutôt l'affaire de M. Robinet ?

M. *Piorry* répond qu'il n'a pas donné aux faits rapportés par M. Poggioli plus de valeur qu'ils ne méritent. Il ne se porte garant que des deux cas qu'il a observés lui-même dans sa clinique. Quant au médicament, il convient que son efficacité est encore douteuse, et qu'elle a besoin d'être établie sur des observations nouvelles. S'il a donné de l'étendue à son rapport, c'est qu'à propos du mémoire de M. Poggioli il a cru devoir soulever quelques questions importantes de thérapeutique générale, sur lesquelles il serait heureux de voir une discussion s'engager au sein de l'Académie.

M. *Robinet* s'oppose à ce que le mémoire de M. Poggioli soit renvoyé au comité de publication.

Plusieurs membres appuient cette motion, et concluent au dépôt du travail de M. Poggioli dans les archives.

L'Académie, consultée, adopte cette dernière conclusion, qui est destinée à remplacer celle du rapport.

Médecine. — M. le docteur *René Briau* donne lecture d'une *Note sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes et sur un moyen d'y remédier*. (*Comm.* : MM. Moreau et Cazeaux.) (Voir à la Revue clinique, p. 514.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 20 juin 1856. — Présidence de M. Cazeaux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le secrétaire général, au nom de la Société, adresse des félicitations à MM. *Cazeaux* et *Debout* à l'occasion de leur nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur.

M. *Géry* lit un rapport sur l'ouvrage de M. *Fauconneau Dufresne*, relatif aux maladies du foie et du pancréas.

M. *Boinet* appelle l'attention de la Société sur les accidents qui, après l'opération de la trachéotomie dans les cas de croup, entraînent forcément la mort des sujets vers le second ou le troisième jour. Ces accidents consistent surtout dans l'accumulation des mucosités qui obstruent les bronches et produisent une asphyxie promptement mortelle. Le praticien ne doit pas se borner à nettoyer la canule, il doit se tenir en garde contre l'accident dont on vient de parler. Dans deux circonstances, ajoute M. Boinet, j'ai été appelé pour des malades chez lesquels l'obstruction bronchique avait déjà produit des phénomènes graves d'asphyxie; j'ai poussé dans l'intérieur des bronches une canule qui a provoqué l'expulsion des mucosités et j'ai de la sorte conjuré l'issue malheureuse de ces accidents.

M. *Chausit*, tout en reconnaissant l'efficacité du moyen proposé et mis en usage par M. Boinet, se demande s'il a une valeur absolue et supérieure à l'action des vomitifs par exemple. Les causes qui peuvent entraîner la mort, à la suite de la trachéotomie, sont trop nombreuses et trop différentes pour qu'on puisse compter sur le succès d'un tel moyen. Il cite ce fait d'un enfant de quatre ans et demi chez lequel, il y a peu de jours, vingt-quatre heures après l'opération de la trachéotomie, commencèrent à se déclarer des symptômes de gêne, d'asphyxie, de suppression d'expulsion des mucosités, sans signes appréciables de pneumonie, et qui succomba le lendemain, sans que les vomitifs aient jamais pu rappeler la sécrétion bronchique suspendue ou tarie. L'introduction d'une sonde aurait-elle fait, dans ce cas, ce que n'a pu faire l'emploi des vomitifs?

M. *Boinet* croit que les vomitifs sont insuffisants, d'abord parce que leur action est trop lente à se produire et ensuite que la force d'expulsion dont leur administration est suivie aurait plutôt pour effet de débarrasser le larynx que les tuyaux bronchiques.

M. *Legros*. On doit tenir compte de la température de la chambre; il n'est pas rare de voir des pneumonies se développer par suite de son abaissement.

M. *Cazeaux*. Le moyen proposé par M. Boinet n'est pas nouveau, puisqu'on a conseillé depuis longtemps d'écouvillonner la trachée. Quelle que soit la valeur de ce moyen, je crois que l'accumulation des mucosités est la cause la moins fréquente de mort; ce sont surtout les complications qu'il faut redouter.

Quant à l'action du vomitif, elle est plus que mécanique, car il fait cesser le spasme du larynx dans le cas de faux croup, où il n'y a pas de mucosités. Il a donc une action spéciale.

M. *Durand-Fardel* partage l'opinion de M. Cazeaux et cite les bons effets des vomitifs dans les cas d'asthme humide.

M. *Boinet*. En parlant de l'efficacité de l'introduction d'une sonde, j'ai surtout en vue les opérés qui succombent vers le huitième jour, asphyxiés par des mucosités qui viennent subitement obstruer l'arbre respiratoire. Je crois aussi qu'il faut veiller à ce que la température de la chambre ne subisse pas de variations brusques.

M. *Camus* croit qu'on n'emploie plus ni l'écouvillonnement, ni l'instillation dans la trachée d'une solution de nitrate d'argent. Le premier moyen surtout a pour inconvénient sérieux de produire des déchirures à la surface de la muqueuse, ce qui offre de grands inconvénients.

M. *Boinet*. La sonde, qui est creuse, offre le double avantage de permettre l'introduction de l'air en même temps qu'elle détache les mucosités. Chez un enfant, j'ai traversé un caillot sanguin obturateur et j'ai de la sorte fait cesser l'asphyxie qui menaçait la vie du jeune malade.

M. *Briquet* communique à la Société plusieurs faits de mort subite. Les accidents de ce genre, dit-il, surviennent souvent dans le cours des maladies du cœur, et, bien que l'esprit puisse saisir alors un lien entre la lésion et le résultat, il faut cependant reconnaître qu'il y a là, pour beaucoup de praticiens, obscurité et mystère. Parmi les affections du centre circulatoire, je signalerai surtout comme cause fréquente de mort subite, les insuffisances de l'aorte. Ces affections sont perfides, et chez les sujets qui en sont atteints la mort peut survenir par le seul changement de position. Ainsi, je citerai le fait d'un homme, âgé de soixante-huit ans, couché dans mon service à l'hôpital de la Charité, et atteint d'une insuffisance aortique dont le diagnostic ne présentait aucune incertitude. Cet homme, qui paraissait bien portant, et dont je signalais à l'attention des élèves l'affection grave et compromettante pour sa vie, se lève un jour, pour uriner, immédiatement après ma visite; tout à coup, il tombe et succombe instantanément. A l'autopsie, nous constatons une insuffisance de l'aorte, avec dilatation du ventricule gauche.

Deuxième fait: Un homme, ouvrier imprimeur, peu malade en apparence, se couche le soir bien portant et est trouvé mort au milieu de la nuit, dans son lit, sans que les deux malades, ses voisins, aient entendu ni cri, ni plainte, ni suffocation. L'autopsie nous démontra l'existence d'une insuffisance aortique, avec dilatation et hypertrophie du ventricule gauche qui était plein de sang.

Dans ces faits et tous ceux qui leur sont analogues, la mort survient, ajoute M. Briquet, par suite d'une syncope brusque, soit parce que le cœur épuisé est incapable de lutter davantage contre l'obstacle matériel, soit qu'un mouvement subit du malade, en déterminant un changement dans sa position, fait cesser ses fonctions. J'appelle l'attention de la Société sur cette cause fréquente de mort subite, cause dont l'influence n'est peut-être pas assez connue; c'est ainsi que M. Bouillaud ne parle pas, dans son *Traité des maladies du cœur*, du danger d'une telle situation; M. Guérin, au contraire, l'a parfaitement signalée à l'attention des praticiens.

Dans une autre catégorie de morts subites, il faut ranger toutes celles qui frappent des individus chez lesquels l'autopsie ne révèle aucune altération matérielle suffisante pour les expliquer.

Ainsi, une femme atteinte de fièvre typhoïde, entrée en pleine convalescence depuis trois semaines, mangeant trois portions, tombe tout à coup au milieu de la salle, dans un état semi-épileptique avec convulsions, et meurt dix à douze minutes après. M. Duchenne, qui était présent à la visite, tenta, mais infructueusement, la galvanisation.

A l'autopsie, on ne constata aucune altération; rien au cœur ni au cerveau, ni à l'estomac, ni aux poumons, ni aux reins. Les cicatrices de la fièvre typhoïde offraient une teinte bleuâtre, mais elles étaient parfaites. La moelle n'a pas été examinée.

Troisième fait: Un homme reçoit une mauvaise nouvelle; bientôt après il est atteint d'éclampsie, il râle et succombe au bout de quelques heures. L'autopsie révèle une congestion cérébrale.

Quatrième fait: Enfin, il y a quinze jours, une femme de cinquante ans, atteinte de paralysie rhumatismale chronique des jambes, dont la constitution n'est ni chétive, ni fatiguée, succombe subitement au milieu de la nuit.

Rien à l'autopsie.

M. *Jacquemin* demande des détails sur les signes d'une insuffisance de l'aorte.

M. *Briquet*. L'insuffisance des valvules aortiques se reconnaît aux caractères suivants: un bruit de souffle au second temps, dont le maximum d'intensité se fait entendre en haut du sternum, à l'origine de l'aorte; ce souffle, généralement doux, peut devenir piaulant, se transformer en bruit de scie, si l'aorte s'épaissit et si le cœur est volumineux; de plus, il peut se prolonger, mais pas toujours comme le dit Corrigan, dans les carotides; enfin, il faut ajouter à ces signes la locomotion artérielle que l'on perçoit aux radiales et aux temporales.

Tels sont les signes diagnostiques d'une insuffisance aortique; mais il n'en existe point qui puisse indiquer le moment où elle amène la mort subite. On se trouve réduit à conseiller des précautions aux malades: d'éviter la station prolongée, les mouvements brusques, surtout au moment du réveil.

M. *Delasiauve* cite le fait d'un employé de l'hospice de Bicêtre et

chez lequel M. Nonat a diagnostiqué une insuffisance aortique. Cet homme éprouva, une nuit, les accès de l'asthme aigu qui se dissipèrent au bout de six jours; les phénomènes d'oppression sont revenus plus tard, à la suite d'une cause accidentelle; mais le malade les ressent surtout à la région épigastrique. Les urines sont brunâtres, rarement claires; enfin il y a des mouvements fébriles. Ces symptômes indiquent-ils l'existence d'une affection du cœur et notamment une insuffisance aortique? Relativement à la question des morts subites dont M. Briquet vient d'entretenir la Société, je citerai le fait suivant. Un enfant idiot, âgé de douze ans, est renversé à terre par un camarade qui lui donne un coup dans la région lombaire; il meurt subitement. A l'autopsie, on trouva un kyste énorme dans le foie et un autre dans le rein. Rien à la région du coup.

M. *Briquet*. Une insuffisance aortique seule n'explique pas les symptômes éprouvés par le malade dont M. Delasiauve vient de raconter l'histoire. Ils caractérisent plutôt l'affection cardiaque désignée sous le nom de *cor bovinum*. Les malades qui en sont atteints respirent difficilement, ont des accès de dyspnée faciles, surtout si leur respiration est impressionnable. Non-seulement ils étouffent, mais ils ont de l'angoisse à l'épigastre, et quelquefois ils sont obligés de rester appuyés sur les quatre membres, dans une attitude accroupie, comme j'ai eu occasion de le constater chez une femme qui passa plusieurs jours dans cette position si gênante, et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, un cœur volumineux.

Les insuffisances aortiques ne déterminent pas de troubles notables; c'est le contraire pour les insuffisances mitrales.

M. *Duchenne*. Chez la femme qui a succombé dans le service de M. Briquet, j'ai opéré la faradisation des nerfs phréniques; elle a respiré bruyamment pendant quelques minutes. Je l'ai employée, dans le service de M. Trousseau, chez une malade convalescente aussi de fièvre typhoïde, et qui est morte subitement. La respiration artificielle a duré pendant quelques minutes. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion à laquelle on pût attribuer la cause de la mort.

M. *Camus* fait remarquer que les malades atteints d'une affection organique du cœur respirent plus librement pendant la veille que pendant le sommeil. A peine sont-ils endormis, qu'on voit la respiration devenir plus gênée, puis ils s'éveillent brusquement, éprouvent un accès de dyspnée dont la durée est plus ou moins longue, et à la fin duquel ils reprennent un peu de repos. Aussi suffit-il de tenir ces malades éveillés, soit par un régime excitant, soit par toute autre cause, pour empêcher les accès. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une preuve de l'opinion que j'avance, et non un moyen de traitement.

M. *Briquet*. Le réveil en sursaut trouve une explication naturelle dans l'embarras de la circulation. Les morts subites dont j'ai parlé ne sont point accompagnées d'accès de dyspnée.

M. *Cazeaux*. On s'explique difficilement la mort subite par la théorie que vient de nous indiquer M. Briquet. C'est, sous une autre forme, la constatation du fait en lui-même et non son explication.

M. *Briquet*. L'explication que j'ai donnée me paraît fondée, car le cœur cesse de battre lorsqu'un dérangement est apporté à l'exercice régulier de ses fonctions. C'est un fait établi et démontré par des expériences nombreuses. Ainsi des injections dans la jugulaire, pratiquées soit avec l'eau de Sedlitz, soit avec l'amidon, font arrêter l'oreillette ut le cœur instantanément. Lorsque j'ai employé cette dernière substance, je n'ai point rencontré, comme on aurait pu le supposer, la circulation pulmonaire embarrassée. Les poumons des chiens ne contenaient point de traces d'amidon.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 18 JUILLET 1856.

Lecture d'un mémoire intitulé : *Quelques considérations critiques sur la fièvre typhoïde*, par M. le docteur *Leménant des Chênais*, étranger à la Société.

Discussion sur les ulcérations du col de l'utérus.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire des sciences médicales, par le docteur LORAIN; revu par le docteur CH. ROBIN. In-18 de XXIII-376 pages. Paris, CHAMEROT, 1856.

Ce petit livre, qui n'est qu'un premier essai, réalise parmi nous un progrès dans ce genre de publications, et promet de combler une lacune regrettable dans notre littérature médicale. Jusqu'à ce jour on n'avait donné place, dans nos annuaires, qu'aux faits pouvant intéresser immédiatement le médecin praticien : la partie véritablement scientifique de ces recueils était extrêmement restreinte, et ne paraissait, pour ainsi dire, qu'un ornement ajouté pour mieux faire goûter la lecture du reste, composé presque exclusivement de formules et de recettes thérapeutiques. Si ces annuaires ne manquaient pas d'utilité, il faut dire cependant que l'homme de science, celui qui avait à cœur de se tenir constamment au courant du mouvement intellectuel, n'y trouvait que rarement quelque renseignement capable de l'intéresser.

Depuis longtemps nous voyons paraître à l'étranger, en Allemagne surtout, des recueils annuels dans lesquels sont cités, coordonnés et analysés tous les travaux importants et sérieux publiés sur les différentes parties des sciences médicales. Ceux qui se sont trouvés dans la nécessité de faire des recherches sur un sujet spécial, ont pu apprécier de quelle utilité sont ces recueils, dont la France a été privée jusqu'ici. Aussi est-ce de grand cœur que nous souhaitons du succès au nouvel annuaire de MM. Lorain et Robin, non-seulement à cause des améliorations déjà accomplies, mais encore, et surtout, pour celles que les auteurs nous promettent pour l'année prochaine. Un reproche qu'on nous jette constamment à la tête en Allemagne, et qui malheureusement n'est que trop souvent mérité, c'est d'ignorer complétement ce qui a été fait en dehors des fortifications de Paris. Cette ignorance, blâmable en tout état de cause, sera impardonnable à l'avenir, lorsque nous posséderons un ouvrage périodique dans lequel sera dressé, tous les ans, le bilan général de tout ce qui aura paru sur les sciences médicales, tant en France qu'à l'étranger. La position particulière qu'occupent MM. Lorain et Robin nous fait espérer que ce bilan sera aussi complet que possible.

Nous regrettons que les auteurs aient cru devoir se conformer à l'usage qui consacre le format in-18 pour ce genre de publications. En adoptant le format in-8, d'une part ils se seraient donné l'espace dont à chaque page on les voit manquer; d'autre part, leur annuaire eût pris un air sérieux qui l'eût fait distinguer au premier coup d'œil des ouvrages analogues, et qui lui eût assuré une place dans les bibliothèques. Nous désirerions aussi, pour les années futures, une classification plus méthodique des matériaux accumulés dans chaque chapitre : l'ouvrage gagnerait par là en netteté, et l'on éviterait au lecteur la peine de parcourir le chapitre tout entier à l'occasion d'un renseignement quelconque.

MARC SÉE.

V.

VARIÉTÉS.

La pensée d'un banquet à offrir à MM. les officiers de santé de l'armée de Crimée se poursuit. Un certain nombre de confrères, représentant les académies, la presse, la pratique civile, se sont réunis mardi dernier, pour aviser aux moyens d'exécution; une autre réunion est indiquée pour samedi. — Il faut espérer que ce projet, à la fois patriotique et confraternel, rencontrera en France la sympathie qu'il ne manquerait pas de trouver de l'autre côté de la Manche.

— M. le docteur Renault de Motey, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), vient d'être nommé directeur médecin de l'asile

départemental de la Lozère, à Saint-Alban, en remplacement de M. le docteur Teilleux, précédemment nommé directeur de l'établissement de Saint-Vincent (Pas-de-Calais).

— La médecine lyonnaise vient d'être cruellement éprouvée. A deux jours d'intervalle, elle a perdu deux de ses représentants les plus estimés. M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur d'accouchements à l'École de médecine, a succombé, le 11 juillet, à l'âge de cinquante-quatre ans. C'était un de ces hommes qu'il faut avoir vus et écoutés, pour connaître l'empire qu'un esprit éminent peut exercer, soit pour consoler les malades, soit pour éclairer ses confrères. Praticien, d'ailleurs, d'un sens exquis, et que nul ne remplacera dans la manière distinguée dont il faisait la médecine morale.

M. de Polinière, mort le 13 juillet, à l'âge de soixante-six ans, inspire d'universels et sincères regrets. Ancien médecin, et plus tard administrateur des hôpitaux de Lyon, ex-président de la Société de médecine, président perpétuel du comité de vaccine, président de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône, la liste de ses titres, tous déférés par l'estime générale, montre quels vides il laisse. La douceur de son esprit né pour concilier, sa bonté qu'on n'invoquait jamais en vain, lui avaient fait une autorité dont le prestige légitimement conquis rappelait celle d'Orfila. Il n'en usa jamais que dans l'intérêt de chacun et dans celui de la profession qui avait en lui un ardent défenseur. D.

— On lit dans les *Annales médico psychologiques* du mois de juillet : « M. le docteur Morel, directeur de l'asile départemental des aliénés de la Meurthe, à Maréville, vient d'être nommé directeur de celui de la Seine-Inférieure, à Rouen. »

M. le docteur Morel nous prie de rectifier la double erreur contenue dans ces lignes. Il était médecin en chef à Maréville, et il a passé avec le même titre à l'asile de Saint-Yon, à Rouen, dont l'honorable docteur M. de Bouteville est depuis plus de vingt-cinq ans le directeur.

— M. du Grand-Launay, médecin de l'asile d'aliénés de Rennes, passe en la même qualité à celui de Saint-Dizier, en remplacement de M. Mérier, qui est nommé à Maréville.

— On nous écrit d'Alger, 10 juillet :

« Alger est dans un état sanitaire excellent, malgré les 30 ou 40 mille hommes qui reviennent de l'Orient. Les fièvres paludéennes commencent à se déclarer dans l'intérieur (la Mitidja), et c'est avec regret que nous, habitués depuis longtemps à manier le sulfate de quinine et essayer ses succédanés, nous voyons quelques-uns de nos correspondants, et même le professeur Piorry, émettre des opinions sur le sulfate de quinine et le sel marin en désaccord avec l'expérience de tous les pays à fièvres comme l'Algérie. »

— Un ouvrage nouvellement publié à New-York sous le titre *Thirty Years of a Hunter* (*Trente ans de la vie d'un chasseur*), indique le remède suivant contre la morsure des serpents. Nous le donnons pour le mettre à côté du traitement préservatif de la fièvre jaune par l'inoculation du venin de vipère.

« Lorsqu'un chien est mordu, il creuse immédiatement un trou dans la terre, et s'y enfouit jusqu'à ce que l'enflure ait disparu.

» A mon avis, ce remède est le meilleur.

» Un jeune homme de ma connaissance fut un jour mordu à la jambe très gravement. Je fis creuser dans la terre un trou d'environ 20 pouces de profondeur, et j'y introduisis la jambe malade, que je recouvris de terre afin que l'air n'y pénétrât point. Mon ami se sentit soulagé d'abord ; mais quelques instants après la douleur devint si intense, que je fus obligé d'employer toute ma force pour l'empêcher de tirer sa jambe de la terre. Au bout de trois heures de souffrance il s'endormit. Son sommeil dura deux heures, et il se réveilla tout frais et dispos. J'examinai sa jambe ; elle était très blanche, et le poison en avait été extrait comme par une succion magique. »

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Juin. Étude sur la pneumonie chronique, par *Raimbert*.— Emploi de l'électricité en médecine, par *Bougard*. — De l'éther et du chloroforme, par *Gimelle*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — 1856. N° 22. Sur le projet d'une nouvelle pharmacopée, par *Sentin*, pharmacien. — Clinique. — 23—24—25. Anthrax à la région inguinale droite pris pour un bubon syphilitique, par *Mullier*. — Clinique obstétricale, par *Hyernaux*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, de Vierordt, 2e cahier, 1856. — Sur la rupture spontanée de la rate, par le professeur *Müller*. — Expériences sur la faculté de distinguer des sons de diverses intensités, par *Th. Renz* et *Aug. Wolf*. — Contribution à l'étude de l'endosmose, par *I. Harzer*. — Formation de névromes et hypertrophie des nerfs, par *Führer*.—Communications physiologiques, par *Vierordt*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 20. Sur la transformation des acéphalocystes en ténias. — 20 à 23. Remarques critiques sur une rate ambulante, par le professeur *Dietl*. — Remarques sur la pathologie et la thérapeutique des courbures de la colonne vertébrale, par *Lorinser*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N° 24. Réplique au professeur Arlt, sur l'accommodation de l'œil.

Livres nouveaux.

DE L'UTILITÉ DES CITERNES dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières, par le professeur *Gama*. In-8 de 36 pages. Paris, G. Baillière. 1 fr.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme, par le docteur *Max. Parchappe*. Première partie : Preuve pathologique. 1 vol. in-8 de 180 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

ESSAI SUR LES PRINCIPAUX POINTS DE LA PHYSIOLOGIE, par le docteur *Boucher*. 1 vol. in-8 de XVI—384 p. Paris, Germer Baillière. 4 fr. 50

ÉTUDE SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE NATURELLE, ou du meilleur procédé d'extraction de cette substance destinée aux usages de la médecine, par M. *P.-T. Hogg*. Mémoire adressé à l'Académie impériale de médecine ; M. Guibourt, rapporteur. 1 vol. grand in-8 de VIII—105 planches avec une pl. color. Paris, Victor Masson, 2 fr. 50

ÉTUDES CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CHLORATE DE POTASSE, spécialement dans les affections diphthéritiques, par le docteur *E. Isambert*. In-8 de 107 pages. Paris, G. Baillière. 2 fr. 50

HISTOIRE DE TROIS LITHOTRITIES et de trois tailles bilatérales exceptionnelles ; par le docteur *J.-J. Cazenave*, in-8 de 44 pages. Paris, J.-B. Baillière.

INDICATEUR MÉDICAL ET TOPOGRAPHIQUE D'AIX-LES-BAINS (Savoie) pour 1857, par le docteur baron *Despine*, comprenant un précis topographique et historique d'Aix, ses sources minérales, les maladies traitées, les divers modes d'application des eaux, les précautions nécessaires avant, pendant et après la cure ; les promenades, curiosités, frais de séjour ; avec un tableau d'analyses chimiques des différentes sources, et une carte itinéraire des environs d'Aix. In-32 de 64 pages, avec une carte et des figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 1 fr.

NOTICE SUR LES SOURCES CHAUDES SALÉES D'HAMMAM-MÉLOUANE (province d'Alger), par le docteur *Fayn*, avec considérations et réflexions par le docteur *A. Bertherand*. In-8 de 36 pages. Alger et Paris.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE (mémoire lu à l'Académie impériale de médecine), par le docteur *Josat*. In-8 de 36 pages. Paris, G. Baillière. 2 fr.

SIOI-SIOUTI. — Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé. Traduction littérale de l'arabe, par M. *Pharaon*, revue, précédée d'une introduction, et annotée par le docteur *A. Bertherand*, 83 pages. Paris, J.-B. Baillière.

TRAITÉ EXPÉRIMENTAL ET CLINIQUE D'AUSCULTATION appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par le docteur *J.-H.-S. Beau*. 1 vol. de XII—626 pages. Paris, J.-B. Baillière. 7 fr. 50

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ŒIL, par *W. Mackenzie*. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *Warlomont* et *Testelin*. 2 vol. gr. in-8. Fascicule IV, contenant les chapitres V à XI, pages 433 à 576, figures 68 à 72.

L'ouvrage comprendra 12 fascicules. Prix de chacun : 2 fr. 50

TRAITEMENT DES ADÉNITES CERVICALES CHRONIQUES au moyen de l'électrisation localisée, par le docteur *Boulu*. In-8 de 31 p. Paris, Labé. 1 fr.

VACHES LAITIÈRES. Étude complète des caractères à l'aide desquels on peut reconnaître facilement une bonne laitière. Augmentée d'une étude sur l'*engraissement* et les types les plus aptes à produire de la *graisse* et du *suif* ; contenant en outre des chapitres sur : 1° le système Guénon ; 2° la formation d'une bonne laitière par l'alimentation et l'accouplement ; 3° le lait au point de vue des différents types et dans ses rapports avec le beurre et le fromage ; 4° les races. *Ouvrage couronné par la Société d'agriculture du Pas-de-Calais*, par M. *J. Lodieu* (de Plouvain). 1 vol. grand in-18 de 180 pages, avec une vignette dessinée par mademoiselle *Rosa Bonheur*. Paris, Victor Masson. 2 fr.

BERICHT UEBER DIE LEISTUNGEN IN DER GESCHICHTE DER MEDICIN (rapport sur les travaux relatifs à l'histoire de la médecine, par le professeur *H. Hæser*, in-4 à deux colonnes de 44 pages. Greifswald, 1856.

EIN BLATT FUER NEUESTE GESCHICHTE DER HEILUNG DER HARNRŒHREN-VERENGERUNGEN MITTELST DER INNERN URETHROTOMIE (Contribution à l'histoire moderne du traitement des rétrécissements de l'urètre par l'uréthrotomie intérieure), par *B. Stilling*. Grand in-4. Gœttingue, Wigand. 1 fr. 50

UNTERSUCHUNG UEBER DEN BAU DER HORNHAUT UND DES FLUEGELFELLES (Recherche sur la structure de la cornée et de la sclérotique), par *A. Winther*, grand in-4. Giessen, Ricker. 13 fr. 50

A REVIEW OF THE PRESENT STATE OF UTERINE PATHOLOGY (Revue de l'état présent de la pathologie utérine), par *J.-H. Bennet*. In-8. Londres, Churchill 5 fr. 50

DESCRIPTION OF A SKELETON OF THE MASTODON GIGANTEUS OF NORTH AMERICA ; by John *C. Warren*, M. D., etc. 1 vol. grand in-4 de 260 pages, avec 29 pl. in-4 plus une planche de très grande dimension. Boston. 52 fr.

THE HALF-YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES, edited by *W.-H. Ranking*, and *C.-B. Radcliffe*, vol. XXIII. — Janvier à juin 1856. Un vol. in-18 cartonné de 384 pages. Londres, John Churchill.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. Prix : 24 francs par an

TOME III. PARIS, 25 JUILLET 1856. N° 30

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret en date du 21 juillet 1856, rendu sur la proposition de M. le maréchal, ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique et des cultes, M. Courty, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'opérations et appareils de ladite Faculté.

— Par un autre décret, en date du même jour, également rendu sur la proposition de M. le maréchal, ministre de la guerre, M. Planchon, pharmacien de 1re classe, docteur en médecine et docteur ès sciences, a été nommé professeur titulaire de botanique et d'histoire des médicaments à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 16 au 23 juillet 1856.

176. Roy, Pierre-Auguste, né à Coulon (Deux-Sèvres). [*Des pseudarthroses suite de fractures non consolidées et de leur traitement.*]

177. Collin, François-Hippolyte, né à Sélongey (Côte-d'Or). [*De la diathèse urique ou diathèse goutteuse.*]

178. Bodier, Léon-Jean-Baptiste, né à Besançon (Doubs). [*Considérations sur l'influence de l'appareil digestif et de l'alimentation en pathogénie et en thérapeutique.*]

179. De Lorgeril, Paul-Marie, né à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*Étude de l'alcalinité dans la santé et dans la maladie, considérée au point de vue physiologique, étiologique et thérapeutique.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

MM. les Abonnés qui auraient à correspondre directement avec le Rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire *sont priés d'adresser dorénavant leurs envois rue de Lille, n° 49.*

FEUILLETON.

Sidi-Siouti (1).

Nous sommes bien persuadé que pas un des lecteurs de la Gazette hebdomadaire n'a jamais ouï parler d'aucun des ouvrages de Sidi-Siouti, ni entendu prononcer le nom de ce personnage. Nous sommes même fortement enclin à penser que les plus habiles bibliographes de l'Europe seraient très empêchés de répondre quelque chose de précis à celui qui leur demanderait des détails sur le *thabib* musulman qui a porté (nous n'osons pas dire illustré) ce nom. Heureusement pour nous, il y a dans notre glorieuse armée des médecins qui, après avoir intrépidement accompli leur devoir sur les théâtres également meurtriers de la guerre et de l'épidémie, occupent noblement les loisirs de la paix à chercher et à recueillir, pour nous les faire connaître, tous les documents de nature à intéresser notre science, dans les pays où le sort des armes les conduit. C'est ainsi que notre confrère le docteur Bertherand, déjà connu par plusieurs publications relatives à la médecine des Arabes, a été amené à nous donner un ouvrage de *Sidi-Siouti*.

Le vrai nom de cet auteur est Djellal-ed-din Abou'l Walid Abd-Er-rahman Mohammed Es-Soïouti; mais il est, à ce qu'il paraît, plus connu sous le simple nom de *Sidi-Siouti*, qui se traduit exactement par les deux mots latins *Dominus Siutensis*. Siout est le nom arabe de l'ancienne Lycopolis, ville de la Haute Égypte : notre écrivain y naquit l'an 850 de l'hégire (1434 de J.-C.). *Sidi-Siouti* fut un auteur d'une prodigieuse fécondité et fort célèbre dans les pays musulmans. Dès l'âge de vingt et un ans, il débuta dans la carrière des lettres par la publication d'un commentaire sur le Coran, ce qui annonce des études sérieuses et une grande précocité d'intelligence. Il écrivit des livres, perdus aujourd'hui pour la plupart, sur une foule de sujets différents, grammaire, histoire

(1) *Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé*, traduit de l'arabe par M. Pharaon, revu et annoté par M. le docteur Bertherand.

Banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient.

La commission constituée pour l'organisation de ce Banquet a décidé ce qui suit :

1° Sont engagés à souscrire au Banquet :

MM. les médecins civils ;

Les médecins de l'armée et de la flotte qui n'ont point fait partie de l'expédition d'Orient ;

Les aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce ;

Les internes des hôpitaux de Paris.

2° Le prix de la souscription est de quinze francs.

3° Les souscriptions seront reçues, à partir du 22 juillet courant, chez chacun des membres de la Commission, et, de plus, dans les bureaux de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine), de l'*Union médicale* (rue du Faubourg-Montmartre, 56), et de la *Gazette des hôpitaux* (rue des Saints-Pères, 40).

4° La souscription sera close le dimanche soir, 10 août.

5° Le Banquet est fixé au mercredi 20 août.

Un avis ultérieur fera connaître le local où il aura lieu.

Les souscripteurs de province pourront envoyer un bon de poste, contre le reçu duquel il leur sera fait parvenir une carte d'entrée au Banquet.

MM. les invités sont priés de faire connaître leur acceptation avant le 10 août, par une lettre écrite à M. le docteur Maheux, secrétaire trésorier de la Commission. Ils recevront aussitôt après une carte d'admission.

Les membres de la Commission du Banquet :

MM.

Le baron Paul DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine, président de la Commission rue Monsieur-le-Prince, 12 ;

MAHEUX, docteur en médecine, secrétaire-trésorier de la Commission, rue des Jeûneurs, 39 ;

BOINET, membre de la Société de chirurgie, rue de la Banque, 20 ;

BOUILLAUD, professeur à la Faculté de médecine, rue Saint-Dominique Saint-Germain, 32 ;

CERISE, docteur en médecine, rue de Sèze, 10 ;

CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux, rue de Richelieu, 60 ;

DECHAMBRE, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, rue de Lille, 49 ;

JAMAIN, rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* et des *Archives d'ophthalmologie*, rue Mazarine, 20 ;

LATOUR (Amédée), rédacteur en chef de l'*Union médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56 ;

MAYER (Alex.), médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts, boulevard du Temple, 35 ;

NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine, quai Voltaire, 1 ;

RAYER, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, rue de Londres, 14 ;

RICORD (Ph.), chirurgien des hôpitaux, rue de Tournon, 6.

Pour copie conforme :

Le secrétaire-trésorier de la Commission du Banquet,
Dr MAHEUX.

Paris, le 19 juillet 1856.

N. B. Toute communication relative au Banquet devra être adressée (*franco*) à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la Commission.

I.

Paris, ce 24 juillet 1856.

DE LA DIÉRÈSE PAR RAPPROCHEMENT DE SURFACES MOUSSES.

(1er article.)

Séparer du corps vivant une de ses parties est l'œuvre capitale de l'art chirurgical; capitale par sa fréquente nécessité comme par les périls qu'elle entraîne et les précautions qu'elle impose. Mais on ne s'est pas toujours préoccupé dans un même esprit des moyens propres à la perfectionner. Longtemps, méconnaissant son véritable but, la médecine opératoire, moins sûre que brillante, ne s'ingéniait qu'à rechercher comment elle trancherait plus vite ou régulièrement. Les méthodes et procédés ne se proposaient pas d'autre objet. C'était l'ère du couteau. Lui seul fonctionnait : quitte à demander ensuite à l'hygiène, aux systèmes déligatoires, aux agents pharmaceutiques internes, une guérison qui, dans certaines conditions, restait toujours, en dépit du progrès opératoire ainsi entendu, une exception trop réelle.

Quelques chirurgiens se réveillèrent de cet inexplicable sommeil. De nos jours, il faut le dire, date la réaction contre l'omnipotence du bistouri. La chirurgie sous-cutanée, l'appareil à incubation, les pansements par occlusion ou sous l'eau, la cautérisation érigée en méthode générale, ont successivement montré et atteint en partie le but salutaire enfin entrevu. La science a si bien engagé l'art dans cette voie, la sécurité tient si incontestablement aujourd'hui le premier rang parmi les conditions essentielles aux découvertes de ce genre, qu'aucune, on peut l'affirmer, ne serait viable sans cette garantie réalisée ou promise, et que le *cito* lui-même se verrait condamné sans appel, s'il ne pouvait se réclamer du *tuto*, désormais replacé au rang qu'il n'eût jamais dû perdre.

---

jurisprudence, théologie, médecine ; toutes les sciences lui étaient familières, et il aurait pu soutenir une thèse : *de omni re scibili et quibusdam aliis!* Ce fut le Pic de la Mirandole des Arabes.

A vrai dire, l'ouvrage de médecine théurgique de *Sidi Siouti* dont il est ici question n'est pas de ceux qui reculent les bornes de la science et qui peuvent donner une grande idée de leur auteur. Loin qu'il annonce une haute portée intellectuelle, on peut dire qu'il n'est qu'un pauvre calque, qu'une esquisse extrêmement écourtée des principes généraux de la tradition médicale des Grecs arrangée à la manière des Sémites, non-seulement sans esprit d'initiative et de critique, mais encore grossièrement enluminée de formules théologiques. Il y a bien loin de là au Continent de Rhazès ou au Canon d'Avicenne, œuvres déjà si éloignées de ressembler aux beaux ouvrages de la médecine grecque, qu'ils cherchent pourtant à imiter : *Longe vestigia servant!!!* A l'époque où vivait notre auteur, les Arabes étaient, sous tous les rapports, en pleine décadence. Les ouvrages de leurs grands écrivains étaient beaucoup plus étudiés et mieux appréciés en Europe qu'en Orient. Averroès régnait en maître dans les écoles d'Italie, de France et d'Allemagne, tandis qu'en Afrique il n'était guère considéré que comme un dangereux hérésiarque dont on anathématisait les écrits. Nous ne savons si, dans les écoles de l'Égypte et du Maghreb, on lisait encore les auteurs de la grande époque littéraire et scientifique des Orientaux ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'aucun de ces noms illustres n'est cité dans le livre de *Sidi-Siouti*.

A la vérité, il prononce deux fois le nom d'Hippocrate en lui donnant l'épithète de sage ; mais il est évident que son vrai maître n'est point le médecin de Cos : sa science lui vient en droite ligne du prophète Mahomet et de ses successeurs immédiats. Il invoque sans cesse leur autorité et leurs préceptes médicaux, et il tire principalement ces derniers des *hhadits* ou conversations du Prophète.

Il commence par nous apprendre que Dieu a d'abord créé la chaleur qui est le produit du mouvement, et le froid qui est la conséquence du repos. La chaleur a engendré la sécheresse, et le froid l'humidité. Ces quatre propriétés ont été répandues dans le corps

C'est à ce mouvement qu'ont voulu prendre part deux esprits actifs et ingénieux : l'un oseur intrépide, dont le succès a déjà encouragé une fois les heureuses hardiesses ; l'autre innovateur moins entreprenant, moins créateur dans la stricte acception du mot, mais demandant à l'expérience la consécration de chacune de ses conceptions. M. Heurteloup, dans son mémoire sur la *section mousse*, et avant lui M. Chassaignac, dans le traité remarquable qu'il vient de publier sur l'*écrasement linéaire*, ont agité un ordre d'idées qui ne peut manquer d'attirer fortement l'attention publique, et à l'appréciation desquels nous oblige sérieusement notre devoir de critique.

Broyer au lieu de trancher, telle est la devise du nouveau moyen de diérèse dont nous voulons examiner d'abord les principes. Mais, au lieu de l'attrition inintelligente et meurtrière, dont les désordres traumatiques offraient seuls jusqu'ici une application mal circonscrite dans son siége et pernicieuse dans ses effets, ici la violence se régularise, se limite, et prend à tâche de mériter la rassurante dénomination de *linéaire*.

Quelques essais plus ou moins semblables auraient dès longtemps dû frayer la voie aux inventeurs. Les ligatures de polypes qu'on serre de plus en plus, l'entérotome de Dupuytren, l'aplatissement des artères par le procédé de Scarpa, les pinces à varicocèle de Breschet, donnent l'idée d'une séparation opérée par la seule pression de corps arrondis. Mais il n'y a entre ces faits anciens et les acquisitions nouvelles qu'une apparente analogie. Telle qu'elle agissait entre les mains de ces chirurgiens, la pression ne divise les tissus que par l'*intermédiaire obligé de la gangrène* (Chassaignac), après un temps et au prix d'une inflammation préalable qui, comptant parmi les conditions indispensables du procédé, doivent compter aussi parmi les difficultés et les inconvénients inhérents à son emploi.

Et qu'on ne dise pas qu'il n'y avait là qu'une différence du plus au moins. Qu'on n'allègue pas que, en serrant un peu plus rapidement leur instrument, les anciens opérateurs eussent pu réaliser les conditions qu'on s'enorgueillit aujourd'hui d'avoir créées. Non : le but par eux cherché était si dissemblable, que certainement leurs moyens n'auraient pu l'atteindre, quelque actif que le maniement en eût été rendu. On aurait en pure perte dénaturé la méthode, compromis sans compensation ce qu'elle avait de rationnel et d'utile. La ligature, soudainement étreinte, aurait ou cédé ou coupé les tissus, à l'instar d'un instrument tranchant. Et quant à l'entérotome, il était si peu dans la pensée de Dupuytren de lui donner le rôle d'un sécateur immédiat, qu'il écrivait à ce sujet : « La pression que les branches exercent sur les parties qu'elles ont embrassées a pour premier effet de les mettre en contact ; cette pression peut ensuite être portée au point d'y détruire la vie, mais *non point de les diviser immédiatement.* » (*Leçons cliniques*, t. II, p. 250.)

La section opérée par le rapprochement de surfaces non tranchantes invoque en sa faveur des avantages divers, compensation de sa lenteur. Mais ces avantages, on le comprend, quoique dépendant de son mode même d'action, sont réalisés à degrés tout à fait différents, selon les conditions particulières de l'application. Sans entrer dans des détails que nous reprendrons opportunément plus tard, on peut rapporter à deux espèces le mécanisme selon lequel les parties sont ainsi divisées. Dans le premier, les surfaces mousses marchent directement à leur rencontre mutuelle. Dans le second, elles se rapprochent aussi, mais glissent en même temps l'une par rapport à l'autre. Ainsi, les tissus sont *pressés* dans un cas, *pressés et froissés* dans le second. Celui-ci (qui appartient plutôt à M. Chassaignac) participe donc inévitablement, quoiqu'en faible partie, du mécanisme de l'arrachement ; il agit par compression et par distension. Celui-là (que M. Heurteloup paraît surtout vouloir réaliser) condense les organes à diviser plus qu'il ne leur fait subir d'extension. Respectant les téguments — qui résistent à une action ainsi conduite alors que tous les autres tissus ont déjà cédé, — il assurerait, dans certains cas, aux opérations le bénéfice des sections sous-cutanées, obtenues sans qu'il fût besoin même d'une seule piqûre pour introduire l'instrument.

Ces notions générales permettent, ce nous semble, non-seulement de mieux comprendre, mais de mieux apprécier les effets attribués au mode de section que la chirurgie vient de conquérir. Point d'hémorrhagie ! nous dit-on en son nom ; et M. Chassaignac justifie cette propriété par des vivisections accomplies intentionnellement et par des applications cliniques multipliées. Quoiqu'on doive rabattre des assertions d'un inventeur, quoiqu'il soit bien entendu que *pas d'hémorrhagie* ne saurait être absolument synonyme de *pas de saignement*, ce résultat — très précieux à quelque degré qu'il s'obtienne — sera toujours subordonné aux circonstances que nous mentionnions tout à l'heure : d'abord au mécanisme selon lequel la section aura été exécutée, puis, et surtout, à la lenteur de l'opération.

---

de l'homme ; de là est venue la vie : de là aussi sont venus les quatre éléments, c'est-à-dire, de la chaleur et de la sécheresse, le feu ; de la chaleur et de l'humidité, l'air ; du froid et de l'humidité, l'eau ; du froid et de la sécheresse, la terre. Telle est la genèse des quatre éléments selon *Sidi-Siouti*. Maintenant il va nous apprendre que la bile dérive du feu et qu'elle réside dans la vésicule du fiel ; que le sang dérive de l'air et que son siége est dans le foie ; que la lymphe ou pituite dérive de l'eau et réside dans les poumons ; enfin que l'atrabile dérive de la terre et occupe la rate. C'est ainsi qu'après avoir trouvé les quatre éléments, il trouve les quatre humeurs qui constituent les matériaux du corps. Toute sa physiologie et sa pathologie sont la conséquence de ces principes. On voit que les grands problèmes qui nous occupent n'embarrassaient guère le médecin arabe ; tout est clair, net et précis dans son exposition.

Cependant, après avoir fait connaître qu'il y a quatre tempéraments principaux en relation avec les quatre éléments et les quatre humeurs, savoir : les tempéraments bilieux, sanguin, lymphatique et atrabilaire, il admet le tempérament mixte, qui participe également des quatre premiers.

Tous les aliments et tous les médicaments ont des qualités qui doivent être rapportées aux quatre propriétés primitives ou à leur mélange deux par deux : ils sont donc froids, secs, chauds ou humides, ou bien froids-secs, chauds-humides, etc., etc. *Sidi-Siouti* passe en revue la plupart des aliments et les caractérise de cette manière. Il fait de même des remèdes. « Le miel, dit-il, est le roi des médicaments. Le Prophète a dit : (gloire à Dieu !) le miel est le seigneur des remèdes et la guérison des hommes. Il a écrit encore : Il y a deux grands remèdes, le Coran et le miel. Celui-ci se rapporte à l'élément chaud-sec. » Mais de tous les médicaments, celui qui domine la thérapeutique de notre thabîb, c'est l'ail ; « car, dit-il, l'ail est une grande cause de sécurité. »

Son hygiène est, en général, très sage et se résumerait assez bien dans ce vieil adage. *Et Venus et cibus et potus, omnia moderata sint.* Relativement à Vénus, notre auteur entre dans les plus minutieux et les plus naïfs détails qu'il serait impossible de repro-

La lenteur, qui rapproche jusqu'à un certain point ce procédé de la section par gangrène préalable, donne effectivement contre l'hémorrhagie des garanties qu'aucune autre condition ne saurait remplacer. M. Chassaignac en fait un précepte formel. Il avertit qu'il « est des opérations pour esquelles on doit mettre plusieurs heures, des journées même, à opérer la séparation. » Mais ordinairement il n'en est pas ainsi, et la solution de continuité se fait impunément en un laps de temps qui, variable selon le volume des parties à diviser, est, en moyenne, d'un quart d'heure.

Mais l'hémorrhagie ne crée qu'un danger minime, exceptionnel; car la chirurgie tranchante était déjà en possession de moyens sûrs pour la prévenir ou la suspendre. L'inflammation diffuse des bords de la plaie, l'infection purulente consécutive, sont des écueils bien autrement redoutables. Ici la méthode tient un langage moins affirmatif : « Le traumatisme est aussi limité que possible. » — « La suppuration est diminuée dans des proportions énormes. » — Si elle ne met point d'une manière absolue à l'abri de l'infection purulente, du moins elle en diminue singulièrement les chances.» Voici tout ce que revendique pour elle le plus calme de ses deux préconisateurs, le second se bornant, sous ce rapport, à dire : « Elle ferme les vaisseaux lymphatiques, car après elle la suppuration est presque nulle. »

Ces restrictions, ces demi-promesses, donnent une idée exacte du pouvoir de la méthode, mais aussi de son insuffisance nécessaire. Qu'on ne s'en étonne point : l'expérience ne fait ici que répondre aux justes prévisions de la théorie. Qu'après une incision la porte soit partout et largement ouverte aux phlegmasies, aux résorptions; qu'à la suite de cautérisation elle soit, au contraire, partout et hermétiquement close, il n'y a là rien d'inconcevable : l'effet suit logiquement sa cause. Les modifications physiologiques opérées dans l'un et l'autre cas expliqueraient clairement ce résultat inverse. Après l'écrasement, au contraire, que voyons-nous? Une surface en grande partie sèche, je l'accorde; la plupart des vaisseaux fermés par le procédé de l'arrachement, j'y consens ; mais si un seul rameau vasculaire a donné, si une goutte de pus se forme dans un point que les adhérences préservatrices n'aient pas cloisonné, qui oserait répondre des suites? Où la raison dit oui, le *non* par lequel l'expérience prétend dès à présent répondre ne saurait nous rassurer absolument. L'inégalité dans le mode de division est un fait jusqu'ici à peu près inévitable dans l'écrasement tel qu'il se pratique, avec la diversité de résistance, de structure, de volume, de direction que la nature a créée, que la maladie multiplie dans les différentes parties à sectionner par ce moyen. Il est naturel, il est inévitable, que sur des tissus doués de résistance si variable, la même puissance, mise en jeu de la même manière, ne soit pas apte à produire des effets identiques. Voilà, en principe, ce qui ne peut être contesté, ce qui, selon nous, fonde sous ce rapport et jusqu'à nouvel ordre la supériorité de la cautérisation sur la section entre surfaces mousses. Celui de ses partisans qui l'a mise le plus souvent en œuvre sent si bien sa faillibilité à cet égard qu'il « a coutume, dans les jours qui précèdent l'opération, de faire prendre l'alcoolature d'aconit à une dose progressive de 2 à 5 grammes. » Implicite aveu d'une défiance que la vertu d'un tel préservatif n'est certes point capable de dissiper!

La douleur — objection peu valable, d'ailleurs, en présence de la réfutation que l'éther lui permet — est assez modérée pour qu'il n'y ait pas à insister sur ce point.

Nous glisserions aussi rapidement sur le peu d'étendue de la sphère où le procédé paraît être applicable, s'il ne s'offrait ici quelques explications importantes à donner. En principe, sans doute, c'est un grief imaginaire, absurde, injustifiable, que d'invoquer contre un moyen quelconque cette considération qu'il n'est utile que pour un nombre trop restreint de cas. En médecine comme ailleurs, que chacun réponde de ce qu'il entreprend, que toute vocation se tienne dans son domaine, tout artiste dans sa spécialité..... Pour chaque besoin nouveau surgiront assez de nouveaux modes d'action, et le progrès n'y perdra rien.

Malheureusement, en fait, les choses ne vont point ainsi. A peine née, une invention prétend tout absorber, tout attirer à elle. C'est là — avec l'aveuglement incorrigible de l'esprit public sur ce point — presque une de ses conditions d'existence. En science comme en finance, pour fixer l'attention, il faut *s'arrondir !*

Or, tant qu'elle reste dans les limites d'une émulation louable, cette soif d'extension tourne au profit de l'art autant qu'à celui de l'inventeur; c'est une des phases utiles de toute découverte, un de ses moyens de vulgarisation les plus licites comme les plus féconds. Mais peu à peu l'empiètement se prononce; au mépris de l'analogie on s'efforce d'assimiler des éléments hétérogènes, et de ces adjonctions forcées naît bientôt un danger contre lequel c'est à la critique de prémunir de bonne heure ceux dont l'avenir lui inspire un intérêt mérité.

---

duire ici ; mais nous devons convenir que ses préceptes à cet égard sont tels que la plus sévère morale et la meilleure hygiène n'y trouveraient rien à retrancher. C'est là une chose très remarquable chez un docteur musulman. Il y a aussi un article sur les affections de l'âme qui est plein d'onction et de douceur. On y trouve plus de religiosité que de science, et il est plus d'un prêtre que d'un médecin; mais tel qu'il est, on ne peut s'empêcher d'applaudir aux conseils qu'il donne, et les médecins peuvent en faire leur profit aussi bien que les malades.

Nous trouvons ensuite deux chapitres qui contiennent toute la pathologie. Le premier traite des maladies locales, que l'auteur mentionne suivant la méthode ancienne *a capite ad calcem*, et le second est consacré aux maladies générales. C'est dans cette partie du livre surtout qu'on peut remarquer l'absence totale d'études même les plus élémentaires, d'observation, de critique et de jugement. On n'y voit rien qui puisse servir à asseoir un diagnostic et une thérapeutique raisonnables. Il semble que ces deux chapitres soient échappés à la plume de quelque somnambule émérite ou de quelque sorcier de village. L'étiologie repose entièrement sur les quatre humeurs dont il a été question au commencement ; car *Sidi-Siouti* observe une certaine logique dans ses déductions. Il désigne sous le nom de toux presque toutes les maladies des organes thoraciques, et leur consacre une page. Quant aux affections des organes abdominaux, il ne les distingue que par leur principal symptôme.

Il divise bien les fièvres en continues et intermittentes. Il connaît deux fièvres continues : la fièvre *chaude* et la fièvre *renfermée*, qu'il nomme aussi *septimane*. Puis il décrit succinctement les fièvres quotidienne, tierce et quarte. Toute sa pyrétologie est contenue en deux pages Viennent ensuite le vertige, l'aliénation, l'épilepsie, l'apoplexie, la lèpre blanche, l'aphonie, les tumeurs et ulcères, l'arthrite, la jaunisse, les blessures, les poisons, l'*amour* et la rage.

On s'étonnera de trouver l'amour dans la pathologie de *Sidi-Siouti*. C'est que pour lui c'est une espèce d'aliénation. « L'homme subjugué par l'amour, dit-il, s'absorbe dans la contemplation des traits adorés.

Nous le dirons donc, en amis, à la *section mousse :* Son rôle est assez beau, son domaine est suffisamment étendu. A le vouloir dépasser, il n'y aurait de sécurité ni pour ses conquêtes futures, ni même pour ses possessions actuelles. C'est déjà bien assez, c'est trop des ponctions par lesquelles il lui faut conduire une ligature destinée à portionner un pédicule dont le volume le rendrait réfractaire à un *écrasement* unique. Il faut s'arrêter là ; il faut que l'écraseur sache reconnaître des bornes ; il faut avoir le courage de considérer simplement comme un thème à discussion le conseil que M. Chassaignac formule en ces termes : « Dans les cas où l'on veut appliquer l'écrasement à l'ablation de tumeurs qui obligeraient à sectionner une certaine épaisseur de tissu cutané, ce qui est toujours difficile par le seul secours des appareils à écrasement, on pourrait inciser l'enveloppe cutanée du pédicule, parce que ce ne sont pas, en définitive, les vaisseaux de la peau dont on redoute la section, et l'on réserverait l'écraseur linéaire pour trancher les parties les plus vasculeuses de la tumeur. »

C'est dans l'intérêt de la nouvelle méthode que nous ne lui permettons d'entreprendre que ce qu'elle peut, elle seule, mener à bien : c'est pour la complète sécurité de ses applications futures que nous les voulons dès à présent plus restreintes. Nous donnons d'autant plus volontiers ce conseil qu'il n'est pas trop tard pour le lui faire entendre. L'occasion, d'ailleurs, se présentera prochainement de le développer et de le justifier mieux encore, en examinant, dans un second article, les *moyens d'action* de l'écrasement, ainsi que les *indications* auxquelles ils répondent.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE CLINIQUE DU TYPHUS CONTAGIEUX, par le docteur Émile Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon.

(Suite. — Voir les numéros 25 et 27, tome III.)

Période de déclin de l'éruption pétéchiale; crise et rémission de la maladie. — A la fin du septénaire précédent, dans les cas de typhus léger, l'exanthème a beaucoup pâli, et même s'est effacé. En même temps, la diminution générale de la maladie s'opère par degrés et sans évacuations sensibles. A peine y a-t-il quelques déjections alvines de matières bilieuses, cuites, fétides, et accompagnées d'un grand dégagement de gaz. Cependant, même dans ces cas de maladie bénigne, il y a un moment où survient un changement presque brusque, relativement à la lenteur avec laquelle procède toujours l'amélioration. Ainsi la veille le malade paraît encore sous le poids de l'affection typhique; celle-ci est modérée, tous les signes d'un heureux présage existent; cependant le mal, quel qu'il soit, est là, et l'organisme est toujours en travail de réaction contre lui. Le lendemain, la scène semble tout à coup changée : le malade se réveille avec le regard clair, l'intelligence libre, la fièvre presque éteinte; il se dit guéri. Les seuls symptômes qui persistent sont un sentiment d'ivresse notable, surtout lorsque le fiévreux se redresse sur son lit, et le bourdonnement des oreilles. Ainsi, même quand l'affection a été modérée durant tout son cours, le jour, l'instant, pour ainsi dire, où se déclare une vraie rémission, presque la convalescence, est marqué par un changement rapide et évident dans l'état général. Ce changement s'effectue ordinairement, dans ces cas, du douzième au quatorzième jour.

Mais dans les cas graves la marche vers la guérison est plus lente et plus entravée. A peine à la fin du septénaire l'exanthème a-t-il pâli un peu; il ne se dissipe lentement que dans les jours qui suivent. Les autres symptômes de la maladie, stupeur, trouble de l'intelligence, tremblement des mains, dureté d'ouïe, fièvre vive, persistent. Parfois la langue est sèche et encroûtée. Cependant, à travers l'ensemble, on entrevoit d'ordinaire une tendance à la diminution, sinon une diminution manifeste. La stupeur semble moins profonde, et, quand on excite les malades, ceux-ci paraissent moins égarés. Quelques symptômes même faiblissent plus sensiblement, et ce ne sont pas les moins significatifs : ainsi l'insomnie est moins délirante, moins entrecoupée de cris, plus brève ; les mouvements du corps et les changements de position deviennent moins douloureux et plus aisés ; la peau se couvre, par moments, d'une moiteur générale. Quelques évacuations alvines jaunes et liquides se déclarent spontanément, sortent peu à peu, et s'accompagnent de beaucoup de grouillements et de vents. Le ventre, légèrement météorisé, s'affaisse. Cependant l'aspect général du malade est toujours grave ; souvent la respiration paraît plus embarrassée que

---

Ne lui demandez pas ce qu'il fait : le nom de l'objet de sa flamme est sans cesse sur ses lèvres ; une passion impétueuse soulève son cœur, et à mesure que l'ardeur de ses désirs augmente, sa raison s'obscurcit. » Il indique pour remède l'union licite avec la personne aimée, et, si cela ne se peut, il veut qu'on mette aux mains du malade un ouvrage de grammaire, ou un chapitre du traité qui définit les héritages, ou un livre qui expose tout ce qui a rapport à la religion. M. le docteur Bertherand croit voir dans cette ordonnance une intention épigrammatique; nous pensons, au contraire, que notre auteur est de très bonne foi, et même, à son point de vue, très judicieux dans cette prescription, qu'il envisage évidemment comme un moyen dérivatif.

Quant à son article sur la rage, on le croirait écrit de nos jours, tant il est exact et conforme à toutes nos idées sur cette affreuse maladie. Et après avoir décrit tous les signes de cette affection chez l'homme et chez le chien, il conseille la cautérisation immédiate avec le fer rouge pour empêcher la pénétration du virus.

Tel est le livre de *Sidi-Siouti*, dont nous devons la connaissance à MM. Pharaon et Bertherand. Ce dernier l'a enrichi de notes intéressantes qui ont principalement pour but l'identification de certaines préparations pharmaceutiques et de plantes familières aux Arabes. Elles donnent aussi l'explication de quelques passages difficiles à comprendre pour ceux qui ne connaissent pas bien les mœurs et les croyances des musulmans. Si l'on ne peut pas dire que ce soit un ouvrage instructif, au moins doit-on le regarder comme propre à montrer la marche qu'a suivie la science chez les Orientaux vers la fin du moyen âge et jusqu'à nos jours. A ce titre, M. le docteur Bertherand doit être loué pour avoir publié une page intéressante d'histoire médicale.

Dr René Briau.

---

dans la période d'état de la maladie; le malade expectore avec effort quelques mucosités bronchiques épaissies. Les yeux, auparavant pulvérulents, deviennent humides et chassieux. Cet état se prolonge du quatorzième au vingt et unième jour de la maladie. A l'un de ces jours ou des jours intercalaires, une exacerbation remarquable se déclare; la fièvre est plus vive, la nuit plus pénible et agitée, la parole plus difficile, l'accablement général plus profond, l'intelligence plus troublée; la respiration surtout est plus gênée, courte, les bronches semblent obstruées de mucosités. Le médecin, à ce redoublement inattendu de la maladie, craint une issue funeste qui résultera à la fois de la chute des forces, de l'engouement pulmonaire, de l'embarras cérébral, de l'obscurcissement de l'innervation. Il agit alors et met en œuvre quelque ressource suprême de dérivation et de surexcitation des forces, si déjà il n'a épuisé toutes ses ressources. Mais cette exacerbation n'est qu'une crise heureusement passagère: dès le lendemain, par suite de l'intervention thérapeutique, ou par suite de la tendance de la nature, ou par les deux à la fois, l'une aidant l'autre, les accidents morbides diminuent d'une manière rapide et frappante. J'avais laissé la veille un malade moribond, râlant, sans connaissance, je le retrouve au lendemain éveillé, l'œil libre et intelligent, la poitrine débarrassée, la parole facile, le pouls souple, régulier, modérément élevé et fréquent, la langue humide quoique salie encore de mucosités, la peau couverte d'une sueur générale. Du plus au moins on observe toujours cette exacerbation du jour critique, et l'on est frappé surtout de la rémission singulière qui la suit de si près. Je ne connais pas de maladie aiguë se terminant ainsi et d'une aussi prompte façon. Le retour de l'intelligence est particulièrement remarquable, si instantané et si complet, que le mal oppresseur de la veille paraît un rêve. Hildenbrand a le mieux observé ces phénomènes de la crise: « Le premier accident, dit il, qui disparaît de la manière la plus sensible est le délire. Les malades sortent comme d'un songe ou d'un état d'ivresse, la tête se dégage, et quelques-uns même acquièrent instantanément leur connaissance parfaite. » Il m'a paru que plus tôt survenait la crise, dans les cas graves, et plus elle était terrible, voisine d'une issue funeste; retardée, au contraire, elle était d'un appareil moins redoutable.

Cet amendement fait croire, et avec raison, à une guérison assurée. Il survit bien encore un mouvement fébrile, manifeste quoique amoindri, et quelques traces des symptômes menaçants de la veille, mais on pense, à voir une amélioration si grande et si rapidement obtenue, que le reste de la maladie va s'évanouir de même et la convalescence se déclarer pour le jour suivant. Il n'en est rien: à la suite de cette crise, c'est la rémission de la maladie qui commence, et qui dans les cas graves, dont nous nous occupons plus particulièrement ici, dure encore un septénaire; nouvelle et dernière période du typhus contagieux, aussi intéressante pour le clinicien que toute celles qui ont précédé. Elle n'est pas invariable dans sa forme, car outre les symptômes communs et la marche régulière qui lui est propre, elle offre les reliquats divers des mouvements critiques préparés et accomplis durant la période aiguë de la maladie. Je vais retracer en peu de mots cet ensemble, et indiquer ensuite quelques phénomènes spéciaux que j'ai observés.

La rémission est caractérisée dans son ensemble par une diminution graduelle de tous les symptômes morbides subsistant après l'amendement général qui suit l'exacerbation critique. Cette diminution des symptômes se peut constater de jour en jour. Ainsi l'on voit les organes des sens reprendre plus d'activité, les mouvements musculaires plus de liberté et de force, la parole plus d'aisance. L'intelligence et le regard s'éveillent progressivement sur tous les objets extérieurs; plus d'indifférence; appel, au contraire, à toutes les impressions; contentement inexprimable du retour à la vie. Le visage pâlit, et les traits n'expriment plus ni souffrance ni préoccupation morbide. La langue s'humecte; le ventre, auparavant un peu ballonné, s'affaisse; les évacuations alvines sont rares ou suspendues; la transpiration se fait douce et continue; la chaleur du corps se tempère; le pouls s'assouplit et se régularise, sa fréquence et son élévation tombent par degrés. Le sommeil arrive calme et réparateur. Enfin l'appétit se déclare souvent dès le second jour de la rémission; il devient promptement impérieux, et les malades ne rêvent plus qu'aliments. Une desquamation farineuse s'opère sur les régions où siégeait l'exanthème pétéchial. Toute fièvre enfin s'éteint du cinquième au septième jour; toute trace de la maladie semble alors effacée; la convalescence commence. Ce n'est pas cependant sans que l'œil du médecin ne surprenne encore quelques vestiges du mal, deux surtout: un sentiment de vertige et de demi-ivresse prononcé lorsque le malade essaie de se redresser sur son lit, et le bourdonnement des oreilles. Ces symptômes mettent quelquefois une semaine à se dissiper entièrement.

Parfois la rémission s'accompagne de quelques phénomènes particuliers dus à l'affection des organes que la crise a le plus compromis. Ainsi lorsque les efforts de la crise ont particulièrement porté sur la tête, l'embarras cérébral laisse quelques traces plus marquées, qui s'effacent ensuite graduellement. Si la crise compromet plus sérieusement la poitrine, la rémission offre des symptômes en rapport, comme dyspnée, toux, expectoration, lesquels cèdent sans peine à un traitement approprié.

Durant la rémission s'observent aussi quelques accidents morbides qui souvent ne l'influencent pas, mais qui parfois la troublent. J'ai rencontré une large et profonde gangrène, occupant la presque totalité de la région sacrée. Cette gangrène ne pouvait être attribuée à la simple compression des tissus par le coucher en supination; car, en d'autres cas, un décubitus dorsal beaucoup plus prolongé n'amène pas ces mortifications. On ne pouvait non plus invoquer la macération des tissus par les déjections alvines, lesquelles manquaient, ou par la miction involontaire, qui avait lieu depuis très peu de temps et à laquelle on remédiait par des soins assidus de propreté. Cette gangrène s'était annoncée, durant l'augment de la maladie, par une teinte rouge foncée, puis livide de la peau, et à l'époque de la crise elle s'était profondément établie par *diadoche*, c'est-à-dire par transport de la maladie des parties intérieures vers les extérieures. Ce fut un long travail dans la période de rémission et de convalescence; mais l'une et l'autre n'en furent pas entravées.

En un autre cas, j'ai vu une adénite suppurée de l'aine droite. Cette adénite, préparée également pendant l'augment, avait suppuré à l'époque critique de la maladie. J'ouvris l'abcès largement, lorsque la rémission fut bien établie depuis quelques jours. La guérison fut prompte. Sur un autre malade, vers la fin de la période de rémission, laquelle n'avait pas été en déclinant franchement et faisait supposer une durée inusitée, je vis tout à coup la fièvre se rallumer, une certaine excitation générale reparaître; le lendemain, une éruption discrète de varicelle se montrait à la face, sur le bras et le corps. Elle se dessécha avec plus de rapidité que

de coutume, et une bonne convalescence s'établit bientôt après. Il n'y avait pas en ce moment, il n'y avait pas eu de tout l'hiver, un seul varioleux dans nos salles. Tous ces faits trahissent évidemment des efforts critiques de la nature cherchant à se débarrasser de restes morbides ou d'impressions délétères persistantes, par telle ou telle voie qu'elle sait solliciter en vertu des besoins ou des facilités particulières qu'elle éprouve ou rencontre. Ces phénomènes, d'ailleurs, se manifestent surtout à la suite de cas très graves.

Je n'ai pas observé de parotides, quoiqu'on les dise communes dans le typhus; j'entends des parotides manifestes, saillantes, et non point obscures et cachées, non sensibles à la vue, comme Hildenbrand présume qu'elles sont souvent. Car si l'on admet ces parotides peu distinctes, je pense en avoir rencontré deux cas : il y avait enflure vultueuse et rougeur pourprée du visage, et gonflement subséquent, non des parotides, mais des ganglions de l'angle de la mâchoire. Ces deux malades moururent, et je ne puis dire ce qu'il serait advenu de ces gonflements ganglionnaires dans le cas d'une issue favorable; mais la difficulté d'ouvrir la bouche, l'altération de l'ouïe, le bourdonnement des oreilles ne me paraissent pas, comme à Hildenbrand, des signes de parotides cachées.

Bien d'autres complications peuvent se montrer, sans doute, dans tout le cours du typhus contagieux; mais je ne veux m'écarter en rien de ce que j'ai observé moi-même. Je ne traite pas à part du pronostic, quelque importance que j'attache à cette partie d'une description; j'ai indiqué à mesure les principaux signes sur lesquels il doit reposer, et je ne pourrais ici que les résumer sans en signaler de nouveaux. Je les laisse donc entremêlés à cette narration, par désir de rendre celle-ci aussi brève que possible.

Caractères nécropsiques. — On peut demander aux nécropsies comment, par quelles lésions organiques le typhus contagieux se caractérise anatomiquement; et subsidiairement comment il se différencie par là des autres maladies fébriles, et en particulier de la fièvre typhoïde, avec laquelle on aurait de la tendance à le confondre. Quatre autopsies ont été pratiquées. Chacune nous a montré les altérations suivantes : Engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux arachnoïdiens; épanchement peu considérable de sérosité dans les ventricules; engorgement hypostatique du tissu pulmonaire vers les parties déclives; engorgement des veines du mésentère et des intestins; foie et rate d'une couleur foncée et d'un volume normal ou un peu accru. Ces altérations offrent-elles quelque chose de caractéristique et de propre au typhus contagieux? Ne se rencontrent-elles pas dans presque toutes les fièvres graves de courte durée, et en particulier dans l'intermittente pernicieuse léthargique? Nous avons examiné avec soin la muqueuse de l'intestin grêle; on devine que nous voulions y constater l'état des plaques gaufrées. Ces plaques, minutieusement étudiées et dans une grande largeur, à partir de la valvule iléo-cæcale, n'ont présenté aucune trace d'altération. Les caractères autopsiques de la fièvre typhoïde manquaient donc ici entièrement. Ce serait une nouvelle preuve de la distinction de ces deux maladies, s'il en était besoin. Elle avait été, d'ailleurs, fournie par MM. Gerhard, Feury et autres, qui ont observé le typhus contagieux.

Traitement. — Une première question se présente à résoudre : Les prodromes du typhus constatés, et la certitude acquise de la contagion, peut-on s'opposer au développement subséquent de la maladie? Je manque pratiquement des éléments nécessaires pour donner une solution. Les limites dans lesquelles s'est circonscrite notre épidémie ont pu fournir à mes recherches, et m'ont permis de préciser avec plus de rigueur, je crois, qu'on ne l'avait fait avant moi, les caractères prodromiques de l'affection. Mais l'épidémie s'est éteinte alors que j'atteignais aux notions précises exposées au début de ce travail. Je n'ai donc pu être assez assuré du mal dans ses prodromes pour tenter de l'enrayer. D'ailleurs, le moyen le plus efficace, celui de l'isolement du malade, m'aurait manqué. Mais si je puis juger par analogie avec ce qui se passe dans les autres fièvres exanthématiques et contagieuses, ces tentatives devraient trouver difficilement un succès complet. Le principe virulent du typhus reçu et comme incorporé dans l'organisme, les forces vitales spécifiquement impressionnées par cet agent, la maladie est aussitôt en puissance; le développement de ses phases successives est dès lors nécessaire. Cependant je me garderai d'émettre à ce sujet une affirmation absolue. Sans demander secours à des médicaments spécifiques, rien ne prouve qu'une première impression morbide ne puisse être avantageusement combattue, surtout lorsqu'on éloigne avec soin et promptement toute cause qui pourrait aggraver cette impression, ou la multiplier par une infection nouvelle, par une contagion continuée.

Mais si l'on n'est pas assuré de pouvoir arrêter la maladie perçue dans ses prodromes, on doit concevoir l'espoir de l'amoindrir sensiblement. Divers moyens nous paraissent propres à cet effet. Le premier, le plus simple et à la fois le plus important de tous, devra être de soustraire la personne affectée par les prodromes à tout milieu infecté, à toute cause prochaine ou éloignée de contagion. On la placera, autant que possible, dans une vaste chambre aérée, exposée de préférence au midi, afin que les croisées puissent être ouvertes sans danger pendant une partie de la journée; la nuit, si la disposition des lieux le permet, on tiendra ouverte une porte de communication avec l'appartement voisin, afin que l'air puisse librement circuler. On évitera toute impression trop forte de froid ou de chaleur; car nous ne pouvons accéder à l'idée préconçue d'Hildenbrand, qui pense que, pour étouffer le miasme du typhus, pour arrêter la maladie avant que le frisson ait paru, il faut *uniquement employer le froid à un degré capable de détruire la matière du typhus, ou d'empêcher du moins son action dans le corps;* il conseille donc *l'usage des immersions ou des bains froids répétés de tout le corps, ou des frictions avec de la neige, comme devant préserver du typhus déjà commençant.* Une pareille pratique, qu'Hildenbrand n'a d'ailleurs jamais essayée, et fondée sur des hypothèses, me paraît dangereuse et inefficace. On cherchera donc à placer le malade dans les conditions extérieures que j'ai énoncées; dans les hôpitaux, de petites salles bien aérées, situées au midi, conviennent à cet effet. Ces précautions, du reste, ne sont pas seulement applicables à la période prodromique, mais encore à tout le cours de la maladie; en sorte qu'en y recourant de bonne heure on satisfait à une indication de durée générale.

En même temps, on s'attachera aux moyens d'éliminer, s'il se peut, la matière virulente introduite dans l'économie, et aussi d'éteindre son action délétère sur les forces et sur la sensibilité générale. Les émétiques se présentent en première ligne pour remplir ces indications. Si l'élimination matérielle du miasme contagieux peut être effectuée, rien n'est plus propre à l'amener que la médication vomitive. Soit que le miasme reste, en partie, uni à l'humeur salivaire, ou qu'il ait pénétré jusque dans le ventricule, ou que la respiration l'ait introduit dans les voies pulmonaires, on peut tenter de l'expulser par les émétiques. Par là aussi, en augmentant

certaines sécrétions, et en particulier celles de la bile et des sucs gastriques, on peut espérer d'éliminer par ces voies une part des miasmes absorbés, que ces excrétions activées enlèvent peut-être à la masse des humeurs et entraînent avec elles. Ces effets, plus ou moins grossièrement mécaniques, sont possibles ; toutefois, rien ne les démontre avec quelque rigueur. Mais les émétiques en produisent d'autres plus assurés : ce sont les ébranlements généraux imprimés à l'économie, les réactions vitales qui s'ensuivent, l'activité surexcitée des mouvements et des sécrétions viscérales, l'expansion vers la peau, la détente des appareils organiques, le calme réparateur qui succède. Rien n'est plus propre, sans doute, à combattre les impressions morbifiques que ces perturbations suivies d'un surcroît d'énergie vitale, et, après, d'un repos bienfaisant. De la sorte on peut espérer de neutraliser ou au moins d'amoindrir les influences délétères laissées sur l'organisme par un miasme contagieux, et de rétablir la vie dans ses conditions voulues d'harmonie.

Par cette double action, et surtout, à mon sens, par la dernière, les émétiques peuvent donc être fort utiles, administrés à la première apparition des symptômes prodromiques. Mais on peut aider à leur action, en les faisant suivre de médicaments destinés, comme eux, à soutenir les forces vitales et à donner une issue nouvelle à la matière morbifique et aux humeurs contaminées. Je veux parler de l'emploi du camphre et des vésicatoires. Si les troubles nerveux, après les vomitifs, persistent; si les tintements des oreilles, un certain embarras de la parole, un défaut d'assurance dans les mouvements des bras et des mains, une fatigue inusitée de l'économie continuent, je ne sais rien de plus propre à combattre ces désordres nerveux que le camphre à dose modérée, soit en pilules dans le courant de la journée, soit dans une émulsion à l'entrée de la nuit. Les vertus du camphre contre les phénomènes ataxiques, ceux en particulier des fièvres continues graves, et surtout des fièvres exanthématiques, la sédation directe qu'il exerce sur l'innervation troublée par l'élaboration fébrile des matières morbifiques, et, à la fois, ses propriétés diaphorétiques, ont l'assentiment de presque tous les grands cliniciens, et il n'est guère possible de les contester. Je les ai si souvent observées, que c'est un des effets thérapeutiques qui me paraissent les mieux démontrés. Ce médicament me semble donc vraiment approprié à la nature des prodromes propres du typhus, et je l'administrerai avec confiance dans ces conditions. Enfin, je ne craindrai pas de lui associer l'application d'un vésicatoire au bras ou à la face interne d'une cuisse. Les ulcères et les suppurations artificielles établies avant l'invasion fébrile ne sauraient surexciter celle ci, et leurs bons effets demeurent acquis, sans que l'on ait rien à redouter de l'emploi du remède. Ces suppurations artificielles ne peuvent-elles ici contribuer à l'allégement des centres nerveux, à la solution des spasmes, à la liberté des forces vitales? Ne peuvent-elles ouvrir une issue à la matière morbifique dont se chargerait alors le pus excrété? Surtout, ne favoriseraient-elles pas un mouvement sur la peau, ne seraient-elles pas un appel direct sur cette grande surface, mouvement qui est dans les vues et les besoins de la nature, appel qui seconderait les tendances par lesquelles la vie doit se débarrasser? Les bons effets prophylactiques des ulcères artificiels, sétons ou cautères, dans les grandes épizooties contagieuses, ne confirment-ils pas toutes ces présomptions ?

(*La fin à un prochain numéro.*)

De l'ophthalmie diphthéritique, par MM. les docteurs Warlomont et Testelin.

L'existence, dans certaines variétés de la conjonctivite oculaire ou palpébrale, d'une fausse membrane qui se développe sur cette muqueuse, est un fait désormais acquis à la science. Quelles sont les formes d'ophthalmie dans lesquelles ce produit se manifeste? Quelles sont les indications à en tirer pour le pronostic et le traitement? Ce sont là des questions qui méritent de fixer toute notre attention.

En 1847 déjà, M. le docteur Bouisson (de Montpellier) signalait (1), sous le nom de *pseudo-membraneuse*, une forme non encore décrite d'ophthalmie, « affection très grave, disait-il, et que la perte de la vue suit irrévocablement. » Plus tard, M. Chassaignac, ayant remarqué chez les nouveau-nés affectés d'ophthalmie purulente et traités par les douches oculaires, la présence d'une fausse membrane sur la conjonctive palpébrale, poursuivit ses recherches sur cet objet, et en donna dans divers recueils les résultats, qui furent réunis et publiés dans les *Annales d'oculistique* (janvier 1856). D'autre part, le docteur Graefe (de Berlin) a appelé maintes fois l'attention sur une affection grave de l'œil, dont la présence d'une fausse membrane est le caractère anatomique principal (2).

Les descriptions fournies par les auteurs, et du produit pathologique et des symptômes de cette intéressante affection, diffèrent essentiellement. L'ophthalmie pseudo-membraneuse des nouveau-nés décrite par M. Chassaignac n'offre, pour ainsi dire, aucun rapport avec l'ophthalmie diphthéritique dont M. Graefe a tracé l'histoire. C'est à cette dernière que nous nous arrêterons surtout : la promptitude de la marche, la gravité des symptômes, les particularités du traitement, justifient l'attention particulière que nous y apporterons.

Symptômes de l'ophthalmie diphthéritique (3).— Dans un œil à l'état normal, ou, plus fréquemment encore, dans un œil déjà atteint d'un processus inflammatoire d'une autre nature, il se développe tout à coup, avec la sensation de l'augmentation de la chaleur, une douleur piquante, accompagnée d'une sécrétion plus abondante de larmes, avec tuméfaction de la paupière supérieure. Cette tuméfaction est bornée au tissu conjonctival et ne s'étend guère aux paupières, qui sont, en général, peu gonflées ; la conjonctive, au contraire, a considérablement augmenté d'épaisseur. Un chémosis peu prononcé se manifeste bientôt. La conjonctive n'est pas, dans ce cas, fortement injectée; on n'y observe qu'un réseau à larges mailles, formé des vaisseaux les plus volumineux, et qui, dans le principe, se termine près du bord de la cornée, que parfois elle dépasse plus tard. La muqueuse, dans l'intervalle de ces vaisseaux, a un aspect jaunâtre avec une teinte d'un rouge faible, qui ne paraît pas formée par des vaisseaux déliés, mais par l'exsudation de la matière colorante du sang. Déjà, dans le principe, on voit se former de petits points rougeâtres en très grand nombre, ce qui fait paraître le chémosis comme marbré ou finement tacheté. Ces petits points n'augmentent pas de volume : ils sont également répartis sur le tissu de la conjonctive ; mais ils sont plus sensibles sur la

(1) *Annales d'oculistique*, t. XVII, p. 46, 100.
(2) *Deutsche Klinik*, 1853, n° 35. —*Annales d'oculistique*, t. XXXI, p. 237. — *Archiv für Ophthalmologie*, Band 1, Abt. 1, p. 168. Berlin, 1854. Jean Renaud.
(3) *Archives belges de médecine militaire*, t. XVII, p. 32. *De la conjonctivite diphthéritique*, par Graefe, tran. par Binard.

conjonctive oculaire, sans doute parce que ce feuillet conjonctival étant plus mince, les épanchements s'y font en plus grand nombre, ou parce que la présence de la sclérotique, qui tranche par sa coloration blanchâtre, fait mieux ressortir le contraste qui existe entre ces petits points rougeâtres et les parties intermédiaires. Le chémosis n'est pas entièrement fluctuant, et même, dans le principe de la maladie, il n'a pas une dureté très grande. Si l'on fait une incision dans le tissu de la conjonctive, il ne s'en écoule aucun liquide; car le tissu cellulaire sous-muqueux est, comme cette membrane, infiltré de fibrine coagulée à l'état gélatineux.

Quand on renverse la paupière supérieure, on la trouve d'une *roideur* remarquable, et ce n'est qu'avec grand'peine et en causant beaucoup de douleur au malade, qu'on parvient à la retourner. C'est au point que M. Graefe a dû administrer le chloroforme à ses malades toutes les fois qu'il devait examiner leurs paupières, tant étaient violentes leurs souffrances et vives leurs appréhensions. En voyant la surface de la conjonctive, on pourrait croire qu'elle n'offre pas un état morbide bien grave, puisqu'elle est polie et ne présente que peu de rougeur. Toutefois, cette surface, *d'une coloration jaunâtre polie*, n'est pas le tissu propre de la conjonctive, mais un exsudat fibrineux qui pénètre dans son épaisseur, et qui, en y abolissant presque complétement la circulation, en amène la destruction et par suite celle de l'œil. Cet exsudat jaunâtre ne se laisse pas facilement détacher de la surface de la muqueuse. En l'examinant avec attention, un phénomène frappe d'abord : c'est l'*absence de vaisseaux apparents*, ou bien l'état spécial qu'y présentent les canaux vasculaires encore visibles. On aperçoit bien cet exsudat en faisant regarder le malade en bas et en renversant la paupière supérieure jusqu'au point d'apercevoir le repli oculo-palpébral: la membrane offre toujours alors un aspect spécial lardacé. Chez les enfants, la portion de peau qui existe entre les deux bords palpébraux est aussi très caractéristique, car on y trouve quelques plaques d'exsudation qui tranchent, par leur forme bien définie et leur coloration blanchâtre, sur les parties voisines. La paupière inférieure est elle-même roide, peu mobile, et présente toujours une forte teinte rougeâtre.

A ces phénomènes viennent s'en joindre deux autres : l'*augmentation de la chaleur* et l'*écoulement d'un liquide*. La chaleur s'élève quelquefois à un très haut degré dans l'ophthalmie diphthéritique; elle est appréciable par le toucher et encore par la promptitude avec laquelle s'échauffent les compresses qu'on y applique. Les malades doivent renouveler leurs compresses d'eau glacée toutes les vingt-cinq à trente secondes; ils éprouvent une chaleur insupportable, qui s'élève quelquefois jusqu'au *calor mordax*. — Le liquide qui s'écoule est d'un gris sale ; il augmente rapidement dans le principe, et bientôt après contient de nombreux flocons jaunâtres. Il est composé principalement de larmes, dont la sécrétion est considérablement augmentée, et sa coloration grisâtre dépend en partie de nombreux fragments d'épithélium, de détritus granuleux, et en partie de la matière colorante du sang, décomposée et dissoute, qui a été absorbée par la muqueuse ecchymosée; enfin, les taches jaunâtres dépendent des coagulum fibrineux, auxquels adhèrent de nombreux globules purulents, et qui sont fréquemment unis aux parties plus solides du tissu mortifié.

Cet état dure plus ou moins longtemps. La tuméfaction des paupières a ordinairement acquis, dès le principe, son plus haut degré; toutefois, sa diminution ne dépend pas nécessairement de celle du processus diphthéritique, car souvent ce dernier prend un accroissement de mauvais augure quand la tuméfaction de la paupière diminue. Les ecchymoses disparaissent peu à peu, et la coloration devient toujours d'un rouge jaunâtre ou d'un jaune pâle quand la coagulation augmente.

Après un certain temps de ces symptômes qui constituent le premier stade, la roideur des paupières disparaît, la surface de la conjonctive commence à se tuméfier et à prendre un aspect spongieux, les masses fibrineuses se détachent en quantité de cette surface, ce qui donne un aspect particulier à la muqueuse quand cela se fait régulièrement. En effet, quelques *plaques blanchâtres* sont comme isolées au milieu de la conjonctive qui a sa vascularisation habituelle dans les autres points, si ce n'est toutefois qu'elle est privée de son épithélium; les rameaux vasculaires sont à nu, et il n'est pas rare de voir dans cette période survenir des hémorrhagies spontanées assez abondantes. Les portions de la muqueuse dépouillées d'épithélium se tuméfient alors de plus en plus, et, par suite d'un afflux de sang plus considérable, revêtent un aspect assez analogue à celui d'une blennorrhée chronique, avec cette différence cependant, que l'infiltration profonde de la muqueuse, qui a une marche rétrograde, insensible, donne toujours la sensation d'une certaine résistance des diverses parties de la muqueuse. C'est dans cette phase de l'affection que se forment des *nodosités* constituées par de petites élevures réunies en masses plus ou moins volumineuses et formées de certaines portions de la muqueuse plus ou moins saillantes; ces nodosités ont un fond commun, résistant dans son tissu, bien que sa surface soit déjà recouverte de papilles vasculaires. Plus l'affection est ancienne, plus ces nodosités se ramollissent, et plus tôt, par conséquent, la muqueuse revêt la même forme que dans la blennorrhée chronique.

De semblables changements ont lieu sur la conjonctive oculaire, où le chémosis perd sa coloration jaunâtre et sa dureté : un réseau vasculaire dense se développe de plus en plus; une tumeur peu consistante entoure la cornée, et, à cette époque, il ne serait plus possible de bien établir le diagnostic de la diphthérite. C'est le *second stade* de la maladie.

Le *troisième stade* est caractérisé par un certain degré de rétraction de la paupière et la formation d'un tissu de cicatrice. La rétraction est en raison directe de la quantité et de la profondeur de l'infiltration fibrineuse primitive. Dans les cas où celle-ci a été faible, il n'en résulte qu'une rétraction peu importante, qui a la forme d'un léger voile cicatriciel; dans ceux où elle a été abondante, il survient souvent une rétraction générale avec incurvation de la conjonctive. Chez certains malades on peut tous les jours enlever plusieurs fois de la conjonctive des fausses membranes de 3/4 de ligne d'épaisseur, qui représentent la forme de cette membrane, avec un trou au centre correspondant à la circonférence de la cornée.

Tels sont les symptômes pathognomoniques de la conjonctivite diphthéritique; d'autres, siégeant *dans la cornée*, viennent fréquemment s'y joindre et donner à la maladie son principal caractère d'excessive gravité. La cornée, dont la transparence s'était conservée ou avait même pris un plus vif éclat, se trouble; une légère opacité exsudative s'y manifeste, à travers laquelle l'iris n'apparaît plus que comme à travers un voile. Ordinairement, douze à vingt-quatre heures après, le point opacifié, qui s'est agrandi, *est dépouillé de son épithélium;* l'opacité, qui dans le principe

était d'un bleu grisâtre, prend alors une teinte plus foncée, d'un jaune sale, quand la perte de substance est bien réelle. Cette perte de substance, commencée par l'érosion de l'épithélium, qui n'est autre chose qu'une ulcération, peut néanmoins se présenter sans que la cornée ait rien perdu de sa transparence. L'ulcère ainsi formé s'étend en surface et en profondeur, si l'exsudation diphthéritique persiste. Examiné à la loupe, on trouve qu'il est couvert d'une foule de petits points jaunes qui, à cause de leur ténuité, ne peuvent être reconnus à l'œil nu, mais dont l'ensemble constitue une certaine masse d'un aspect chagriné. Dans certains cas, particulièrement chez les enfants, l'aspect de l'ulcère est tout autre : son fond s'élève jusqu'au niveau de la partie voisine; il est blanchâtre et comme formé de feuillets superposés du centre à la circonférence, de façon qu'une coupe oblique y ferait reconnaître différentes couches. Dans ces cas, l'ulcère est privé de toute transparence, et il ne semble la récupérer que quand il est sur le point de se perforer, et qu'il n'a plus à percer que la lamelle la plus profonde de la cornée (lame élastique postérieure). Les malades croient, à ce moment, pouvoir se réjouir parce que la vue leur est rendue; mais la perforation ne tarde pas à les désillusionner.

Causes et nature de la maladie. — La nature de l'ophthalmie diphthéritique réside dans une disposition *inhérente à la muqueuse elle-même,* et c'est ce qui détermine la marche de la maladie, en fait le danger, et sert à indiquer le meilleur traitement à lui opposer.

Ces causes sont obscures, aussi doit-on se borner à mettre en lumière quelques faits qui sont de nature à en faciliter la connaissance.

1° La diphthérite est une maladie générale. Elle se montre plus fréquemment chez les individus malades que chez les individus sains; certaines affections des organes internes surviennent fréquemment pendant sa marche. Ainsi M. Graefe a vu, sur 40 enfants atteints de diphthérite, 3 fois la mort survenir à la suite de croup, quelquefois à la suite de pneumonie ou d'hydrocéphale; très souvent aussi elle coïncide avec des inflammations de la peau, de nature diphthéritique, aux ouvertures du nez, aux angles de la bouche, ou sur des points où avaient été antérieurement appliqués des vésicatoires.

Le développement de la diphthérite dans l'œil seul est aussi l'indice non contestable d'une affection générale. En effet, il s'accompagne d'une fièvre vive, avec forte chaleur de la tête, et présentant des exacerbations périodiques, une perte complète de l'appétit et un état d'affaissement considérable, symptômes qu'on rencontre surtout chez les enfants. On a vu la maladie fréquemment liée à l'éruption dentaire. — La syphilis congénitale a peut-être avec elle un rapport plus direct : sur 40 enfants atteints de diphthérite 8 avaient des signes incontestables de syphilis. — Quand un œil est atteint, la maladie se déclare assez souvent à l'œil resté sain, alors même qu'il a été couvert d'un bandage et que le malade a été l'objet d'une surveillance attentive à empêcher l'inoculation. Le traitement général diététique et altérant est d'une efficacité réelle.

2° La cause principale de la diphthérite réside dans l'influence épidémique. Tandis que plusieurs mois se passent souvent sans qu'il s'en rencontre un cas, on voit souvent s'en manifester un grand nombre à la fois. Les épidémies paraissent se montrer de préférence au printemps et en automne : M. Graefe, à qui nous empruntons toutes ces données, en a observé une dans l'automne de 1852. Comme dans toutes les autres épidémies, c'est dans les premiers temps que la maladie est le plus grave; aussi, au début, remarque-t-on souvent que l'affection de la cornée se manifeste au bout de quelques heures, tandis que plus tard elle n'apparaît que dans le stade blennorrhoïdal.

3° Les nouveau-nés n'ont aucune disposition particulière pour la diphthérite. On ne rencontre chez eux que cette forme dans laquelle, avec l'exsudation assez abondante et fibrineuse de la surface de la muqueuse, se voit aussi un exsudat fibrineux qui en recouvre la couche la plus extérieure, et qui donne une certaine roideur à la paupière quand on veut la retourner.

4° La diphthérite conjonctivale est positivement *contagieuse,* depuis l'instant de son apparition jusqu'à la disparition de tout produit de sécrétion morbide. L'inoculation et les observations prouvent que le sécrétum est principalement contagieux à l'époque où, sous forme d'un liquide d'un gris jaunâtre se fait la sécrétion diphthéritique et virulente. Le transport du sécrétum sur un œil donne lieu le plus souvent à l'inoculation de la maladie; mais quelquefois elle n'agit que comme un irritant local, et se borne à y provoquer une simple inflammation blennorrhoïdale, comme, par contre, le pus de simples blennorrhées peut donner lieu au développement de l'affection diphthéritique. Ces résultats différents dépendent vraisemblablement des conditions locales et constitutionnelles inhérentes à chaque individu. Les premières douleurs et le gonflement morbide se déclarent ordinairement huit à douze heures après l'inoculation, mais la maladie n'a guère son ensemble caractéristique qu'au bout de deux à trois jours.

5° Les causes locales qui sont spécialement prédisposantes sont les inflammations déjà existantes et certaines influences traumatiques de date récente. C'est pourquoi il faut, autant que possible, s'abstenir de pratiquer des opérations sur les yeux pendant les épidémies de diphthérite.

6° Si l'on s'en rapporte à l'absence de toute description de cette maladie, si bien caractérisée, de la part des auteurs de tous les autres pays, ce n'est guère qu'en Allemagne que l'ophthalmie diphthéritique se présenterait. Elle règne assez fréquemment à Berlin, où, en dehors des épidémies, il s'en rencontre presque constamment des cas isolés. En Belgique, nous n'en avons jamais observé un seul cas, et il n'est pas à notre connaissance que d'autres médecins aient été plus heureux. Nous ne pouvons donc mieux faire qu'en empruntant à M. Graefe, qui a eu de nombreuses occcasions de la traiter, la relation détaillée de cette grave affection.

(*La fin prochainement.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Renvoyé au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Poulet* sur une épidémie de rougeole en 1855, dans la commune de

Plancher-les-Mines : — *b.* Un rapport de M. le docteur *Jobert* sur une épidémie de diphthérite dans plusieurs communes du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne). — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Vallat* (de Montpellier), correspondant de l'Académie, sur le goître endémique des hameaux de Couard (Saône-et-Loire). — *d.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de la Côte-d'Or. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Les rapports de MM. les docteurs *Peyrecave*, *Nivet* et *Vulfran Gerdy*, médecins inspecteurs, sur le service médical des eaux de Barbotean (Gers), Royan (Puy-de-Dôme), Uriage (Isère), pendant les années 1854 et 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Ardèche, du Doubs, de la Haute-Garonne, de la Mayenne, de la Meuse. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Des lettres de MM. *Nélaton*, *Bonnafont* et *Morel-Lavallée*, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats pour la place vacante dans la *section de pathologie externe* : — *b.* Une lettre de M. *Gobley* qui se porte candidat pour la place vacante dans la *section de pharmacie*. — *c.* Une lettre de M. le docteur *Camille Bernard* (d'Apt), qui se présente comme candidat au titre de membre correspondant : — *d.* Une lettre de M. le docteur *Émile Chauffard* (d'Avignon), qui se présente comme candidat au titre de membre associé national : — *e.* Un mémoire intitulé : *Du sel marin et de la saumure*, par M. *Goubaux*, professeur à Alfort. (*Commission déjà nommée pour l'examen du travail de M. Raynal.*)

M. *Poggioli* adresse une rectification relative aux deux observations qu'il disait avoir recueillies dans le service de M. Larrey, au Val-de-Grâce, et qui ont été mentionnées dans le dernier rapport de M. Piorry. C'est dans les services de M. Lustremann, M. Monnier et M. Marchal de Calvi, que ces faits ont été recueillis.

M. *Bouvier* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Faure*, ancien interne des hôpitaux, *sur l'asphyxie et son traitement.*

M. *le président* annonce que M. *Vrolik*, d'Amsterdam, membre correspondant, assiste à la séance.

M. *Bussy*, président, fait part à l'Académie de la mort de M. *Giraud-Saint-Rome*, de Marseille, membre correspondant.

Lectures et Rapports.

Hydrologie. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° *Un rapport sur l'eau des trois sources de l'établissement thermal de Barbazan* (*Haute-Garonne*). L'analyse chimique permet de classer ces sources parmi les eaux sélénito-magnésiennes, sensiblement arsenicales et ferrugineuses. Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces sources au point de vue médical. (*Adopté.*)

2° *Un rapport sur une source minérale découverte à Châteauneuf* (*Puy-de-Dôme*). Cette eau contient du bicarbonate de soude, du carbonate de chaux, de magnésie, de fer, associé à de l'acide carbonique. Il n'y a aucune raison de refuser l'autorisation demandée. (*Adopté.*)

Chirurgie et médecine légale. — M. *Robert*, en son nom et au nom de MM. *P. Dubois* et *Huguier*, lit un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. *Leprestre*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, professeur de clinique externe à l'École de médecine de cette ville.

« Le 20 août 1853, on présenta, à l'Hôtel-Dieu de Caen, un enfant de deux jours atteinte d'une imperforation complète de l'anus et en proie à de graves accidents. Comme il n'y avait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence, dans la région périnéale, de l'intestin distendu par des matières, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourut de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire à l'établissement d'un *anus contre nature*. Il se décida pour la *méthode de Littre*. Il fit, au-dessus de l'arcade fémorale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui détermina l'issue d'une notable quantité de sérosité citrine; l'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin qui tendait à sortir. Puis, l'indicateur fut à la recherche de l'S iliaque; l'intestin découvert, on l'approcha de l'incision et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet. Une incision longitudinale, faite à l'intestin, donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré, à l'aide duquel on maintint en place l'anse intestinale divisée.

» Les suites de l'opération furent très simples. Dans l'espace de sept mois, on n'observa que le renversement de la membrane muqueuse de l'intestin, qui céda à l'administration de lavements émollients.

» A l'âge de quatorze mois, l'enfant succomba au choléra qui régnait alors épidémiquement.

» A l'autopsie, on trouva que le cul-de-sac rectal s'arrêtait à 35 millimètres du périnée, au-dessus des releveurs de l'anus dont les fibres se réunissaient complétement. De la terminaison de l'intestin partait un cordon qui allait se perdre dans la peau du périnée. Toute la partie de l'intestin comprise entre l'ouverture artificielle et le cul-de-sac rectal était remplie de matières endurcies : c'était bien sur l'S iliaque du côlon qu'avait porté l'incision.

» Telle est l'observation de M. Leprestre. Une circonstance vient ajouter à l'intérêt qui se rattache à ce fait.

» Dans une petite ville du Calvados, un enfant était venu au monde, quelque temps auparavant, avec une imperforation du rectum et avait succombé faute de soins convenables. La mort avait donné lieu à un procès dont la base reposait sur une question de viabilité. Cette question avait été controversée, et le tribunal de Vire avait jugé, contrairement à l'opinion de M. Leprestre, que le vice résultant d'une imperforation du rectum est exclusif de la viabilité. Ce fait ne dut pas être étranger à la détermination que prit M. Leprestre, et le succès justifia sa manière de voir.

» L'observation communiquée à l'Académie soulève : 1° une question de médecine opératoire ; 2° et incidemment une question médico-légale, qui a déjà appelé l'attention de la Compagnie.

» M. Leprestre doit un succès de plus à la méthode de Littre. Mais ce succès est-il de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode, à démontrer qu'elle doit être préférée à toute autre méthode d'entérotomie ? » Telle n'est pas la pensée du Rapporteur.

« La lésion inévitable du péritoine constitue un danger des plus graves dans l'opération de Littre; et, quoi qu'on en ait dit, la péritonite n'est ni moins fréquente, ni moins funeste chez l'enfant nouveau-né qu'aux autres époques de la vie. C'est ce qui résulte des recherches de Billard, de M. Bouchut et de M. Thore. Parmi les causes de la péritonite, M. Thore signale les vices de conformation qui peuvent être un obstacle au cours des matières; et dans toutes les opérations d'anus artificiel, dit M. Robert, que j'ai faites ou vu faire suivant la méthode de Littre, j'ai constaté qu'à l'ouverture du péritoine il s'échappe une certaine quantité de sérosité, témoignage irrécusable de l'hypérémie dont cette membrane est déjà le siége. Le contact de l'air, les manipulations réitérées doivent être, dans ces conditions, des causes puissantes d'inflammation. On peut encore faire à la méthode de Littre d'autres objections : Si l'incision des parois abdominales, premier temps de l'opération, est simple et facile, il n'en est plus de même du deuxième temps, qui consiste à amener au dehors l'S iliaque du côlon. Pendant cette manœuvre, l'intestin grêle se précipite à l'extérieur, et il devient souvent très difficile de le refouler. » Dans un cas de ce genre, M. Robert s'est même vu dans la nécessité de fixer une anse d'intestin grêle pour ne pas prolonger indéfiniment l'opération.

« D'autres difficultés proviennent de la position anormale occupée par le gros intestin. En effet, à cause de la longueur considérable de cette portion du canal digestif, l'S iliaque du fœtus et du nouveau-né décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse iliaque droite; de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne.

» Ce fait, dont l'observation est due à M. Huguier, permet de concevoir comment, ne pouvant trouver le côlon, des chirurgiens habiles ont été conduits à abandonner la recherche de cet intestin et à fixer dans la plaie une anse de l'iléon. Tous ces tâtonnements ajoutent encore aux chances de péritonite.

» L'entérotomie lombaire, dite de *Callisen*, doit-elle être relevée de la défaveur où elle est encore aujourd'hui, et même y aurait-il lieu de la préférer à sa rivale ?

» La méthode de Callisen, perfectionnée par M. Amussat, repose sur la possibilité d'ouvrir le côlon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine. Elle est plus difficile que celle de Littre à cause

de l'épaisseur plus grande des parties à diviser; de plus, en suivant le procédé généralement décrit, on n'est pas toujours certain d'éviter la blessure du péritoine ou de mettre à découvert le gros intestin, sans de longs et périlleux tâtonnements.

» En effet, le côlon peut varier de position, et il n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec sa tunique séreuse : 1° il peut se diriger en dedans, passer en devant du rein, et il devient alors presque impossible de ne pas blesser le péritoine. C'est la même anomalie qui expose à saisir l'intestin grêle, comme M. Gosselin l'a observé deux fois dans des expérimentations sur le cadavre. 2° Le péritoine, derrière le côlon, s'adosse quelquefois à lui-même et forme un petit méso-côlon qu'il est facile de déchirer. Toutefois, d'après mes recherches, cette disposition serait assez rare chez l'enfant nouveau-né.

» En présence de ces faits, je conçois l'hésitation des praticiens qui, entre deux voies semées d'écueils, continuent à suivre celle dont ils ont le plus l'habitude. J'ai fait quelques recherches anatomiques sur des cadavres d'enfants mort-nés ou ayant succombé deux ou trois jours après la naissance, avant que le méconium ait été évacué. Cette réserve m'a paru nécessaire parce que j'ai observé que le volume, la longueur et la position du gros intestin se modifient très rapidement après la naissance. Or, il m'a été donné d'observer deux faits importants : d'un part, c'est que le côlon descendant est d'autant moins enveloppé par le péritoine qu'on l'examine plus près de la base de la poitrine et plus près du coude que forme l'arc du côlon pour devenir côlon descendant. D'une autre part, c'est que, dans les cas de déviation, le côlon descendant conserve sa position normale en haut. Il en résulte que, pour éviter la lésion du péritoine, l'ouverture de l'intestin devra être faite très près du rebord des fausses côtes et non pas au milieu de l'espace compris entre la base de la poitrine et la crête iliaque. L'incision étant faite au lieu que j'indique, on aperçoit une portion de la face postérieure du rein, et, immédiatement en dehors, l'intestin distendu par le méconium.

» La méthode de Littre est seule applicable à un vice de conformation dont M. Depaul a montré deux exemples à l'Académie, à l'oblitération de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. Dans les cas de cette espèce, il faut chercher l'iléon à travers la région de l'aine et l'ouvrir. M. Depaul est arrivé à reconnaître l'existence de cette oblitération intestinale à l'aide des signes suivants : conformation normale de l'anus et du rectum ; possibilité d'administrer des lavements qui n'entraînent qu'une petite quantité de mucus ; possibilité d'introduire assez profondément dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces; matières vomies promptement colorées par le méconium ; gonflement peu considérable du ventre.

» J'arrive à la question médico-légale, celle de la viabilité dans les vices de conformation.

» Dans un procès, en appel devant la cour de Rennes, où il s'agissait de graves intérêts de succession, le fait qui nous est communiqué par M. Leprestre n'a pas été étranger à une transaction entre les parties. Les cas de ce genre ont été trop rarement observés pour avoir pu fixer l'attention des jurisconsultes, et les recueils des arrêts de la cour de Cassation ne contiennent rien qui s'y rapporte. Enfin, les médecins légistes ne les ont pas tous interprétés de la même manière.

» Les articles 725 et 906 du Code Napoléon disent que, pour succéder ou jouir du bénéfice d'un testament ou d'une donation, l'enfant doit être né viable. Or, la viabilité n'est pas définie par la loi. La science traduit viabilité par *aptitude à parcourir les phases diverses de la vie*.

» La question de viabilité ne saurait être posée tant qu'un enfant est vivant ; car il y a toujours alors présomption de viabilité. Si l'on remédie par une opération quelconque à un vice de conformation dont il est affecté et qu'on réussisse, la viabilité lui est définitivement acquise. Ce n'est donc que quand l'enfant a succombé que cette question doit être posée. Or, les vices de conformation peuvent se présenter sous deux conditions différentes : 1° Tantôt la science possède des moyens faciles, certains, exempts de danger, capables de les traiter ou de les guérir, telles sont l'imperforation du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, etc. ; tantôt les ressources de l'art sont incertaines, c'est-à-dire que le praticien n'est pas toujours sûr de réussir, parce que l'opération offre des dangers ou que les procédés opératoires ne présentent pas le même degré de certitude que dans le premier cas. Telle est l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum.

» Dans cette double hypothèse, trois cas peuvent se présenter : 1° l'enfant meurt sans avoir été opéré, soit par incurie des parents, soit par absence ou timidité des hommes de l'art ; 2° l'enfant a succombé après l'opération, soit à des accidents inhérents à l'opération elle-même, soit à des complications imprévues et qui d'ailleurs sont communes à tous les actes de la chirurgie, soit enfin à ce que l'opération n'a pas été pratiquée en temps utile ; 3° l'enfant succombe avant l'opération à des causes étrangères au vice de conformation dont il est affecté. Tels seraient un accident, une maladie intercurrente, etc.

» Deux solutions opposées se trouvent en présence pour chacun de ces cas : 1° Une opinion partagée par quelques jurisconsultes est la suivante : « Doit être seulement déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irrémédiable. Mais si, par une opération quelconque, on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait de grands dangers, l'enfant doit être déclaré viable. » 2° Une opinion opposée a été soutenue par M. Devergie. « Il faut, dit-il, juger les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes. » Partant de ce fait, qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, il dit « que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant, qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable ; mais il n'en doit pas être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation : alors le fait doit être jugé, non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leurs applications et leurs résultats, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même. » Ainsi, selon M. Devergie, en ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance, et d'après les résultats qu'elle doit forcément amener quand elle est abandonnée à elle-même, en laissant aux enfants, que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés, les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines à la fois justes et précises.

» Entre ces deux opinions, nous n'hésitons pas à adopter la première. En effet, si l'on subordonnait la question de viabilité aux conditions sociales de l'enfant, aux éventualités des suites d'une opération, etc., on arriverait à des conséquences opposées à toute idée de justice et à l'esprit même de la loi. C'est ainsi qu'un enfant né dans l'aisance, à même de recevoir des soins médicaux éclairés, venant au monde avec une imperforation de l'anus, que l'art peut immédiatement guérir avec un simple coup de lancette, cet enfant sera viable, parce qu'il sera secouru ; tandis que, né dans des conditions sociales opposées, il ne sera pas viable ! Évidemment, il nous serait impossible de déclarer devant les magistrats qu'un vice de conformation si léger, et auquel il est si facile de porter remède, puisse exclure la viabilité.

» Ce fait étant admis, nous arrivons aux cas les plus complexes et les plus graves, tels que l'absence de l'extrémité du rectum ou celle du même intestin dans la plus grande partie de son étendue. Or, dans ces cas, la méthode de Littre, celle de Callisen modifiée par Amussat, ont déjà produit assez de succès pour que le praticien soit toujours autorisé à faire ces opérations, et soit même blâmable de ne pas les tenter. Nous leur appliquerons donc les mêmes raisonnements qu'aux précédents, et nous dirons que le bénéfice de la viabilité nous semble devoir leur être acquis.

» Mais il n'en est plus de même lorsque l'altération organique est au-dessus des ressources de l'art, soit parce que celui-ci n'a pas encore trouvé de moyens d'y remédier, soit parce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats négatifs.

» Pour nous résumer nous dirons donc : 1° que l'on ne doit

pas faire dépendre la viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la prudence de l'homme de l'art, etc.; 2° que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir ; 3° qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable, quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à remplir ce but puissent être suivies d'accidents graves ou même de la mort.

» En terminant ce rapport, nous vous proposons d'adresser à M. Leprestre des remercîments pour sa communication et d'appeler sur ce chirurgien l'attention de la commission chargée des candidatures aux places vacantes de membres correspondants. »

Discussion.

M. *Velpeau* distingue deux sortes de lésions intestinales chez les enfants nouveau-nés : 1° L'imperforation pure et simple de l'anus, à laquelle il est facile de remédier par une petite incision qui, divisant la peau au niveau de l'extrémité inférieure du rectum, rend à l'intestin sa liberté, donne issue au méconium et place l'enfant dans les conditions ordinaires de la vie, en lui restituant l'anus dans la place même qui lui appartient. 2° L'oblitération d'une étendue plus ou moins grande du rectum ou d'une portion quelconque de l'intestin, pour laquelle il convient de pratiquer un anus artificiel dans une région plus ou moins éloignée de la place de l'anus normal. Cet organe contre nature ne constitue-t-il pas une nouvelle infirmité qui rend la vie à charge et qui trouble nécessairement les fonctions digestives?

Or, je me demande, dit M. Velpeau, si une opération de ce genre peut placer un enfant dans des conditions certaines de viabilité. Vous prolongerez sa vie de quelques heures, de quelques jours, de quelques mois peut-être, mais l'aurez-vous rendu apte à fournir une longue carrière? Je ne le crois pas. Pour mon compte, j'ai pratiqué un certain nombre d'opérations d'anus artificiel chez des nouveau-nés ; l'opération m'a réussi dans cinq ou six cas, mais j'ai perdu de vue les enfants, et je doute qu'ils aient vécu longtemps après l'opération.

La même opération a été exécutée bien des fois par d'autres chirurgiens ; et, quelle qu'ait été la méthode employée, celle de Littre ou celle de Callisen, je ne sache pas que les sujets aient vécu au delà de deux ans. Je n'en connais point qui soient arrivés à l'âge adulte avec un anus dans le flanc ou dans la région de l'aine. Aussi, jusqu'à ce que l'expérience soit venue me démontrer le contraire, je ne crois pas qu'une pareille opération puisse devenir pour un enfant affecté d'un vice de conformation de l'intestin une présomption suffisante de viabilité.

M. *Robert.* J'avoue que la majeure partie de ces opérations n'ont été le plus souvent que palliatives. Elles ne fournissent aux enfants sur lesquels on les pratique que des chances de vie assez douteuses. Pourtant nous ne devons pas oublier le cas rapporté par Duret, d'un enfant qui parvint à l'âge adulte après avoir subi l'opération de l'entérotomie par la méthode de Littre, et prolongea même sa vie jusqu'à trente-sept ans. Le jeune enfant d'un consul étranger, que M. Amussat avait opéré par la méthode de Callisen modifiée, jouissait encore d'une bonne santé cinq ans après l'opération. Enfin M. Maisonneuve vous a présenté, il y a quelque temps, un enfant opéré par la même méthode, et chez lequel les suites immédiates de l'opération avaient été fort avantageuses. Je sais que depuis peu, malheureusement, ces bons résultats se trouvent compromis par un énorme renversement de l'intestin qui forme une grosse hernie difficile à maintenir réduite. C'est là un accident assez commun, il est vrai, mais auquel l'art trouvera sans doute un remède.

Je ne saurais donc partager l'espèce de découragement qu'a manifesté M. Velpeau. L'art n'a pas dit son dernier mot. J'ai confiance dans l'avenir, et j'espère que les progrès de la chirurgie multiplieront les cas de succès durable après l'opération de l'anus artificiel chez les enfants nouveau-nés, et ajouteront d'autres faits heureux d'entérotomie à celui qui nous a été transmis par Duret.

M. *Larrey.* M. Robert a cité un cas d'entérotomie tiré de la pratique de M. Amussat. Je puis en rappeler un autre qui appartient au même chirurgien. En 1839, je suppléais M. Cloquet à l'hôpital des Cliniques : on me présenta un enfant affecté d'une oblitération presque complète du rectum. M. Amussat lui pratiqua, sur ma demande, l'opération de l'anus artificiel suivant le procédé qu'il venait d'imaginer. Je sais que l'enfant a survécu plus de cinq ans à cette opération.

Quant à l'enfant qu'a opéré M. Maisonneuve, il a été présenté à la Société de chirurgie. Nous avons constaté, au niveau de l'incision, une invagination, ou mieux un *diverticulum* de l'intestin, formant comme deux tumeurs herniaires qu'il nous fut impossible de soumettre à une réduction permanente. M. Maisonneuve se propose de tenter une nouvelle opération pour remédier à cet accident.

J'incline à penser, comme M. Velpeau, que les chances de viabilité sont bien faibles pour un enfant qui a subi l'opération de l'entérotomie.

M. *Trousseau.* Certes M. Robert a soulevé là une grave question de médecine légale, et je suis fort étonné du silence de M. Adelon, dont l'autorité aurait tant de poids en pareille matière.

Il me semble qu'il y a deux éléments à distinguer dans la question générale de la viabilité. En effet, la viabilité n'est-elle pas subordonnée d'une part à la nature de la lésion dont l'enfant est atteint, et, d'autre part, aux conditions sociales au milieu desquelles il naît?

L'enfant vient au monde avec un vice de conformation incompatible avec la vie et contre lequel l'art est impuissant : qu'on fasse ou non une tentative d'opération, l'enfant n'est pas viable, il mourra dans un délai plus ou moins court.

Mais maintenant je suppose un vice de conformation de peu d'importance, comme l'imperforation pure et simple de l'anus, qu'un coup de lancette ou de bistouri peut guérir. Dans ce cas, de deux choses l'une : ou il y aura là un homme de l'art pour reconnaître la lésion et pratiquer cette incision qui doit sauver les jours de l'enfant, ou bien la famille sera éloignée de tout secours médical, et l'enfant voué ainsi à la mort.

Dans la première hypothèse, l'enfant est viable, dans la seconde il ne l'est point. Selon moi, un enfant qui naît avec un vice de conformation léger, qui n'est point nécessairement mortel et auquel peut remédier une opération, un tel enfant, dis-je, ne doit être réputé viable que s'il a subi l'opération.

Mais comme avant tout et toujours il faut assurer l'état civil de l'enfant, les tribunaux le déclarent viable s'il a vécu, ne serait-ce que quelques instants, et il est apte à hériter.

M. *Adelon.* La loi ne définit point la viabilité, et il n'appartient pas non plus aux médecins de la définir. La question de viabilité ne se résout qu'après la mort, et devant les tribunaux le médecin expert doit se contenter de dire ce qui est de sa profession. En chaque espèce ce sont les magistrats qui jugent de ce qui constitue la viabilité ou la non-viabilité.

M. *Depaul.* Je ne partage guère la préférence que M. Robert a accordée à la méthode de Callisen. Il existe souvent chez les enfants de telles dispositions anatomiques de l'intestin, qu'il est difficile d'atteindre le côlon par cette méthode ou d'aller à sa recherche sans léser le péritoine. D'ailleurs, dans les cas où l'oblitération intestinale s'étend au delà du côlon, ou quand elle occupe la dernière moitié de l'iléon, quelle ressource tirera-t-on de l'entérotomie lombaire?

Il me paraît donc essentiel de résoudre avant tout la question relative au siége précis de l'oblitération. M. Robert a bien indiqué quelques-uns des signes que j'ai donnés pour éclairer ce diagnostic ; mais il en a omis de très importants, et que je me contenterai de rappeler ici, en ayant montré, dans une autre circonstance, toute la valeur : je veux parler des signes fournis par la percussion de l'abdomen.

M. *Laugier* est d'avis qu'un enfant atteint d'un vice de conformation facilement curable par une opération chirurgicale, comme

une imperforation du prépuce, du méat urinaire ou de l'anus, peut et doit être d'emblée déclaré viable, puisqu'il suffit d'une incision pour le faire rentrer dans les conditions ordinaires et normales de la vie. Il n'en est plus ainsi dans le cas où le médecin est appelé trop tard, et où ces lésions ont déjà provoqué les accidents mortels qui en sont la suite inévitable si l'art n'intervient point. Mais M. Laugier ne pense pas qu'on puisse regarder comme viable un enfant qui serait atteint d'une oblitération assez étendue du rectum pour qu'il devînt nécessaire de pratiquer une opération compliquée et douteuse dans ses résultats, telle que celles de Littre ou de Callisen.

M. *Trousseau* s'élève contre cette opinion. Il ne veut pas qu'on mesure la viabilité à l'étendue de la lésion; car alors on n'a rien de précis, rien de certain, et plus de règle pour se conduire et fixer son opinion. Il y a des cas de non-viabilité absolue qui ne sauraient être subordonnés aux chances d'une opération: telle serait l'oblitération de la plus grande étendue de l'œsophage. Un enfant né dans ces conditions n'est pas viable, lors même qu'un chirurgien, par impossible, parviendrait au moyen d'une opération à prolonger sa vie de quelques heures ou de quelques jours.

M. *Moreau* se range à l'opinion de M. Adelon. Je ne donnerai pas mon avis, dit-il, sur cette question; mais je demande à l'Académie la permission de lui rapporter un fait qui lui révélera l'opinion des jurisconsultes sur la viabilité. Je me souviens d'avoir assisté, au moment de ses couches, la fille d'un illustre magistrat de Paris. L'enfant était venu avant terme; il n'avait que six mois; il vécut quelques heures; mais je déclarai qu'il ne tarderait pas à succomber. Alors, m'adressant au magistrat, je lui demandai si cet enfant, né dans de telles conditions de non-viabilité pouvait hériter. « Sans doute, repartit le magistrat; il vit; aux yeux de la loi il est viable; il hérite. »

J'ajouterai, en terminant, que je n'ai jamais vu vivre au delà de quelques jours les enfants auxquels j'ai pratiqué des opérations d'entérotomie, soit par la méthode de Littre, soit par celle de Callisen.

M. *Bussy, président*, met aux voix la clôture de la discussion.

L'Académie, consultée, vote pour la clôture et adopte les conclusions du rapport de M. Robert.

ANTHROPOLOGIE. — M. *Baillarger* présente à l'Académie une jeune négresse de douze à quinze ans, atteinte de microcéphalie au dernier degré. Cette jeune fille, née, à Porto-Rico, d'une femme mère de trois autres enfants également microcéphales, se fait remarquer par la régularité parfaite de ses formes, l'harmonie de ses membres et le développement relatif de ses facultés intellectuelles. Elle n'a non plus ni la pétulance des idiots, ni certains vices de conformation qui sont ordinaires aux crétins. Bien qu'elle ait été menstruée deux fois, on ne trouve pas chez elle vestige de glandes mammaires. Suivant M. Oudet, elle a la dentition d'un enfant de dix à onze ans.

M. Baillarger se propose de communiquer prochainement une note détaillée sur cette jeune microcéphale.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *O. Reveil* lit le résumé d'un mémoire intitulé : *Recherches sur l'opium*. Dans ce travail, l'auteur passe en revue et étudie comparativement tous les procédés d'essai des opiums connus. Il donne la préférence au procédé de M. Guillermond, et il indique les modifications qu'il a cru devoir lui faire subir pour lui enlever toutes ses causes d'erreur.

M. Reveil a fait aussi l'analyse des produits de la combustion de l'opium. Il a démontré que la morphine n'était pas volatile, et qu'elle ne passait pas à la distillation, lorsqu'on chauffait l'opium en vase clos, et que les fumées de l'opium n'en contenaient pas.

Les produits qui se dégagent lorsqu'on brûle l'opium sont : 1° les goudrons, le carbonate et le cyanhydrate d'ammoniaque, l'acide méconique ou pyroméconique; 2° des produits gazeux, entre autres l'hydrogène bicarboné et l'oxyde de carbone. (*Comm.*: MM. Caventou, Trousseau, Chevallier.)

La séance est levée à cinq heures.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie générale, par M. le professeur CHOMEL, 4e édition, considérablement augmentée, 1856. 1 vol. gr. in-8, de 700 pages. Paris, chez VICTOR MASSON.

Instituts de médecine pratique, de J.-B. BORSIERI, de Kanilfeld, traduits, et accompagnés d'une **Étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine**, par le docteur PAUL-ÉMILE CHAUFFARD, médecin en chef des hôpitaux de la ville d'Avignon (Fièvres et maladies exanthématiques), 1856, 2 vol. gr. in-8. Paris, chez VICTOR MASSON.

Lettres sur le vitalisme, par le docteur P.-E. CHAUFFARD, 1856; brochure in-8 de 152 pages. Paris, chez VICTOR MASSON.

Défense de l'hippocratisme moderne contre les attaques du professeur Lordat, et réfutation du système des deux âmes dans l'homme, plus connu sous le nom de double dynamisme humain, par le docteur CAYOL. In-8 de 34 p. Paris, VICTOR MASSON.

Etudes sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par le docteur J.-C. FAGET (de la Nouvelle-Orléans); ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, 1856. 1 vol. gr. in-8. Paris, chez VICTOR MASSON.

(Suite. — Voir le numéro 23, t. III.)

Réservant, comme nous le disions plus haut, la question grave en soi, mais ici secondaire, de l'essence de la cause qui détermine l'unité et la spécificité de l'être vivant (1), laissant chacun opter entre les expressions d'âme, de principe vital, de vie, de nature, et ne nous attachant qu'à la force confessée dans toutes ces expressions, nous disons que celui qui, comme nous, ne saurait comprendre l'homme sans une telle force, doit bien réfléchir sur les attributs dont il la dotera; car il déclarera du même coup le caractère de sa doctrine en physiologie et en pathologie. Très certainement, s'il en fait l'agent direct et immédiat des mouvements par lesquels s'accomplissent les fonctions de l'organisme, par lesquels se constituent, se développent et se jugent les maladies, il appartient tout entier au vitalisme; de gré ou de force il marche avec Barthez, avec Fr. Bérard, avec M. Lordat, avec M. Cayol. Mais c'est notre conviction profonde que le principe vitaliste, tel que la GAZETTE HEBDOMADAIRE l'a défini, n'a pas nécessairement une semblable portée; et nous répondrons en le démontrant au reproche capital que nous adresse M. Chauffard.

L'histoire de la science est, sous ce rapport, des plus instructives. La philosophie et la médecine ont roulé sur la même pente. Aristote pose cet axiome, que *la forme est l'essence même de chaque être* (*Métaphysiq.*, liv. VII). La matière ne donne, comme il le dit, qu'un *monceau*; elle ne donne l'être que sous l'action d'une cause qui fait passer la substance de la virtualité à l'acte, et qui est l'essence de l'être. C'est cette cause, c'est cette essence qu'il appelle *forme substantielle*, appliquant cette expression de *forme*, εἶδος, au principe même qui détermine les espèces dans le genre, *species in genere*. Cette doctrine, disons-nous, est établie par Aristote avec sa profondeur de sagesse accoutumée; mais, quand elle arrive entre les mains des scolastiques, elle sert de prétexte aux plus subtiles distinctions, aux hypothèses les plus arbitraires, sur la diversité des

(1) Depuis notre dernier article, M. le docteur Ch. Labonverie, médecin de l'hospice de Charleville, a bien voulu nous adresser, avec une lettre dont s'honorent nos opinions, une brochure intitulée : CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA FORCE VITALE (1855). Une partie de cette importante brochure est consacrée à établir l'existence, non-seulement distincte, mais physique, du principe de la vie. C'est le développement hardi d'une vue que nous n'avons fait qu'indiquer. Nous regrettons que l'objet auquel nous avons dû réduire le présent article ne nous permette pas de profiter d'un secours qui nous eût été précieux. A. D.

êtres et de leurs modes. De même, entre les mains des médecins, la force spécifique et simple de l'organisme s'est transformée, ici en une sentinelle attentive, intelligente, en lutte permanente avec les agents extérieurs, toujours armée contre eux, tantôt triomphante et tantôt vaincue, dirigeant les crises et gouvernant la solution des maladies ; là en un composé de facultés, de petites puissances distinctes, ayant chacune ses attributions dans l'économie, présidant à la sensibilité, à la motilité, à la contractilité, et constituant, au sein de l'être vivant, comme une sorte de cour olympique avec de grands et de petits dieux.

Voilà ce qu'on ne se contente pas de croire, ce qu'on déclare imposé par la logique à la foi vitaliste, et contre quoi nous protestons du sein même du vitalisme.

La question, dans les termes généraux où nous la posons et où il suffit de la poser, se réduit à chercher d'où vient la *réaction ;* car la réaction du système vivant contre les causes morbifères est le dogme fondamental de la pathologie vitaliste. Quand M. Cayol définit la maladie : *une fonction accidentelle ou anormale de l'organisme*, il n'entend par fonction accidentelle ou anormale rien autre chose que la réaction. C'est aussi, on l'a vu, la réaction qui constitue la nature propre, ou, si l'on veut bien nous passer ce mot de l'école, la *quiddité* de la maladie, dans la définition de M. Chauffard ; et M. Faget se borne à répéter M. Cayol. Qu'on ne dise pas que la théorie de la réaction n'est pas en cause, qu'il importe seulement de savoir si elle existe et non comment elle se produit. On voit, au contraire, si l'on y prend garde, que l'interprétation du fait est le fondement de la querelle qui divise et divisera sans doute à jamais les médecins. Les organiciens les plus déterminés ne nient pas la réaction ; ils en parlent autant que qui que ce soit ; seulement ils la déduisent des propriétés de tissus. Or, c'est cette attribution qu'on leur conteste, dont on veut dépouiller les propriétés organiques pour la reporter plus haut, — au principe vital, dans le langage de M. Lordat, à la force vitale, dans le langage de M. Cayol et de M. Faget, à la vie, dans celui de M. Chauffard. Le développement de cette pensée tient une bonne place dans les *Lettres* que ce dernier a bien voulu nous adresser.

Donc, encore une fois, ce dont il s'agit surtout entre la pathologie vitaliste et la pathologie organicienne, c'est de savoir quel est le principe de la réaction. Heureusement, nous n'avons pas devant nous en ce moment cette classe de médecins qui accordent tant au principe vital et si peu à l'organisme, que le premier franchit, pour ainsi parler, le second comme un espace vide, pour se mettre directement en rapport avec la nature extérieure. Ceux dont nous annonçons ci-dessus les ouvrages sont des esprits modérés et réfléchis ; leur maître avoué, M. Cayol, quoique animiste, est assurément le plus sage des vitalistes; mais aussi, et par cette raison même, nous ne sommes pas surpris qu'on le trouve, dans un autre camp que le nôtre, un peu bien tiède, un peu bien timide. A l'encontre des vitalistes de tout à l'heure, il fait la part si grande aux organes dans la maladie, que la force vitale est bien près de rester inoccupée. A ses yeux, en effet, si cette force préside à la réaction accidentelle et anormale qui constitue la maladie, aussi bien qu'à la réaction normale qui constitue l'état de santé, ce sont les centres nerveux et le cœur qui sont *les agents* de la réaction générale ; ce sont les nerfs et les vaisseaux de la partie affectée qui sont *les agents* de la réaction locale. M. Chauffard est moins explicite ; il parle de facultés multiples de la force vitale, préposées aux diverses fonctions et s'exerçant dans la réaction morbide aussi bien que dans l'action physiologique. Mais, au fond, pour l'un comme pour l'autre, le principe de la réaction est dans l'activité vitale et les organes en sont l'instrument. Eh bien, M. Cayol l'a dit, « c'est une règle de la sagesse et partant de la saine philosophie, qu'il ne faut multiplier les êtres ni les hypothèses sans nécessité. » Ne crée-t-on pas une hypothèse inutile, et se rend-on bien compte des obscurités où l'on s'engage, en voulant que la réaction soit commandée par une force et exécutée par d'autres? Car les propriétés de tissu mises en jeu, la contractilité du cœur et des vaisseaux, par exemple, deviennent des forces. Prétend-on que ces propriétés sont simplement des expressions particulières, des émanations, des facultés de la force générale (peu importe la dénomination)? Où est la preuve ? Où est le premier élément de démonstration? Nous disons, nous, que les propriétés de tissu sont un résultat de l'organisation, et nous en donnons pour témoignage la notion précise des conditions organiques auxquelles certaines d'entre elles sont attachées, et la possibilité de les anéantir en changeant ces conditions : la possibilité, par exemple, de rendre un muscle insensible ou immobile en le privant de tel ou tel filet nerveux. A cet argument si naturel, nos adversaires sont obligés d'opposer une supposition gratuite et médiocrement intelligible, à savoir, que le filet nerveux, au lieu d'être l'agent direct et la cause visible de la sensibilité, est seulement une condition dont la force vitale a besoin pour rendre le tissu sensible. Accorde-t-on que la propriété est un produit immédiat de l'agencement des parties? Autre embarras. Il faut maintenant que la force vitale ait modifié, altéré le tissu, pour que ses propriétés soient exaltées, amoindries ou perverties. De sorte que, une épine entrant dans les chairs, ce n'est point parce que le tissu est déchiré, parce qu'il est anormalement impressionné par un corps étranger, que la réaction a lieu, mais bien parce que la force vitale est intervenue, qui a mis en mouvement les tissus, lesquels ont subi une exaltation de leurs propriétés, laquelle a déterminé enfin la réaction ; sans compter que si, d'aventure, celle-ci devient générale, ce jeu compliqué se continue dans tout l'organisme. En un mot, du moment où l'on reconnaît que la réaction, générale ou locale, a pour agents les nerfs et les vaisseaux, on lui assigne pour cause efficiente la mise en jeu des propriétés de tissu, et alors, ce dont ces propriétés rendent parfaitement compte toutes seules, c'est-à-dire la rougeur, l'élévation de température, l'exaltation de la sensibilité, etc., il faut en faire indirectement honneur à une force occulte.

Ce n'est pas tout. Cette réaction locale dont on parle si aisément est par elle-même une difficulté de la pathologie vitaliste, de celle surtout que professe l'hippocratisme moderne. Ceux qui admettent un principe vital concret, matériel, divisible, n'éprouvent aucun embarras à charger ce principe d'actions et de réactions circonscrites à un lieu déterminé. Ils se trouvent, à cet égard, dans une position analogue à celle de l'organicien qui, ne voyant dans ce travail que l'exercice de certaines propriétés organiques, le comprend aussi bien dans la partie que dans le tout. Mais si la force vitale est une et indivisible, elle se met en contradiction, ce semble, avec les attributs de sa nature en exerçant des actions isolées ; car voilà quelque chose d'un, qui se partage, qui augmente d'un côté et diminue de l'autre ; et, comme c'est le propre des vitalistes de ne pas vouloir d'une simple dichotomie, quoique leur propre principe nous paraisse les y condamner autant au moins que les organiciens, voilà une substance simple qui s'altère et altère l'organisme. On a beau dire que la vie ne se sépare pas de l'organisme, et que celui-ci n'est, suivant une expression de l'un des auteurs, *ni cause ni effet*. C'est une manière de supprimer la difficulté et non de la résoudre. La vie inhérente à une portion isolée de l'économie est, nous le répétons, le résultat d'un principe vital divisible ou le résultat de l'organisation elle-même.

Le grand argument de la pathologie vitaliste est tiré de l'unité des maladies. M. Chauffard y insiste, contre nous, avec beaucoup de chaleur et d'habileté. La maladie, que M. Cayol définit une fonction anormale, est, pour le médecin d'Avignon, un acte ou une série d'actes ayant un but déterminé. Ce sont deux formes de la même pensée. Pour nous, il faut bien que nous en fassions l'aveu, nous cherchons en vain dans la maladie ces signes auquels se reconnaîtrait la détermination d'un but, et cette convenance des moyens et du but sans laquelle il n'y a pas d'acte proprement dit. Nous savons bien que la réaction, quelle qu'en soit la cause, tend parfois, — souvent, si l'on veut, — à l'élimination des principes morbifères ; mais outre que cela n'implique en aucune manière l'intervention de la force vitale, ainsi que nous le dirons, combien de désordres n'apparaissent à des yeux sans prévention, que comme une perturbation pure et simple des mouvements organiques, sans but appréciable, sans le moindre effort de conservation ! Des molécules s'amassent en excès dans un viscère, et l'on a une hypertrophie incu-

rable; la nutrition ne se fait plus dans une partie ou la totalité du système musculaire, et l'on a cette atrophie progressive à laquelle il n'y a pas de remède. Ailleurs, la nature d'un tissu se transforme; ce qui était charnu devient fibreux, ce qui était celluleux devient graisseux. On pourrait citer des milliers d'exemples analogues. Cela ne veut pas dire que l'unité de la maladie n'existe pas; mais c'est en un autre sens. Ce qui fait l'unité de la maladie, c'est la cause morbigène. Un agent déterminé engendre nécessairement dans l'organisme une série de phénomènes dont le caractère, dont la succession, dont la durée, sont corrélatifs tout à la fois à la cause productrice et au milieu dans lequel cette cause agit. C'est la loi de tous les phénomènes de la nature, et non exclusivement de ceux de l'organisme vivant.

Ce qui précède indique déjà la nature des considérations qui nous portent à ne pas épouser la pathologie vitaliste, tout en obéissant à la nécessité logique de reconnaître une cause génératrice de l'organisme. Cette cause c'est l'εἶδος, d'Aristote, c'est la cause de l'être, c'est la *forme substantielle*. Nous l'avons toujours définie ainsi, et M. Chauffard rapporte même le passage qui contient cette définition. Or, l'essence même d'une telle force est une première raison de ne pas l'engager légèrement dans les vicissitudes de l'état morbide; car la forme substantielle est stable de soi, et l'état morbide implique variations, additions, soustractions, altérations. Nous avons ajouté que cette force était conservatrice, et notre distingué contradicteur essaie de tirer de cette assertion des conséquences qui n'en viennent, ce nous semble, ni directement, ni indirectement; car, fidèle à notre pensée, nous avions ajouté que ce que nous demandions à la force pour être conservatrice, c'était simplement « de continuer son action pendant toute la durée de l'être », c'est-à-dire de faire que la machine dure, qu'elle dure dans les conditions où elle a été formée et offre, pour l'exercice des fonctions, digestion, nutrition, hématose, etc., une ordonnance toujours la même. Mais cela ne signifie nullement que ces fonctions elles-mêmes, dans leur objet propre, soient subordonnées à la force vitale; cela ne signifie pas que, si les fonctions se dérangent, si les aliments sont mal digérés, si un membre s'atrophie, si le sang contient trop de carbone, la force vitale s'applique à réparer ces désordres. M. Chauffard n'a pas pris garde que le passage qu'il nous rappelle: « *il s'agit de savoir comment la molécule* vit, sent, se meut, *sans y être sollicitée autrement que par une force interne* » exprime un postulat de la pathologie vitaliste et non de la nôtre (1).

Ainsi, notre force vitale détermine l'être et le continue; mais cet être est un organisme; mais à la disposition matérielle de ses parties sont attachées certaines propriétés qui peuvent s'exalter, s'affaiblir, s'annihiler, et qui ont des relations prédéterminées avec les objets extérieurs. De plus, cet organisme ne se soutient et ne fonctionne régulièrement qu'à de certaines conditions physiques et chimiques; les parties mêmes qui entrent dans sa composition peuvent subir des altérations de toute nature. En voilà assez, quoi qu'on en dise, pour expliquer la pathologie entière. Qu'un agent incompatible, venu du dehors ou formé au dedans, touche l'organisme, en un seul point ou, par le sang, dans toute son étendue; ou bien que, par un procédé quelconque, les tissus à l'agencement desquels sont attachées les propriétés viennent à subir une modification quelconque, et la maladie en résulte sans autre influence, tout aussi naturellement, tout aussi complétement, qu'avec l'adjonction du principe vital. Ce travail de l'organisme, local ou général, que nous appelons aussi réaction, peut être éliminateur, et, par suite, conservateur; qui le nie? Mais en quoi cela implique-t-il l'intervention d'une autre force? Pourquoi les propriétés vitales qui, après tout, suffisent à l'épuration physiologique et permanente du corps, seraient-elles impuissantes à en chasser les substances incompatibles? Le secret de cette incompatibilité n'est pas ici en cause. Si vous me renvoyez, pour l'interprétation des mouvements conservateurs de l'organisme, des propriétés de tissu à la force vitale, je puis vous renvoyer plus haut encore, à la source de toute harmonie, à Dieu.

(1) La même méprise a eu lieu, si nous avons bien compris, au sujet d'un autre passage sur l'organicisme. (*Lettres*, etc., p. 135.)

Enfin, nous ne pouvons nous rendre à l'argument emprunté par M. Chauffard à l'*invariabilité*, à la *fatalité* des propriétés organiques. Il nous semble qu'on ne peut rien en dire sous ce rapport qui ne puisse se dire aussi d'une force plus haute, et dont la pathologie ne puisse s'arranger. Mais il y aurait là matière à de longs commentaires, que le défaut d'espace ne nous permet pas.

Nous avions, dans nos premiers articles, appelé à notre aide la comparaison d'une machine à vapeur avec la machine humaine. M. Chauffard s'en sert également à son profit. Le procédé paraissant bon, nous y revenons et voilà en deux mots notre pensée. La force motrice, c'est la force vitale; les roues, les ressorts, sont les organes chargés des principales fonctions. Le pathologiste vitaliste ressemble à un mécanicien qui, voyant sa locomotive dérailler par suite du bris d'une roue ou d'un ressort, s'en prendrait à la vapeur et prétendrait raccommoder les choses en activant ou en ralentissant le feu. Ceci soit dit sans malice aucune.

Il n'a pas dépendu de nous d'abréger ces explications; mais nous n'oublions pas que nous devons parler à nos lecteurs des ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, de M. Chomel, et des INSTITUTS DE MÉDECINE PRATIQUE, de Borsieri. Nous demandons, en faveur de l'importance du sujet et de l'autorité des auteurs, qu'on veuille bien nous permettre un troisième article.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

V.

VARIÉTÉS.

Por décret en date du 7 mars, deux concours pour des places d'agrégés stagiaires sont ouverts à la Faculté de médecine de Paris :

1° Concours pour deux places en anatomie et deux places pour les sciences physiques.

Il commencera le 2 novembre. La liste d'inscription sera close irrévocablement le 1[er] septembre 1856, à quatre heures de relevée.

2° Concours pour cinq places en médecine et en médecine légale, et quatre places en chirurgie et en accouchements.

Il commencera le 2 janvier 1857. La liste d'inscription sero close irrévocablement le 1[er] novembre 1856, à quatre heures de relevée.

— M. le docteur Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, vient de prendre le service, comme chirurgien titulaire, à l'hospice des Enfants-Trouvés, en remplacement de M. le docteur Sarraméa, dont les fonctions étaient expirées.

— Par décision de la commission administrative des hôpitaux de la même ville, M. le docteur Oré, professeur à l'École de médecine, a été nommé chirurgien-adjoint à l'hospice des Enfants trouvés.

— La pellagre devient chaque année de plus en plus endémique dans certaines parties du département de la Gironde. Aujourd'hui elle envahit un grand nombre de communes, en particulier celles de Lourtins, Carcans, Lacanau, Sainte-Hélène, Saumos, le Porge, et plusieurs autres de l'arrondissement de Bazas. M. le préfet de la Gironde a confié à M. le docteur Henri Gintrac la mission de visiter ces diverses localités, afin d'y constater le degré de fréquence et de gravité de la pellagre, et de rechercher les moyens d'en arrêter le développement. (*Journ. de médecine de Bordeaux.*)

— La Cour de cassation (chambre des requêtes) a, dans sa séance du 16 de ce mois, admis le pourvoi de M. le docteur Andreux contre la ville de Bar-le-Duc (réquisition des médecins en cas d'épidémie). Une consultation a été rédigée par M[e] Paillard de Villeneuve, et approuvée de plusieurs notabilités du barreau.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 1er AOUT 1856. N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 juillet 1856, ont été chargés de présider les sections d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain (Réceptions des officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens de deuxième classe et herboristes) ;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen :
MM. DENONVILLIERS, professeur à la Faculté de médecine, et CHATIN, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers :
MM. LAUGIER, professeur à la Faculté de médecine, et CAVENTOU, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon :
MM. RIGAUD, professeur à la Faculté de médecine, et GERHARDT, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— Par un autre arrêté, en date du même jour, M. DAUBRÉE, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, a été chargé de présider la session d'examen pour le certificat de capacité des sciences appliquées, qui doit s'ouvrir prochainement dans l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de la ville de Mulhouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 23 au 30 juillet 1856.

180. HUGUET, Joseph, né à Jaulnay (Vienne). [*De la fièvre typhoïde.*]

181. DEGAND, Jean-Baptiste, né à Anrosey (Haute-Marne). [*De la névralgie sciatique.*]

182. BERGOT, Marie-Stanislas, né à Tours (Indre-et-Loire.) [*Recherches sur l'extase.*]

183. RENAULT, Édouard-Théagène, né à Montbray (Manche). [*De la chlorose, vulgairement pâles couleurs.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 31 juillet 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA VIABILITÉ. — OSSIFICATION PRÉMATURÉE DU CRANE. — LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LE CHIEN. — SANGSUES ARTIFICIELLES. — CAOUTCHOUC CELLULAIRE.

L'espace nous a manqué dans le dernier numéro pour revenir sur une question dont nous avons déjà dit quelques mots l'an dernier à l'occasion d'une lecture de M. Devergie à l'Académie de médecine et qui vient d'être soulevée de nouveau par un rapport de M. Robert. Il s'agit de la viabilité au point de vue médico-légal.

Une difficulté de mot n'est pas toujours sans conséquence. Dans l'espèce, il n'est pas tout à fait indifférent de tirer le mot *viabilité* de *vita* ou de *via*; et si M. Robert lui-même préfère la seconde étymologie à la première, ce n'est pas exclusivement par des raisons grammaticales, mais en grande partie parce que, *via* exprimant l'idée de *carrière*, la viabilité dans ce sens ne signifierait pas seulement l'aptitude à vivre, à exister, mais bien l'aptitude à parcourir la carrière commune. Or, il faut bien que nous le répétions, quoique nous nous soyons déjà expliqué sur ce sujet (*Gaz. hebd.* 1855, t. II, p. 345), l'étymologie acceptée par l'honorable académicien, et qui était aussi celle d'Orfila, est en terminologie une invention bizarre et fait dire à la loi ce qui n'est ni dans son texte ni dans son esprit.

La racine *vita* devrait donner, dit-on, *vitabilité*, *vitable*, mais on ne remarque pas que, dans ce procédé, *habilis* devrait donner *habilité*, *habile*, et qu'on aurait ainsi, non pas *vitable*, mais *vitabile*. Il faut, ou conserver le latinisme dans les deux composants du mot, ou l'effacer dans tous les deux. *Viable*, en tant que signifiant apte à vivre, est un mot correct, parce que ses deux composants, quoique eux-mêmes

d'origine latine, sont français. De *vita*, on a fait *vie*; de *habilis*, on a fait *able*, et les deux vocables français *vie* et *able* réunis ont donné viable. De même de *recipere* est venu *recevoir*, d'*accipere* est venu *accepter*, et des mots français *recevoir* et *accepter* on a formé *recevable* et *acceptable*, et non *récipiable* ou *accipiable*, qui seraient des mots hybrides comme le *vitable* qu'on voudrait tirer de *vita* et de *habilis*.

Quant au fond, il est bien vrai que le fait de la vie emporte la présomption de viabilité. A cet égard, la jurisprudence est parfaitement établie, d'accord en cela avec l'opinion des jurisconsultes les plus autorisés, tels que Duranton, Toullier, Morlin. Mais cette doctrine n'a pas d'autre portée que d'attribuer le bénéfice civil de la viabilité à l'enfant dont l'aptitude à vivre n'est pas contestée. En d'autres termes, l'enfant est réputé viable *jusqu'à preuve contraire*. Les éléments matériels de la preuve, par exemple l'occlusion des narines et du nez, l'imperforation de l'anus, sont comme non avenus tant que la preuve de leur existence n'est pas fournie en justice par celui qui conteste la viabilité; mais le fait d'avoir vécu cesse d'emporter l'aptitude à vivre du moment où l'intéressé prouve que la vie de l'enfant ne pouvait durer. Cette doctrine signifie encore qu'un enfant mort presque aussitôt après la naissance est néanmoins présumé être né viable, mais *à la condition* encore qu'il soit né à terme et bien conformé. Les tribunaux ont assez souvent occasion de prononcer des arrêts dans ce sens.

Mais, un enfant étant né avec des vices de conformation incompatibles avec la vie, y a-t-il lieu de poser à son égard la question de viabilité pendant qu'il existe encore, ou cette question ne peut-elle être posée, comme l'a dit M. Adelon, qu'après la mort de l'enfant? Nous n'oserions, jusqu'à plus ample informé, nous ranger sans réserve à l'opinion du respectable et savant professeur. Il existe dans le Code civil un article 314 qui dispose que l'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari, *si cet enfant n'est pas déclaré viable*. Si la viabilité ne pouvait être recherchée qu'après la mort, il en résulterait, ce nous semble, que le désaveu de la paternité serait impossible du vivant de l'enfant, ce qui équivaut à dire que l'état civil de l'enfant ne pourrait être réglé qu'après sa mort. Une telle conséquence n'est guère admissible.

Quant au point de vue spécialement examiné par M. Robert, à savoir, l'influence que peut exercer sur la solution d'une question de viabilité l'intervention de l'art chirurgical, nous n'avons presque rien à en dire. M. Robert, en effet, a exprimé une opinion absolument identique avec celle que nous avions exposée l'an dernier. Nous croyons toujours avec lui qu'il y aurait péril pour la société et pour la morale à déclarer non viable un enfant porteur d'une infirmité non compatible, il est vrai, avec une vie durable, mais à laquelle il est facile de porter remède, telle, par exemple, qu'une imperforation du prépuce; et pour ce qui est d'infirmités plus graves, c'est à la science à apprécier, dans chaque cas particulier, si l'intervention de l'art est possible, et, dans le cas où l'enfant succombe malgré cette intervention, si la mort est la suite naturelle de l'infirmité ou si elle tient à quelque circonstance intercurrente. On sait bien qu'il n'existe pas ici de règles absolues; mais c'est la condition de beaucoup de difficultés judiciaires de ne pouvoir être décidées que pour l'espèce, et c'est l'honneur de notre science d'être seule en mesure d'offrir à la justice ses éléments d'appréciation là où le texte de la loi lui fait défaut.

— La dernière séance de l'Académie a été remplie par deux lectures importantes, l'une de M. Baillarger, l'autre de M. H. Bouley.

La microcéphalie s'accompagne ordinairement de la suture prématurée des os du crâne. Une question intéressante serait celle de savoir si la petitesse du cerveau se rattache à un défaut de développement commun à toute la tête, ou si elle dépend de l'obstacle apporté à son développement particulier par l'oblitération des sutures. Les considérations dans lesquelles est entré M. Baillarger donnent une grande probabilité à la dernière opinion. Nous les reproduisons longuement au compte rendu de la séance.

Le travail de M. Bouley est destiné à démontrer que la ligature de l'œsophage chez le chien n'a pas l'innocuité que lui prêtait Orfila. Il est certain que les animaux auxquels M. Bouley a pratiqué cette opération ont éprouvé en général des accidents fort sérieux, que l'enlèvement de la ligature n'a pas toujours fait disparaître; et, d'un autre côté, des médecins qui ont assisté aux expériences d'Orfila, qui ont vu les chiens opérés, affirment encore aujourd'hui n'avoir rien observé de semblable. On peut se demander si cette différence de résultat ne s'expliquerait pas par quelque différence correspondante dans les conditions de l'opération. Du reste, une commission a été nommée pour étudier la question.

— Bien qu'aujourd'hui l'immense majorité des praticiens n'applique des sangsues que dans les cas où elles sont presque indispensables, et malgré les efforts, en partie couronnés de succès, que l'on a faits dans ces dernières années pour utiliser de nouveau celles qui ont déjà servi, le prix de ces annélides va toujours en s'élevant, et notre pays paie annuellement des sommes considérables à la Hongrie, la Russie, la Turquie, etc., en échange de sangsues qu'il en tire. Cette cherté croissante d'un moyen thérapeutique usuel devient pour le médecin des pauvres une source incessante d'embarras, pour les administrations hospitalières une cause de dépenses considérables. D'autre part, les sangsues, dont l'application demande souvent beaucoup de temps, ne mordent pas toujours à l'endroit précis où l'on voudrait pratiquer l'émission sanguine; dans certaines maladies même elles refusent obstinément de prendre. Le dégoût qu'inspire leur contact, empêche le plus souvent de les appliquer dans certaines régions, telles que la cavité buccale.

Toutes ces considérations ont depuis longtemps porté les esprits ingénieux à rechercher des moyens mécaniques qui pussent produire les mêmes effets thérapeutiques que la sangsue naturelle; jusqu'ici, les tentatives faites dans ce but sont restées stériles ou à peu près : aucune des sangsues artificielles imaginées jusqu'à ce jour n'a pu se maintenir dans la pratique. Nous voulons parler aujourd'hui de deux essais nouveaux qui paraissent avoir plus d'avenir, le second surtout.

Toute sangsue artificielle se compose nécessairement de deux parties: d'un instrument vulnérant et d'un appareil destiné à aspirer le sang. Parlons d'abord de ce dernier. La ventouse ordinaire, avec sa large ouverture, ne peut s'appliquer que sur des surfaces planes et étendues; certaines régions sont, par cela même, exclues de son domaine. Réduite à de petites proportions, la ventouse, dans laquelle on ne fait jamais le vide que très incomplétement, opère une succion extrêmement faible. Aussi, a-t-on reconnu la nécessité de la remplacer, dans les sangsues mécaniques, par un

instrument d'un petit volume qui pût s'appliquer facilement partout, même sur une surface anfractueuse, derrière l'oreille, par exemple, ou au fond d'une cavité, et dans lequel on pût faire le vide d'une manière plus parfaite : c'est à la pompe que l'on a généralement donné la préférence.

Quant à l'instrument vulnérant, le plus simple consiste en une lame tranchante à son extrémité, qui, poussée par un ressort, parcourt un arc de cercle dans l'épaisseur du derme. La plaie qui résulte de ce mouvement, assez profonde à sa partie moyenne, se termine à ses deux extrémités par des espèces de queues dans lesquelles la peau est à peine entamée ; malgré la succion énergique à laquelle elle est soumise, elle ne fournit pas, en général, une quantité de sang en rapport avec son étendue.

Cela tient à une condition qu'on n'a jamais essayé de réaliser et qui permet à la sangsue naturelle de tirer une quantité indéterminée de sang ; c'est la suivante : aussitôt qu'une gouttelette de sang s'échappe à travers les lèvres de la piqûre de sangsue, elle est immédiatement avalée par l'animal, et ne peut, par conséquent, se coaguler sur place et faire obstacle à un écoulement ultérieur ; la plaie reste constamment nette, détergée et prête à fournir une nouvelle quantité de sang. Il en est tout autrement pour les sangsues artificielles : ici le sang épanché se coagule à la surface de la plaie, rétrécit progressivement l'ouverture et ne tarde pas à la fermer d'une manière complète.

M. Pfnor a cru trouver dans la forme particulière que présente la plaie produite par la sangsue la cause de l'abondante quantité de sang qu'elle peut fournir. Chaque piqûre de sangsue se compose, comme on sait, de trois petites incisions divergentes, partant d'un point central, de même profondeur dans toute leur étendue, et circonscrivant trois petits lambeaux triangulaires qui, se rétractant vers la base, tendent à produire entre eux une cavité dans laquelle le sang afflue incessamment. C'est cette forme de la plaie que M. Pfnor s'est efforcé de reproduire ; il y est parvenu au moyen d'un mécanisme très ingénieux, consistant essentiellement en trois petites lames coupées presque à angle droit à leur extrémité inférieure et tranchante ; ces lames sont poussées vivement et l'une après l'autre, au moyen d'un ressort, dans l'épaisseur du derme, à une profondeur qu'on peut régler d'avance. Les essais faits à l'aide de cet instrument ont donné des résultats très satisfaisants, ainsi que le constate un rapport du docteur Textor, inséré dans les *Actes de la Société physico-médicale* de Würzbourg (6e vol., 1er cah.). On ne peut reprocher à la sangsue mécanique de M. Pfnor que son extrême complication, qui la rend difficile à nettoyer et surtout d'un prix fort élevé.

Sous ce rapport, la sangsue artificielle imaginée par M. Reimann, mécanicien à Berlin, est beaucoup plus avantageuse. Qu'on se figure une petite seringue de verre, de la grandeur de celles qui servent pour les injections uréthrales, mais dont le bec, recourbé à angle droit, serait de la largeur d'une pièce de 20 centimes environ. La tige qui porte le piston, le traverse de part en part et se continue, du côté du bec, avec un fil de cuivre contourné en spirale et faisant office de ressort. A l'extrémité de cette spirale est fixé un cylindre creux à bord inférieur tranchant, en forme d'emporte-pièce, et auquel un mouvement de rotation sur son axe est imprimé au moyen du manche qui termine du côté opposé la tige du piston. Quand ce dernier est poussé aussi loin que possible dans le tube de verre, le cylindre fait saillie au dehors d'environ 2 ou 3 millimètres ; mis en contact avec la peau et animé d'un mouvement rotatoire, il produit une plaie circulaire d'autant plus profonde que le mouvement dure plus longtemps. Une fois le derme incisé, il suffit de tirer à soi le piston pour faire le vide dans le corps de pompe, dont le bec est exactement appliqué contre la peau, et pour y faire affluer le sang. Arrivé au terme de sa course, le piston ne peut rentrer dans le tube, arrêté qu'il est par un ressort qui le fixe à cette place. Si l'on veut appliquer plusieurs sangsues, on remplace ce petit appareil, après avoir incisé la peau, par une petite pompe simple dont le bec est muni d'une garniture de caoutchouc vulcanisé.

Cet instrument très simple, qu'on nous assure avoir été employé fréquemment et avec succès, mérite d'être expérimenté ; il est d'un prix très modéré qui en permet la propagation.

— Puisque nous en sommes aux applications des arts mécaniques à l'art de guérir, disons un mot d'une nouvelle forme de caoutchouc qui trouvera peut-être un emploi étendu dans la pratique ; les inventeurs de cette forme lui ont donné le nom de *caoutchouc cellulaire*. En effet, sauf la couche extérieure, qui est compacte, toute la substance n'est composée que d'une multitude de petites trabécules, de petites cloisons, qui circonscrivent des aréoles d'un volume assez uniforme ; de sorte que la masse a une grande analogie de forme avec le tissu spongieux de la rate ou de l'urèthre. Ces aréoles donnent au caoutchouc une élasticité à la pression que ne possède nullement le caoutchouc ordinaire et que l'on est habitué à ne rencontrer que dans les membranes distendues par un liquide ou par un gaz ; et comme elles peuvent recevoir plus ou moins de volume, suivant l'effet qu'on veut obtenir, il s'ensuit qu'on peut faire passer le caoutchouc par tous les degrés de mollesse ou de dureté. Il est impossible que les applications dont est susceptible une substance jouissant de telles propriétés se fassent longtemps attendre. Sans parler de pelotes de bandages herniaires, dans lesquelles l'élasticité n'est pas toujours une condition de bonne contention, on peut admettre que des coussins en caoutchouc cellulaire remplaceraient avantageusement les coussins à air, si altérables, comme on sait, que la moindre piqûre d'épingle les met hors de service. Un matelas tout entier fait de cette substance, dont le prix de revient est de beaucoup inférieur à celui du caoutchouc vulcanisé ordinaire, ne le céderait certainement pas, pour l'élasticité et la mollesse, aux lits hydrostatiques du docteur Arnott, et serait bien autrement commode et durable.

Le procédé qui sert à obtenir cette substance si remarquable, est des plus ingénieux, mais comme il doit être l'objet d'une exploitation particulière, nous ne pouvons publier les détails qui nous ont été confiés à cet égard. Il permet de reproduire par le moulage, en caoutchouc cellulaire ou en caoutchouc creux, les objets les plus divers et dans leurs moindres détails. On comprend immédiatement quels avantages il y aurait là pour la restauration artificielle de certaines parties détruites ou enlevées, telles que le nez et l'oreille, etc. Les objets moulés que nous avons vus, en même temps qu'ils sont très légers, jouissent d'une élasticité qui leur permet de reprendre instantanément leur forme quand on les a comprimés entre les doigts.

A. Dechambre et Marc Sée.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE CLINIQUE DU TYPHUS CONTAGIEUX, par le docteur ÉMILE CHAUFFARD, médecin de l'hôpital d'Avignon.

(Suite et fin. — Voir les numéros 25, 27 et 30, tome III.)

J'arrive maintenant au traitement du typhus confirmé. La première pensée et le premier regret qui viendront à bien des médecins, sont, sans doute, que, le typhus contagieux étant un empoisonnement, le remède doit être un contre-poison approprié, un spécifique, et que ce spécifique n'est pas encore trouvé. Combien de fois n'ai-je pas lu ou entendu pareils dires? Ne répète-t-on pas tous les jours : Il faut chercher le contre-poison du choléra, le spécifique de la suette miliaire, de la fièvre typhoïde? C'est là le véritable traitement à découvrir. Pourquoi ne pas le dire également de toutes les fièvres exanthématiques? Cette idée de contre-poison est certainement la plus fausse de la médecine, et je n'en sache pas qui tende plus à livrer la science et l'art à un funeste empirisme. Quelques médications, dites spécifiques, mal interprétées, lui ont donné naissance, et elle s'est propagée, grâce à la facilité superficielle et à la simplicité factice qu'offre cette conception. Mais ce n'est pas ici le lieu d'examiner plus à fond ce genre de notions médicales et de les ramener à la vérité. Bornons-nous à dire, pour le moment, que le spécifique du typhus contagieux n'est pas même soupçonné; nous oserons même ajouter que jamais il ne le sera, et qu'il en est et sera ainsi de tous les problèmes semblables posés en médecine.

A défaut de ces remèdes impossibles, demandons les règles de traitement du typhus à l'expérience clinique et à la saine observation des actes morbides. Notre guide doit être la nature. Elle seule est médicatrice du typhus; et si, dans notre description, nous avons été vraiment inspiré par elle, par l'activité salutaire qu'elle développe en des phases successives, nous possédons toutes les indications nécessaires. Or, avoir les indications, c'est avoir les remèdes; car ceux-ci ne manquent pas, et souvent il en est en foule pour remplir un seul et même but. Peu de mots nous suffiront pour résumer l'œuvre médicatrice de la nature : Réaction contre la cause morbigène; élaboration de la matière morbifique; transport de cette matière vers la peau; élimination successive du principe hétérogène, ou, suivant une autre interprétation des mêmes faits, réaction contre l'impression morbide; mouvement critique sur la surface cutanée, mouvement libérateur de l'oppression générale, et destiné à rétablir l'harmonie nécessaire des fonctions et de la vie. Telle est l'œuvre que le médecin doit aider, soutenir, diriger dans les voies ordonnées.

Une première vérité pratique ressort de ces considérations : c'est que, lorsque la nature accomplit régulièrement son œuvre, il importe de ne pas la troubler, de ne pas peser activement sur elle, de la laisser maîtresse unique de la guérison. La convenance de cette expectation a été signalée par tous les bons observateurs et les cliniciens prudents. Toutefois, nul n'y insiste avec autant de raison et de hauteur de vue que Borsieri : « Dans l'affection pétéchiale, dit-il, les indications sont les mêmes que celles que nous avons tracées dans le traitement des autres fièvres exanthématiques. Si le mouvement par lequel la nature s'efforce de se délivrer du principe hétérogène et nuisible est modéré et suffisant, il ne devra être ni excité, ni réprimé. » Puis il relate un grand nombre d'épidémies pétéchiales dans lesquelles l'expectation pure, ou à peine déguisée sous une médication très simple, réussit entièrement, et mieux souvent qu'un traitement plus actif; il ajoute enfin : « Moi-même, j'ai plusieurs fois admiré la puissance de la nature dans cette maladie, et j'ai vu qu'il était plus prudent d'attendre que d'agir; » et encore : « Il importe, dans le traitement des pétéchies, de se regarder comme le ministre obéissant de la nature, non comme son maître. » Nous aussi avons été singulièrement frappé du pouvoir médicateur de la nature dans le typhus contagieux; nous lui avons presque abandonné nos premiers malades, alors que la connaissance exacte du mal nous manquait, et plusieurs autres après; ou du moins, dans tous ces cas, notre médication fut simplement adjuvante. Nous avons vu ces malades guérir heureusement, et ce n'est qu'à la nature que nous pouvons en rapporter le mérite. Lors donc que les symptômes du typhus seront modérés; qu'aucun d'eux, excepté la surdité, qui n'est pas à redouter, n'acquerra une intensité exagérée; que surtout les forces vitales ne paraîtront ni trop perverties, ni trop accablées; que l'exanthème se produira avec abondance, facilement, et sans un accroissement formidable des symptômes, on devra suivre attentivement l'évolution de la maladie, mais en évitant de la troubler. Si l'on craint de rester dans l'inaction, et lorsque l'affection est sur la limite des affections graves, on ne devra recourir qu'à des médicaments qui vont entièrement dans le sens de la maladie, dont l'innocuité dans l'espèce est assurée, et l'on ne devra les administrer qu'à dose modérée. Nous verrons plus tard quels sont ces médicaments.

Telle est la ligne de conduite que le praticien aura, la plupart du temps, à tenir en regard du typhus contagieux. Mais on peut se demander si, même dans les cas bénins, il n'y aurait pas un moyen assuré d'abréger la durée du mal; si, dans les cas qui paraissent plus graves, on ne saurait, dès le début, atténuer la gravité; enfin, il faut fixer le traitement dans les cas où l'urgence et l'intensité des symptômes commandent d'agir.

Pour tenter d'affaiblir la maladie dès son début, ou d'en abréger le cours, plusieurs sortes de médications se présentent.

En premier lieu, les émétiques et les cathartiques administrés aussitôt après que le frisson d'invasion a fait place à la chaleur fébrile. Cette médication, vantée par de nombreux et excellents médecins, peut sans doute avoir son degré d'utilité; elle peut détruire les complications qu'ajouterait à la maladie un état saburral plus ou moins prononcé dans certaines constitutions épidémiques; elle peut même retenir quelques-uns des avantages que nous avons signalés déjà, lors du traitement de la période prodromique du typhus; mais elle ne saurait avoir pour effet de juguler la maladie, d'en changer le cours et de l'abréger. Une fois déclaré, le typhus contagieux poursuit de nécessité son développement; il ne peut guérir que par une évolution régulière et fixée d'avance. Voici, d'ailleurs, ce que j'ai observé : Sur cinq malades, j'ai administré, au début de la maladie, un éméto-cathartique, et le cours de celle-ci n'en a pas été troublé. Cette médication parut de nul effet et de nulle suite. Sur ces cinq malades, deux étaient dans un état très grave, trois autres moins sévèrement atteints; le lendemain, les cas graves n'étaient pas allégés; les cas moins graves conservaient exactement le même caractère : le mal n'était ni affaibli ni accru. Les deux premiers malades succombèrent du septième au neuvième jour de la maladie, sans que l'on eût

à accuser l'éméto-cathartique de son impuissance ; les trois autres guérirent, comme il était à prévoir, dès l'invasion du mal. Il n'y a donc d'indication formelle, pour les émétiques et les cathartiques, que lorsqu'il y a une indication particulière, la surcharge des premières voies, par exemple.

Quelques médecins ont proposé de réitérer, durant le cours de la maladie, des purgatifs puissants, ou d'action spéciale, comme le calomel, dans la pensée qu'une dérivation soutenue sur le tube digestif devait être utile et dégager la tête. Je ne saurais accéder à de pareils sentiments, ni ne voudrais, même pour un seul, tenter une semblable méthode. Elle va contre les desseins de la nature, qui sont de se délivrer sur la peau ; elle nuit à l'apparition et au développement de l'exanthème, qui est la crise véritable et salutaire de la maladie. Cette pratique serait funeste; tout au plus si elle laisserait aux cas bénins la faculté de guérir. Aussi a-t-elle été condamnée par la grande majorité des cliniciens, et je ne la rappelle que pour éloigner de ces essais, déjà jugés expérimentalement.

Il est bien difficile à un médecin qui observe et traite pour la première fois des malades atteints de typhus, de se défendre de l'emploi des évacuations sanguines générales ou locales dans la première période de la maladie, période qu'Hildenbrand, par une appréciation erronée des symptômes, appelle inflammatoire. Mais si le médecin est sérieusement attentif aux effets des médications, il reconnaîtra bientôt combien peuvent être funestes les plus modérées soustractions de sang. Averti par les leçons des grands praticiens observateurs du typhus, et par le génie même que me paraissait avoir la maladie, j'étais certainement en garde contre la pratique des émissions sanguines. Cependant, Pringle, Rasori, M. Landouzy et autres avaient vanté l'emploi d'une ou deux saignées pratiquées au début, ou, à défaut de celles-ci, les saignées locales ou capillaires, lorsque quelque symptôme mauvais de la tête ou de la poitrine réclamait un secours urgent. Si donc je n'eusse jamais consenti à phlébotomiser vigoureusement ces malades, je crus pouvoir recourir à des évacuations sanguines modérées, locales surtout. Je les essayai trois fois : deux fois timidement, la troisième avec plus de suite. Je n'aurais pu croire d'avance que les résultats pussent être aussi fâcheux et prononcés. Dans les deux premiers cas, l'évacuation avait été provoquée par l'application de trente sangsues aux apophyses mastoïdes, quinze de chaque côté. Les symptômes que, par localisation, j'appellerai cérébraux, étaient intenses et alarmants; j'espérai les amoindrir par là. Mais loin d'obtenir cet affaiblissement, ils persistaient, le lendemain, tout aussi graves, et même avec un plus fâcheux caractère. Cependant la maladie ne parut pas précipitée sous l'influence de cette thérapeutique, quoique la terminaison ait été funeste par la suite. Dans le troisième cas, le malade avait été phlébotomisé à l'invasion par l'interne de service : c'était un militaire grand, pléthorique, de constitution athlétique; la face était vultueuse, très colorée, les lèvres incessamment agitées, la parole délirante, la prononciation très difficile. La constitution du sujet et la violence des symptômes me parurent indiquer une nouvelle émission sanguine: quinze sangsues à chaque apophyse mastoïde. Les piqûres fluent pendant cinq à six heures. Le lendemain, les symptômes ne sont pas affaiblis : éméto-cathartique. Deux jours après, apparition de l'exanthème, mais exaspération menaçante de tous les troubles cérébraux ; rougeur pourprée étendue sur les joues ; gonflement du visage ; délire comateux ; tremblement incessant des mains et des bras ; pouls élevé, fréquent; chaleur ardente. Nouvelle application du même nombre de sangsues aux apophyses mastoïdes. Les piqûres fluaient encore, lorsque je revis le malade à cinq heures de l'après-midi. Aggravation générale, respiration stertoreuse, résolution générale des sens, pouls concentré et irrégulier, *pâleur et rétrocession des pétéchies*. Je fis immédiatement arrêter l'écoulement du sang ; décoction de quinquina camphrée à l'intérieur; six vésicatoires aux membres. Malgré cet énergique appel aux forces vitales et à l'activité fluxionnaire sur la peau, tous les symptômes s'accrurent, et le malade succomba le lendemain. Je fus très frappé de cette rétrocession des pétéchies et de la mort qui la suivit de si près. Je ne pus pas ne pas la rattacher en quelque chose à l'émission sanguine que j'avais prescrite, quoiqu'elle fût capillaire et que ces saignées soient réputées inoffensives. Ces trois tentatives d'émissions sanguines, quoique pratiquées avec prudence et sur d'apparentes indications, me firent comprendre toute la vérité du jugement que Borsieri porte sur elles dans le traitement de la fièvre pétéchiale : « En général, dit-il, les pétéchies ne réclament pas l'émission du sang et ne la supportent pas facilement, à moins qu'il ne survienne quelque symptôme indicateur qui la demande. Mais encore, alors, il faut qu'elle soit modérée et parcimonieusement faite, afin que les forces, faibles le plus souvent, ne fléchissent pas. Une saignée, en effet, trop abondante ou réitérée, a paru bien des fois amener la mort; car elle ne ruine pas seulement les forces vitales, comme le montrent les battements du pouls devenus aussitôt languissants, petits, inégaux ou intermittents ; mais elle ébranle tellement le cerveau et le système nerveux, que le délire ou les convulsions se déclarent. » Hildenbrand ne se montre pas plus favorable à la saignée : « Par ce moyen, le malade devient plus faible, les opérations salutaires de la nature sont troublées ou interrompues, et le caractère nerveux sous lequel, sans cela, les forces commencent à tomber, devient plus considérable par la suite. » Il n'admet la légitimité de l'émission de sang, que lorsque des affections locales se joignent à l'affection générale et menacent de mort. Il compte, parmi ces affections locales, une *inflammation du cerveau* proprement dite, les *inflammations de la gorge* et les *affections du poumon*. Parmi ces indications, nous n'admettons vraiment que la dernière, alors, comme il le dit, qu'il y a point de côté et crachement de sang. Dans ce cas, la saignée peut être utile ; mais, qui distinguera l'inflammation du cerveau proprement dite, ou, d'après d'autres expressions de cet auteur : « une phrénésie produite par une pléthore sanguine de cet organe, ou des accidents soporeux avec un état demi-apoplectique dépendant d'une cause analogue, » qui distinguera sûrement cet état de l'état ataxique uniquement produit par le génie de la maladie? Cette distinction peut-elle se faire, et existe-t-elle en réalité ? Ni l'un ni l'autre, suivant nous. Tout est, croyons-nous, sous l'influence du caractère nerveux, et nous en avons pour preuve la disparition de ces accidents, même les plus formidables, que nous avons vue s'opérer sous une médication uniquement en rapport avec la perversion et la chute nerveuse des forces. Hildenbrand lui-même n'est pas sans entrevoir cette vérité ; car s'il conseille, dans ces cas de prétendue phrénésie pléthorique, l'émission sanguine, il ajoute aussitôt qu'il faut éviter avec le plus grand soin l'affaiblissement des forces vitales, et employer seulement les saignées locales au moyen des sangsues. Malgré ces atermoiements, et les autorités dont on peut appuyer l'émission sanguine locale, aux tempes ou aux apophyses mastoïdes, nous n'oserions plus y recourir.

Une circonstance particulière nous a permis de juger expérimentalement une médication que quelques praticiens prônent trop généralement aujourd'hui, en dehors de la grande classe des affections fébriles, dont elle est le remède héroïque : je veux parler du sulfate de quinine, administré, dès le début, dans certaines fièvres ou maladies fébriles autres que les intermittentes. Or, je ne doute pas que l'espèce d'intermission apparente des symptômes dans le typhus, que cette agitation délirante revenant chaque nuit, pour faire place, le matin, à une stupeur plus ou moins profonde, et, en outre, le caractère septique de la maladie, ne fussent suffisants aux yeux de beaucoup de médecins pour administrer le sulfate de quinine à haute dose, au commencement même de la maladie. Cependant, le typhus étant une fièvre exanthématique et ne pouvant être arrêté dans son développement, quelle utilité le sulfate de quinine peut-il véritablement présenter? Comme antipériodique ou antifébrile, il ne saurait agir ici; comme tonique, on ne doit pas l'administrer au début de l'affection, ni à haute dose; et, d'ailleurs, le quinquina lui est, dans ce cas, préférable. Ce ne peut donc être qu'un médicament perturbateur; et troubler la nature dans le typhus, c'est nuire. Voici, en quelques mots, le fait où j'ai cru devoir prescrire, et à haute dose, le sel fébrifuge: Un militaire, fort et bien constitué, atteint de fièvre quarte opiniâtre, se trouvait depuis longtemps à l'hôpital. Les accès ne se laissaient guère maîtriser plus de vingt jours; au vingt et unième, jour critique dans ces fièvres, ils reparaissaient énergiques. Dans un de ces intervalles de courte et imparfaite guérison, ce fébricitant, mal à l'aise depuis quelques jours, fut pris d'un violent frisson suivi de fièvre ardente avec troubles cérébraux. C'était le frisson et la fièvre d'invasion du typhus contagieux qui le saisissait. Le typhus n'étant que depuis peu de temps dans les salles, je crus à une violente récidive de fièvre quarte. 2 grammes de sulfate de quinine. La nuit, agitation extrême, délire; le lendemain matin, stupeur: 30 sangsues aux apophyses mastoïdes; 1 gramme et demi de sulfate de quinine dissous dans un julep. La fièvre persistait le lendemain, et les symptômes s'étaient accrus. Je portai dès lors un diagnostic plus exact, et n'insistai plus sur le sel quinique. L'éruption pétéchiale apparut bientôt, et vint confirmer cette seconde vue. Le malade mourut au septième jour. Ce fait, en outre de l'impuissance du sulfate de quinine, prouve qu'il n'y a pas incompatibilité entre la possession intermittente et la susceptibilité à l'égard de la contagion typhique.

En fait de médication active, j'ai plutôt traité jusqu'à présent des médications douteuses ou nuisibles, que tracé la saine thérapeutique du typhus contagieux. Celle-ci va désormais m'occuper.

En général, dans la période d'augment fébrile et de préparation de l'exanthème, la médecine expectante est la seule indiquée. La nature prépare le mouvement éruptif; une médication active qui voudrait comprimer tel ou tel symptôme court grandement risque d'interrompre ce travail difficile; d'autant plus que la nature semble à peine assez puissante pour l'accomplir et le maintenir accompli. On se bornera donc à placer le malade dans toutes les conditions hygiéniques convenables, et on lui fera prendre alternativement, et selon le cas, des boissons tempérantes, rafraîchissantes, ou légèrement diaphorétiques et chaudes. Cependant, si la perversion nerveuse paraissait excessive et les troubles cérébraux trop menaçants, on devra chercher à les corriger, à les ramener à une expression plus douce. Pour cela, on évitera l'administration des médicaments narcotiques, comme l'opium, dont on aurait à redouter qu'ils n'enchaînassent fâcheusement les mouvements vitaux, et par là qu'ils n'augmentassent les chances mauvaises. Le camphre, au contraire, est admirablement approprié à cette phase et à ces phénomènes graves du typhus. C'est le médicament par excellence de l'ataxie, alors que celle-ci n'est pas franchement due à un orgasme inflammatoire, mais à la malignité de la cause morbide. Sédatif direct et sans action nuisible, antiseptique et heureusement diaphorétique, il est adapté à toutes les indications que présentent les fièvres exanthématiques, ainsi que l'avaient bien reconnu les illustres cliniciens de l'école de Vienne. Pour m'en tenir au typhus contagieux, je dirai que j'ai bien des fois obtenu par le camphre un soulagement remarquable et presque inattendu. Donné dans la période d'augment de la maladie, il m'a paru soutenir les forces vitales, les dégager des spasmes et des étreintes convulsives, rétablir leur liberté d'action, et, par conséquent, leur tendance médicatrice. Hildenbrand avait donné l'exemple de cette confiance dans les vertus du camphre : « Après les vésicatoires, dit-il, et durant leur action, il n'y a pas de plus grand remède pour le typhus que le camphre. »

Souvent, cependant, dans les cas graves, alors que l'éruption pétéchiale s'est opérée, les forces vitales s'embarrassent et déclinent, et, à la suite, l'intelligence s'égare, les fonctions des sens s'obscurcissent, les poumons s'engorgent, la respiration devient imparfaite; l'économie entière fléchit sous une prostration délétère. Deux puissants secours restent encore au praticien : le quinquina et les vésicatoires. Le premier, uni au camphre, ranime plus énergiquement les forces vitales. Il n'est pas directement sédatif, mais il semble donner un ton plus solide aux viscères nobles, et affermir les fonctions majeures. Il accroît la résistance de l'économie, rappelle et maintient la vie dans son activité, et lui permet de rechercher à travers une réaction salutaire ses conditions normales. Le camphre s'adresse à la cause morbifique et en combat l'action funeste. Le quinquina s'adresse à l'organisme et le fortifie contre l'action de cette cause. L'un et l'autre vont au même but par des voies différentes. L'école de Vienne, qui observa longuement la fièvre pétéchiale, employa résolûment contre elle le quinquina. De Haën, Hasenhörl et Störck le donnèrent avec libéralité, et crurent devoir à ce médicament d'avoir perdu très peu de malades, quoique les pétéchies fussent d'un caractère très grave. Je trouve cité dans Borsieri l'exemple de Seins, qui relate l'histoire d'une fièvre pétéchiale maligne et putride d'un très mauvais caractère; car, outre les taches pétéchiales qui se montraient promptement, les symptômes principaux et comme pathognomoniques étaient un désespoir profond, des tremblements convulsifs, continuels, s'accroissant de jour en jour jusqu'à la fin. Dès le début, avant que la putridité apparût, après avoir pratiqué une émission sanguine, et ensuite provoqué un vomissement, il exposait les malades à l'air libre, et il leur donnait généreusement le quinquina, de façon qu'il en fût consommé chaque jour une once et même une quantité double, triple, et plus encore. Il avoue que, par le large emploi de ce remède, les accès fébriles devinrent d'abord plus intenses (ce qu'il faut attribuer, croyons-nous, à l'émission sanguine pratiquée auparavant), puis peu à peu s'adoucirent; ou, du moins, quoique la fièvre persistât au même degré, et c'est le vrai caractère de la fièvre pétéchiale, la maladie fut heureusement conduite à sa fin et solution; de telle sorte que ne périt aucun de ceux auxquels le quinquina fut donné d'après cette méthode. Ici,

cependant, les doses du remède me paraissent inutilement exagérées. Bien d'autres auteurs ont vanté dans le typhus l'emploi des toniques, et M. Gérard, dans l'épidémie de Philadelphie, se loue beaucoup d'avoir recouru à cette médication.

Toutefois, ces médicaments seraient bien souvent impuissants à déterminer un retour médicateur. L'engagement est parfois si profond, qu'il faut, pour le rompre, une action presque violente, et, en outre, dans le sens de la nature. Il ne suffit pas alors de soutenir directement les forces vitales et de modifier la cause qui les accable, il faut les délivrer par une médication efficace, afin qu'elles retrouvent leur liberté. Les vésicatoires seuls peuvent conduire à ce résultat. Ils sont plus souvent indiqués dans la période d'état, il est vrai, parce que c'est la période de grand obscurcissement vital ; mais ils peuvent convenir aussi dans les premiers temps de la maladie, si ces temps présagent une issue prompte et funeste. Borsieri, du reste, résume très bien les diverses indications de ce remède : « Au début, dit-il, on applique les vésicatoires, afin d'attirer promptement au dehors les pétéchies lentes à paraître et l'humeur intérieure dépravée ; dans l'augment, afin de rappeler les taches si elles rentraient, d'exciter les forces si elles faiblissaient, d'éloigner le délire et la somnolence, et enfin d'éviter les métastases et de révulser loin de la tête et de la poitrine ; dans l'état, afin que la nature en torpeur et inerte soit excitée à accomplir son œuvre et à se délivrer du principe du mal. » Quelle admirable, simple et profonde exposition ! Hildenbrand reconnaît toute la puissance de cette médication, et en fait avec raison le principal instrument de la cure. Les médecins qui ont étudié avec soin le traitement du typhus sont presque tous unanimes à cet égard. Cependant, les écrits que l'on peut lire ne sauraient, à mon sens, donner une idée des avantages de cette médication. L'étude au lit des malades peut seule les révéler entièrement. Les typhiques dont je peux réclamer la guérison, qui, livrés aux seules forces de la nature, étaient conduits à une mort inévitable, et ont cependant recouvré la santé, le doivent tous à un énergique emploi des vésicatoires. J'ai déjà cité le cas d'un jeune infirmier qui, dans la période d'état du typhus, tomba tout à coup dans le plus profond coma apoplectique, face pâle, lèvres violettes, râle guttural, respiration stertoreuse, pétéchies rétrocédées, peau refroidie, intelligence et sens abolis, déglutition impossible, mort imminente. Je prescrivis six vésicatoires aux bras, aux cuisses, aux jambes, et aussi larges que le comportaient les membres auxquels ils étaient destinés ; le lendemain, l'œil était libre, la parole, l'intelligence et les mouvements revenus ; il ne restait que de l'accablement, et les traces d'un état aussi terrible. Tout l'honneur de cette cure n'appartient-il pas aux vésicatoires ? Je ne saurais trop les vanter : ils répondent véritablement et de toute manière aux besoins de la nature. C'est surtout la médication de la crise ; et, dans le typhus, la crise est souvent le moment décisif. Aussi, lorsque l'on est conduit à appliquer les vésicatoires prématurément, ou avant l'époque de la crise, il faut faire l'application de façon à s'en réserver une nouvelle près des points ordinairement menacés dans la crise. Ainsi, les vésicatoires seront d'abord placés aux membres ; puis si, plus tard, vers l'époque critique, la tête ou la poitrine se prennent, on pourra les placer à la nuque ou entre les épaules. J'ai eu à me louer de cette pratique : après le premier septénaire de l'exanthème, un militaire gravement atteint et qui avait eu les vésicatoires aux membres, s'engagea dans une stupeur plus grande, avec l'intelligence plus obscurcie, les forces vitales plus opprimées, la respiration laborieuse. Le pronostic s'assombrissait tout à fait. Large vésicatoire à la nuque ; continuation d'une décoction de quinquina camphrée. Après vingt-quatre heures, amélioration légère, mais manifeste ; guérison subséquente. Ce fut ce malade qui, vers la fin de la période de rémission, offrit une éruption de varicelle. Ce nouveau vésicatoire, comme cette nouvelle éruption, ne furent-ils pas l'instrument d'une nouvelle et heureuse décharge, sans laquelle le malade aurait probablement succombé ? Un autre militaire, à l'époque de la crise, prit la respiration courte, engouée, avec toux et expuition muqueuse, teintée d'un jaune sanguinolent. Je constatai une matité relative au côté droit, en arrière, ainsi qu'un affaiblissement notable du murmure respiratoire ; je ne perçus pourtant ni bruit de souffle, ni râle crépitant. En même temps, l'état général s'aggravait sensiblement. Ce militaire avait déjà les vésicatoires aux membres ; nouveau et large vésicatoire occupant la partie postérieure et droite du thorax ; en outre, quinquina et musc. Dès le lendemain, amélioration frappante, bientôt suivie de guérison. Je ne m'étendrai pas davantage sur les bienfaits de cette médication : j'ai la conviction que là où elle échoue toute autre échouerait pareillement, et qu'elle amène des succès là où toute autre demeurerait impuissante ; mais il faut qu'elle soit hardiment et généreusement appliquée.

A côté de ces remèdes se place toute une classe de médicaments dont on comprendra aisément l'action et l'utilité dans le traitement du typhus : ce sont les excitants diffusibles doués ou non de propriétés particulières. Parmi tous, celui qui a été le plus préconisé est l'infusion de fleurs d'arnica. « Ces fleurs, dit Hildenbrand, apaisent quelquefois d'une manière frappante la stupeur, le vertige, le délire ; elles agissent également avec avantage pour rappeler les fonctions de l'organe cutané. » Il ne saurait, ajoute-t-il, se louer assez de ce remède contre le typhus. En général, tous les cliniciens de l'école de Vienne vantent de même les propriétés de l'arnica. Je n'ai pas fait usage de ce remède, mais je crois qu'il y aurait lieu de l'expérimenter dans certains cas. Viennent ensuite les infusions d'angélique, de valériane, de scordium, de camomille, de contrayerva, de serpentaire de Virginie ; le vin, le petit-lait vineux ont été aussi particulièrement recommandés, et méritent de l'être. L'acétate d'ammoniaque peut également trouver ses indications ; pareillement, le musc, médicament puissant et héroïque, lorsqu'il est énergiquement manié et dans les conditions voulues. Nous ne faisons qu'indiquer ces remèdes, que nous avons peu employés, et qui peuvent avantageusement venir en aide à ceux que nous avons recommandés, et même les remplacer parfois. Ils s'adressent aux mêmes éléments morbides, et tendent aussi à seconder l'œuvre médicatrice de la nature. C'est au tact du praticien à discerner le médicament particulier que réclament les diverses nuances de la réaction.

Je ne terminerai pas sans quelques réserves relatives à ce que peuvent présenter d'exclusif et d'absolu ces solutions thérapeutiques. Elles ne me paraissent vraiment légitimes que pour les faits que j'ai observés et pour tous les faits analogues. Je crois, il est vrai, ces faits en très grand nombre, et je les regarde comme formant la règle. Mais je n'ignore pas que les influences des constitutions médicales diverses, et que l'état particulier des individus soumis à l'action contagieuse, peuvent modifier la thérapeutique qui convient au typhus. Tous les bons observateurs l'ont remarqué. L'opportunité des émissions sanguines et les avantages des toniques sont spé-

cialement soumis à ces variations, et peuvent se montrer plus ou moins appropriés au génie du mal. C'est à une étude attentive à distinguer et à préciser ces indications.

La convalescence n'exige pas d'autres soins que ceux qu'elle demande à la suite des fièvres très graves. Je dirai même qu'elle est plus facile, plus assurée et plus rapide après le typhus qu'après beaucoup de ces dernières. Cela tient, sans doute, à ce que, dans le typhus, les organes digestifs conservent à peu près leur intégrité; par suite, l'alimentation se rétablit aisément et sans autant de dangers.

Je suis loin d'avoir épuisé tout ce que le typhus contagieux offre à l'observation, les enseignements cliniques qui peuvent s'en déduire, les questions de thérapeutique qui seraient à soulever à son occasion. Mais cette étude est déjà longue, et je dois la restreindre. Je me suis proposé surtout d'évoquer le type véritable et animé d'une maladie peu connue de nos jours, et de le rendre tel que l'a composé la nature vivante et réagissante. Je serai heureux d'avoir réussi à cette tâche, même à travers beaucoup d'imperfections.

III.

REVUE CLINIQUE.

Fracture du rocher gauche, observation recueillie par M. Wieland, interne à l'Hôtel-Dieu, et communiquée à la Société anatomique.

Un enfant de quinze ans, Jacques Jeanssens, est amené à l'Hôtel-Dieu, le 20 janvier, dans un état de coma profond, ne pouvant donner aucun renseignement. Voici ce que nous apprenons des parents.

En jouant le soir, il y a douze jours (8 janvier), il tomba dans une cave dont l'ouverture était au niveau du sol (la hauteur de la chute est évaluée à 15 pieds environ). La tête porta la première, et, nous disent les parents, il y eut une bosse volumineuse située en arrière, au-dessus de l'oreille *droite;* mais l'examen de la tête nous porte à croire qu'il y a erreur de leur part, car de ce côté on ne trouve que les traces d'une contusion insignifiante, tandis que du côté de la fracture, à gauche, il y a encore les vestiges d'un épanchement sanguin très considérable. On releva l'enfant sans connaissance, et l'on remarqua un écoulement de sang abondant par le nez et par l'oreille gauche; celui-ci s'arrêta bientôt; il n'y eut pas écoulement de sérosité. — Sorti de l'état comateux, le blessé fut pris d'un délire violent qui dura trente-six heures, pendant lesquelles il conserva la liberté complète de ses mouvements. Un médecin appelé lui appliqua 8 sangsues à l'anus et prescrivit de l'huile de ricin. La santé parut se rétablir complétement; en effet, l'enfant allait et venait, mangeait avec appétit; l'intelligence, la sensibilité étaient conservées; pas de déviation de la bouche ni de strabisme; seulement il accusait un mal de tête violent, continu, et paraissant localisé à gauche.

Le vendredi 18, vers le soir, la céphalalgie augmente; perte de connaissance, cris, agitation. Cet état persiste pendant toute la journée du 19 et celle du 20. — Dans la soirée, il est amené à l'hôpital. Nous le trouvons dans l'état suivant.

État actuel. — 20 janvier. Perte de connaissance complète; de temps à autre, cris qu'il redouble lorsqu'on lui soulève la tête; paupière droite incomplétement fermée, gauche tout à fait close; pupilles égales et contractées; teinte ecchymotique très prononcée de presque toute la région latérale gauche de la tête; pouls assez fort et lent. — Saignée; quoique l'incision soit large, il sort à peine en bavant 100 grammes de sang. Sinapismes.

21. Même état à peu près. La tête est dans l'extension; lorsqu'on la soulève, elle résiste, entraîne avec elle la poitrine; il y a un certain degré de contracture dans les muscles du cou; les mouvements forcés sont douloureux, car le malade pousse des cris aigus, et sa figure exprime la souffrance. — Purgation; 20 sangsues derrière les oreilles.

22. Décubitus dorsal; abattement considérable; visage pâle; traits immobiles, déviés à gauche. Cette disposition s'exagère sous l'influence des causes qui font contracter les muscles du visage; la commissure gauche est alors notablement attirée vers l'oreille du même côté. L'œil droit est incomplétement fermé; l'autre, au contraire, est comme convulsivement clos. Les pupilles sont contractées. Plaintes continuelles; agitation fréquente des membres inférieurs, beaucoup moindre pour les supérieurs, surtout le droit. La sensibilité persiste. — Expiration pénible et bruyante; pouls très fréquent, dépressible; déglutition très difficile. Aucune trace d'écoulement séreux par l'une ou l'autre oreille. — 20 sangsues derrière chaque oreille; lavement purgatif.

Le malade succombe à quatre heures après midi.

Autopsie. — Le crâne et le cerveau seuls ont été examinés. Le cuir chevelu étant décollé, on constate entre lui et le péricrâne l'existence d'un large épanchement sanguin formant une ecchymose de 6 à 8 centimètres de diamètre, située à la partie postérieure de la fosse temporale gauche. Le crotaphyte du même côté est infiltré de sang dans toute son épaisseur. *Rien de semblable du côté opposé.*

Une fêlure indiquée par une ligne noirâtre apparaît au-dessus de ce muscle et s'élève verticalement jusqu'au niveau de la bosse pariétale gauche.

La voûte crânienne est divisée à l'aide d'un trait de scie horizontal, et enlevée avec la portion des hémisphères cérébraux qu'elle renferme. On découvre alors que la fracture se prolonge en bas sur la portion écailleuse du temporal par un trajet sensiblement rectiligne; parvenue au niveau de la suture sphéno-temporale, en dehors du trou ovale, elle change brusquement de direction, le franchit en se coudant à angle droit, détache entre le trou ovale et le trou déchiré antérieur quelques esquilles *fort petites*, et partage le rocher en deux, en passant au niveau de l'oreille interne, à 1 centimètre 1/2 environ en dehors de l'ouverture du conduit auditif interne, descend sur la face postérieure du rocher et s'arrête à la partie moyenne du bord antérieur du trou déchiré postérieur.— La dure-mère est décollée dans une grande étendue au niveau de la fosse temporale gauche, par un épanchement assez considérable de sang noir. — L'enveloppe fibreuse du cerveau n'est le siége d'aucune déchirure apparente. — La membrane du tympan vers sa partie postérieure présente une déchirure ovalaire d'une étendue de 1 à 2 millimètres à peu près. — Cerveau ferme; pas d'hémorrhagie étendue. Seulement quelques petits épanchements circonscrits sur le bord interne du lobe postérieur droit; ils sont superficiels, et ne dépassent pas la couche corticale.— Méningite de la base, couleur laiteuse, opaline de l'arachnoïde très marquée au niveau de l'espace antérieur qui renferme de la sérosité purulente; adhérence de cette membrane à la couche corticale.— Rougeur. — Une petite masse de pus concret au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Rapport de M. Trélat *sur l'observation précédente.*

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; je vais essayer de vous le montrer.

Et d'abord, un renseignement donné par les parents du blessé aurait pu induire en erreur sur la cause réelle de la fracture. Il y avait eu, disait-on, une tuméfaction considérable au-dessus de l'oreille droite, peu de temps après l'accident, et la fracture siégeait à gauche; il n'y avait rien du côté droit. M. Bailly vous a fait valoir cette tuméfaction, et a émis l'opinion que nous avions peut-être affaire à une fracture par contre-coup, et de la meilleure espèce, car elle eût été située au point diamétralement opposé à celui du choc. Le cas eût été précieux; mais il faudrait être bien complaisant vis-à-vis de la théorie pour admettre un semblable mécanisme, lorsque nous trouvons à gauche, côté de la fracture, un énorme épanchement sous la peau, dans le temporal et sous le crâne, tandis que rien de semblable n'existe de l'autre côté. Nous

avons donc la preuve matérielle, brutale, pour ainsi dire, que le choc a bien porté sur la bosse pariétale gauche.

De là la fracture descendait sur l'écaille du temporal pour rencontrer la suture sphéno-temporale un peu en avant du trou ovale. A ce niveau, au lieu de continuer son trajet vers le corps du sphénoïde, elle se coudait à angle droit pour se porter en arrière vers le rocher. Cette direction est tout à fait insolite, ainsi que M. Bauchet vous l'a fait remarquer. D'habitude, ces fractures qui succèdent à des chocs appliqués sur la bosse pariétale marchent parallèlement au bord antérieur du rocher et s'épuisent sur le sphénoïde, ou bien le traversent pour se perdre dans les fosses supérieure ou moyenne du côté opposé. Notre fait échappe complétement à cette règle générale. Est-il possible de trouver la cause de cette particularité? C'est, dans mon opinion, à l'âge du sujet qu'on doit l'attribuer. En effet, c'était un enfant de quinze ans. Sur la pièce, que j'ai sous les yeux, la suture occipito-basilaire est encore extrêmement visible, l'occipital, le temporal, sont minces et transparents, le rocher n'a pas encore atteint son complet développement. Or si chez l'adulte le crâne est constitué par une masse rigide dont toutes les pièces sont soudées ensemble ou unies par des sutures immobiles, il n'en est plus de même chez l'enfant, où l'élasticité de la paroi, le jeu des pièces osseuses les unes sur les autres à la faveur de leurs articulations plus lâches, sont la source d'un mode de résistance spécial et bien différent de celui qui existera plus tard.

Nous sommes d'autant mieux fondés à admettre cette explication sur l'élasticité du crâne, que la fracture est incomplète dans une certaine partie de son étendue, où elle n'intéresse que la table interne, et qu'elle s'arrête net à la suture spheno-temporale. Or on sait que ce rôle protecteur des sutures, très exagéré par les anciens chirurgiens, qui en cela n'avaient fait que copier Hippocrate, que ce rôle, dis-je, avait été nié dans ces derniers temps. C'est qu'en effet, le plus souvent, on voit des traits de fracture franchir sans se dévier les trous et les sutures; mais c'est une conséquence de l'immobilité absolue, qui n'existe pas ici. Dès lors nous comprenons pourquoi la suture, qui oppose une barrière à la fracture chez l'enfant, la laisse passer outre chez l'adulte.

Les détails qui précèdent n'ont qu'une importance secondaire; j'arrive au fait capital de l'observation de M. Wieland, fait sur lequel le candidat a eu le tort de ne pas attirer l'attention de la Société. La fracture, continuant à se porter en arrière, ouvre l'oreille moyenne dont la membrane du tympan est rompue, et passe à 3 millimètres en dehors du conduit auditif interne pour se terminer au milieu du trou déchiré postérieur.

C'est donc une fracture perpendiculaire à l'axe du rocher, faisant communiquer l'oreille interne et l'oreille moyenne, qui s'ouvre elle-même à l'extérieur par la rupture du tympan. C'est dans ces conditions que se produit l'écoulement séreux. Comment se fait-il que nous ne l'observions pas ici? Vous comprenez toute l'importance de cette question; car si l'on arrivait à prouver que, toutes les conditions matérielles de l'écoulement étant remplies, cet écoulement n'a cependant pas lieu, ce serait une rude atteinte portée à la théorie généralement admise aujourd'hui. Cette argumentation a été développée par M. Houel, à propos d'une pièce sur laquelle je reviendrai plus loin. Au premier abord, elle semblerait admissible ici, mais elle tombe devant ce fait que la fracture passe en dehors du fond du conduit auditif, et qu'en conséquence il est absolument impossible que le cul-de-sac arachnoïdien ait été rompu. Dès lors, d'où serait venu le liquide séreux? Par où aurait-il passé? La voie lui étant fermée au fond du conduit, il ne pouvait pas s'écouler au dehors.

Vous vous souvenez, sans doute, d'une pièce présentée par M. Charnal dans une séance du mois de décembre dernier: c'était aussi une fracture du rocher, une fracture perpendiculaire à l'axe passant à travers le fond même du conduit auditif interne et à travers l'oreille moyenne; le cul-de-sac arachnoïdien était manifestement rompu; il n'y avait pas eu d'écoulement séreux. L'explication était bien simple: la membrane du tympan était intacte. Il était donc de toute impossibilité qu'un écoulement quelconque venant de l'oreille moyenne se fît jour à l'extérieur. Néanmoins, M. Houel, peu satisfait de mes réponses à ses objections, déclara, à propos de ce fait, que rien n'était moins bien établi que la théorie actuelle sur les écoulements séreux de l'oreille, et qu'un certain nombre de faits étaient de nature à inspirer à cet égard les doutes les plus sérieux. Il y avait dans cette argumentation, empruntée tout entière à un travail publié antérieurement par M. Houel (1), quelques points erronés que je ne puis laisser passer. C'est ainsi que notre collègue indique la possibilité d'écoulements, la membrane du tympan restant intacte; il s'appuie sur l'examen d'une pièce que j'ai moi-même déposée au musée Dupuytren (2). Sans doute la membrane était intacte, mais au-dessous d'elle la fracture qui longeait le conduit auditif externe mettait en libre communication la caisse tympanique avec l'extérieur. Il était donc peu important que la membrane fût ou non percée, puisqu'à côté d'elle il y avait un libre passage.

Quelques lignes plus loin, M. Houel dit que l'écoulement séreux existe dans les fractures parallèles à l'axe du rocher, dans ces fractures qui longent le bord antérieur de l'os. Ici je proteste, et je déclare à mon tour que c'est là une hérésie qui aurait eu grand besoin de s'appuyer sur quelques faits pour être démontrée. Je n'en connais aucun, jusqu'ici, qui lui soit favorable. C'est de l'écoulement sanguin et jamais de l'écoulement séreux qui a lieu en pareille circonstance.

Ces rectifications établies, passons aux faits cités par M. Houel. Je n'en examinerai que deux, les observations de MM. Ferri et Prescott Hewett; ce sont les seuls importants. Le dernier surtout, qui n'a pas encore été publié, présente le plus grand intérêt.

Ici la thèse change complétement; dans les deux cas, on a observé un écoulement séreux, et à l'autopsie il a été impossible de constater les lésions que nous regardons actuellement comme indispensables à sa production.

Ces faits sont précieux à connaître et à enregistrer, mais, d'une interprétation difficile, ils sont plutôt de nature à nous inspirer des recherches plus attentives sur les observations à venir qu'à renverser d'un seul coup les idées reçues. Vous allez en juger.

Un jeune homme (3) faible et rachitique, âgé de vingt ans, tombe sur le côté gauche de la tête. Immédiatement, perte de connaissance, vomissements, hémorrhagie par l'oreille gauche. *Au bout d'une demi-heure*, ce n'est plus du sang, mais un liquide rosé qui s'écoule goutte à goutte, et qui en trois heures devient complétement incolore. Surdité des deux côtés, douleurs vives dans l'oreille gauche. Au bout de trois jours, l'écoulement se supprime; il reparaît après vingt-cinq heures, d'abord sanguin, puis de nouveau séreux, et dure en tout un peu plus de cinq jours. L'accident avait eu lieu le 15 juin 1847; le 21 juillet, le malade quittait l'hôpital guéri, mais conservant l'ouïe dure.

On évalua à près de 4 livres la quantité du liquide qui s'écoula de l'oreille gauche. Il contenait des globules sanguins, du mucus, quelques cellules épidermiques, pas de trace d'albumine; l'analyse chimique n'indiquait que de l'eau et une très minime proportion de chlorhydrate de soude. — Ce n'était pas la composition du sérum, mais ce n'était pas absolument celle du liquide céphalo-rachidien.

Cinq années se passent, et, en septembre 1853, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour un abcès au cerveau auquel il succombe au bout de trois jours.

L'autopsie, qui fut faite avec grand soin, mérite toute notre attention:

L'écoulement avait eu lieu du côté gauche; *à droite*, la caisse du tympan était pleine d'une matière jaune rougeâtre, épaisse, molle comme un caillot sanguin. La membrane se trouvait confondue avec les matières renfermées dans la caisse et le conduit auditif externe; les osselets étaient en partie détruits; deux orifices faisaient communiquer la caisse du tympan avec l'intérieur du

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1855, n° 8.
(2) Pièce n° 40, C.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1853, page 59.

crâne. En ce point le cerveau et le sinus latéral droit étaient baignés de pus.

Du côté gauche, pas de traces de déchirure de la dure-mère, ni de fracture du rocher. Mais dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, au fond du conduit auditif, quelques taches ecchymotiques récentes, et les vaisseaux de la pie-mère plus développés. D'autre part, la membrane du tympan, vers sa partie inférieure, présentait une petite surface enfoncée, inégale, épaissie, d'un blanc opalin, dont la face interne envoyait des brides irrégulières, qui s'attachaient au plancher de la caisse. Tous les osselets de l'ouïe avaient perdu leurs rapports normaux et étaient déformés, l'étrier était brisé, le promontoire, changé en un enfoncement irrégulier. Enfin, au lieu de la fenêtre ronde, on voyait une membrane blanchâtre deux fois plus grande que celle qui existe d'habitude.

Trois hypothèses se présentent et peuvent être défendues, mais, je me hâte de le dire, aucune d'elles n'est à l'abri d'objections.

La première est une fin de non-recevoir, elle est timidement hasardée par la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*. Peut-être qu'au bout de cinq ans on a perdu le souvenir exact du côté de l'écoulement, et alors les lésions si graves que l'on trouve à droite expliquent à merveille un écoulement séreux de ce côté. Non, elles ne l'expliquent pas, car ces lésions ne portent que sur l'oreille moyenne et non sur l'oreille interne, puis il existe aussi dans l'oreille gauche des désordres importants ; enfin le soin avec lequel l'auteur indique tous ces détails ne permettent pas de croire à une erreur aussi grave.

Dans une seconde hypothèse, adoptée et défendue par M. Ferri, c'est le liquide des cavités labyrinthiques qui serait la source de l'écoulement. L'oreille moyenne et le limaçon ont seuls été compris dans les altérations constatées à l'autopsie ; il n'y a aucune communication avec les réservoirs sous-arachnoïdiens : c'est donc uniquement du labyrinthe qu'a pu provenir le liquide.

Il nous faudrait donc accepter que ce labyrinthe, qui, normalement, contient une gouttelette de liquide, va, parce qu'il est ouvert, sécréter une livre de ce même liquide par vingt-quatre heures. Ne voyez-vous pas quel riche appareil de sécrétion constitue cette masse compacte du rocher, et ne concevez-vous pas bien comment une fissure qui le traverse y excite une aussi incroyable activité fonctionnelle? Ces objections ont été faites vingt fois : elles sont réelles. On se refuse, jusqu'à preuve matérielle, à admettre cette hypersécrétion ; et cette preuve, nous ne la trouvons certes pas dans un fait de la nature de celui-ci, où de longues années, consécutives à la guérison, ont pu amener des changements considérables dans les parties atteintes.

C'est même sur cette considération que je fonde l'opinion que je vous propose. Elle se résume ainsi : Il y a eu, à l'époque de l'accident, une fracture qui faisait communiquer le cul-de-sac arachnoïdien avec l'extérieur. En effet, cette communication, nous pouvons la suivre pas à pas, depuis le conduit auditif externe jusqu'à la fenêtre ronde, jusque dans l'intérieur du limaçon : là nous en perdons la trace ; mais remarquez quelle faible épaisseur nous sépare du fond du conduit auditif interne : la lame criblée du limaçon, pas autre chose. D'un autre côté, si nous nous rappelons qu'à l'époque de l'accident il y a eu une surdité complète, qu'à l'autopsie on a trouvé quelques petites ecchymoses sur le cul-de-sac arachnoïdien, qu'enfin ces fractures fissuraires du rocher peuvent très bien se consolider, sans laisser, en quelques points au moins, de cal apparent, nous aurons de fortes présomptions pour croire que notre écoulement séreux provenait bien des réservoirs sous-arachnoïdiens, et qu'il suivait la route usitée en pareille circonstance.

Je ne me dissimule pas qu'on peut m'objecter l'apparition très rapide de l'écoulement, ce qui n'est pas la règle ; sa composition, un peu différente du liquide céphalo-rachidien, puisqu'il ne contenait pas de sels de chaux, pas de traces d'albumine. Mais l'apparition précoce a été notée un certain nombre de fois, et l'on conçoit très bien que l'abondance de la sécrétion modifie quelque peu la composition d'un liquide qui, à l'état normal, ne contient que de très faibles proportions de sels calcaires.

Je passe à l'observation de M. Prescott Hewett. En décembre 1854, ce chirurgien communiqua à la Société de chirurgie le fait suivant, qu'il venait de rencontrer à l'hôpital Saint-George, de Londres.

Un homme de quarante-cinq ans fit une chute de vingt pieds de haut, resta quelques instants étourdi et reprit bientôt connaissance. Il y avait une plaie contuse à la partie postéro-supérieure de la tête à droite, et un liquide séro-sanguinolent coulait en abondance de l'oreille gauche. Cet écoulement continua très abondant pendant trois jours, d'abord rosé, puis complétement limpide ; il diminua le quatrième jour, disparut le cinquième, et fut remplacé le sixième par un petit suintement séro-purulent. Le liquide contenait une notable proportion d'albumine ; mais comme il renfermait toujours du sang, le docteur Bence Jones, à qui l'analyse fut confiée, déclara que les résultats ne pouvaient avoir aucune valeur significative.

Au bout de sept jours, le malade succomba à une méningo-encéphalite coïncidant avec un érysipèle du cuir chevelu.

A l'autopsie, on constata :

Une fracture à bords peu écartés, commençant vers le milieu de la fosse occipitale droite, et se dirigeant vers le grand trou occipital.

Une fissure à peine marquée, qui longeait d'abord le trou occipital, venait se perdre en arrière du trou déchiré postérieur.

Partout la dure-mère est intacte ; les parois du sinus latéral gauche sont parfaitement saines.

Le rocher, examiné à plusieurs reprises, avant et après macération, avec le plus grand soin, par M. Hewett et M. Henri Gray, conservateur du musée de l'hôpital, *le rocher ne présentait aucune trace de fracture sur aucune de ses faces.*

Le cul-de-sac arachnoïdien, la dure-mère, les nerfs, les parois du conduit auditif interne étaient parfaitement sains ; sur le nerf auditif, on voyait une gouttelette de sang grosse comme une tête d'épingle.

La membrane du tympan était largement perforée en avant et en bas.

Les osselets de l'ouïe étaient à leur place ; la base de l'étrier remplaçait la fenêtre ovale ; rien du côté de la fenêtre ronde.

Toute la membrane interne de la caisse du tympan était d'un rouge vif dû à la présence d'un réseau vasculaire très développé ; les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus. Le vestibule, le limaçon et les conduits demi-circulaires ne présentaient aucun changement de coloration : partout ils sont à l'état le plus normal.

Ainsi, messieurs, le fait capital de cette observation, c'est un *écoulement séro sanguinolent, sans fracture du rocher, sans communication du labyrinthe avec le tympan, sans ouverture de vaisseaux voisins.*

A quelle théorie demanderez-vous la solution du problème ? Aucune ne saurait vous répondre, et vous pourrez successivement passer en revue les nombreuses opinions émises depuis quinze ans sans trouver une solution. Si cependant à tout prix il faut une explication, la seule possible, la seule rationnelle, c'est que le liquide venait de la caisse du tympan ou des cellules mastoïdiennes. Mais alors, voyez la conséquence : comment se fait-il que l'on n'ait pas observé jusqu'ici cet écoulement dans les innombrables fractures de cette espèce ? Comment se fait-il que ce soit toujours du sang et non de la sérosité qu'on ait vu sourdre du conduit auditif ? Et puis où est la source de ce liquide qui filtrait en assez grande abondance pour qu'on pût en recueillir 60 grammes en moins d'une heure ? Ces questions restent sans réponse.

Sachons avouer que, dans l'état actuel de nos connaissances, ce fait reste sans explication. Il ne peut servir à appuyer aucune théorie, mais il n'en renverse aucune non plus ; sa signification nous échappe, nous ne pouvons rien faire autre chose que de l'enregistrer avec soin pour l'avenir.

Mais en le prenant au point de vue séméiologique, vous allez sans doute en tirer cette conclusion : que l'écoulement séreux n'est plus le signe pathognomonique d'une fracture du rocher. Et même si vous êtes peu satisfaits de mes explications sur l'observation de M. Ferri, et que vous persistiez à croire avec l'auteur, chose très

admissible, qu'il n'y a jamais eu de fracture du conduit auditif interne, vous aurez deux observations au lieu d'une pour légitimer cette conclusion.

Soit, mais alors il est utile de remarquer que, dans les deux cas, l'écoulement a eu lieu au moment même de l'accident, qu'il a duré quatre ou cinq jours, et qu'il était mélangé avec des globules sanguins en assez forte proportion, et qu'enfin on n'y a pas trouvé cet excès de chlorures alcalins qui constitue un des principaux caractères du liquide sous-arachnoïdien.

Si vous rapprochez ces remarques de ce que l'on sait sur la physionomie de l'écoulement séreux lié aux fractures, vous devrez vous tenir en garde contre l'apparition trop rapide d'un liquide contenant du sang pendant plusieurs jours et ne présentant pas la saveur ou les réactions du sel marin.

Je n'ai pas eu la prétention de reprendre, dans ce rapport, la question si vaste et si difficile des écoulements séreux de l'oreille dans les plaies de tête ; mais j'ai pensé que la Société ne me saurait pas mauvais gré d'avoir porté à sa connaissance et d'avoir discuté devant elle ces deux faits si intéressants.

Après cette lecture, M. *Houel* dit qu'il n'a jamais entendu donner une théorie complète des écoulements séreux dans les fractures du rocher, mais que pour faire adopter sans conteste l'opinion que le liquide vient toujours des réservoirs rachidiens, il eût fallu prouver que le cul-de-sac arachnoïdien est rompu, que la fenêtre ovale et la fenêtre ronde sont ouvertes, enfin que le tympan est déchiré. Or ces conditions ne se trouvent pas remplies dans la plupart des observations.

M. *Trélat* répond : Chaque fois qu'une fracture passe par le fond du conduit auditif interne, l'oreille moyenne est fatalement en communication avec le cul-de-sac arachnoïdien, la fracture divisant à la fois le cul-de-sac et la caisse du tympan, il n'y a donc pas lieu de s'occuper de la fenêtre ronde ou de la fenêtre ovale, une large voie étant ouverte par le fait même de la fracture.

IV.

CORRESPONDANCE.

Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans des remarques critiques fort justes, dont vous accompagniez l'analyse d'un mémoire de M. le docteur Rochard et des discussions qui en avaient été la suite dans la presse médicale, vous laissiez percer une certaine incrédulité touchant l'efficacité d'une médication qu'on donnait comme réussissant à peu près constamment dans une maladie où toutes les autres médications échouent presque toujours, et vous en appeliez à de nouvelles expérimentations.

Comme vous, monsieur le rédacteur, je doutais beaucoup de l'efficacité de l'iodure de chlorure mercureux; cependant j'avais, dans ma clientèle, une dame dont la couperose (*acne rosacea*) avait résisté à tous les traitements. En désespoir de cause, je lui parlai de la nouvelle méthode de traitement du docteur Rochard : elle consentit à l'essayer.

Le résultat, que j'ai souvent constaté, a été aussi surprenant pour moi que favorable à la méthode de ce médecin.

Convaincu que je puis être utile à mes confrères et aux malades qui se trouveraient dans le même cas, je m'empresse de vous envoyer cette observation.

Obs. — Madame B..., âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin, est affectée depuis huit ans d'une couperose *acne rosacea*, caractérisée par de nombreuses pustules accompagnées d'érythème. Madame B... avait habité longtemps la campagne. A l'âge de trente-deux ans, des revers de fortune l'obligèrent à prendre un emploi sédentaire qui exigeait beaucoup de fatigues et surtout des veilles prolongées. Madame B... vit alors apparaître des boutons et des rougeurs sur plusieurs points du visage, principalement sur les joues, le nez et le menton. En même temps que la couperose se manifestait, les fonctions digestives s'altéraient (dyspepsie, constipation opiniâtre), et la fonction menstruelle s'accomplissait d'une manière insuffisante.

Dans cet état, madame B... dut chercher à se délivrer d'un mal aussi fâcheux. Elle employa successivement tous les traitements, *toutes les médecines* (j'allais dire tous les médecins), purgations répétées, bains de vapeur, eaux de Baréges, tisanes amères, traitement par l'homœopathie, par l'*analyse chimique* (du docteur Debordieu), enfin elle vit tous les charlatans usités en pareil cas. Dans ces derniers temps, elle fut soignée par feu mon oncle, le docteur Henry. Des saignées répétées, trois ou quatre par an, n'eurent d'autre effet que de diminuer la rougeur de la face pendant un laps de temps très court. A la mort du docteur Henry, je fus consulté par madame B... sur l'opportunité d'une nouvelle saignée. Convaincu qu'indépendamment des récidives de la couperose la santé s'affaiblissait tous les jours, je refusai de continuer un système de traitement qui ne pouvait que lui être préjudiciable. C'est alors que je parlai du traitement du docteur Rochard, traitement qui fut accepté.

M. Rochard fit les premières applications de la médication dans le courant de décembre 1855. La maladie de madame B... présentait alors des pustules nombreuses, indurées à leur base, et quelques-unes terminées par une pointe blanche ; ces pustules, de volumes variés, occupaient principalement les joues, le front et le menton. Sur toutes ces parties, et principalement sur le nez, la peau était érythémateuse et légèrement hypertrophiée.

Il fut fait, à divers intervalles, par M. Rochard, sept applications successives de la pommade d'iodure de chlorure mercureux. Je suivis attentivement ces applications, et je pus constater que la rougeur violacée qui accompagnait les pustules diminuait sensiblement d'intensité, en même temps que les pustules s'affaissaient, en sorte qu'au bout de trois mois les caractères repoussants de cette maladie avaient entièrement disparu.

Depuis environ quatre mois, madame B... a cessé l'application locale du topique de M. Rochard. Aujourd'hui la peau a repris son aspect normal et les traits du visage leur finesse ; de plus, la santé générale est devenue meilleure.

Telle est, monsieur le rédacteur, l'observation que je crois devoir vous communiquer. Dans ce moment, M. Rochard expérimente dans le service de M. le professeur Nélaton, à la Clinique. Il a, entre autres, commencé le traitement d'une couperose et d'un *psoriasis inveterata*. Lorsque l'observation sera complète, je me ferai un plaisir de vous la communiquer.

D^r Chateau,
Lauréat de la Faculté.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Embryogénie comparée. — *Parallèle de l'œuf mâle et de l'œuf femelle chez les animaux ; développement spontané de l'œuf mâle*, par M. *Serres*. — Nous extrayons de ce travail les passages suivants : « L'œuf femelle se détache seul de l'ovaire, laissant en place la vésicule ovigène, tandis que, chez les mâles, l'œuf emporte avec lui la vésicule mère dans laquelle il se développe : d'où l'on peut voir que, pour apprécier convenablement les rapports de composition de l'œuf dans les deux sexes, il faut comparer l'œuf des mâles, au moment où il va se détacher, à l'œuf ovarien des femelles.

» On reconnaît, premièrement, qu'au moment où le granule ovigène de l'ovaire se dilate pour prendre l'aspect de follicule, il ressemble en tous points au follicule testiculaire au moment où celui-ci se boursoufle avant de se détacher des parois des conduits séminifères. L'un et l'autre sont constitués par une enveloppe très mince qui leur donne l'aspect d'une vésicule microscopique ; l'un et l'autre renferment un liquide limpide d'une nature albumineuse ; l'un et l'autre sont transparents. Dans ce premier état, la vésicule ovigène

des mâles ressemble donc exactement à la vésicule ovigène des femelles. Elle se détache à cette période et devient libre, tandis que celle des femelles reste enchevêtrée dans le stroma de l'ovaire. A part cette différence, le contenu des deux vésicules subit alors des modifications semblables ; en sorte qu'on voit persister l'analogie de composition qu'elles présentaient auparavant.

» Si nous comparons l'œuf ovarien et l'œuf testiculaire à la période respective de leur formation, nous les trouvons composés l'un et l'autre des mêmes éléments. L'un et l'autre ont en dehors une pellicule membraneuse qui constitue leur enveloppe vésiculeuse. Cette enveloppe est la vésicule ovigène. Au milieu de cette vésicule, l'un et l'autre offrent une seconde vésicule incluse dans la première : c'est la vésicule germinative. Au centre de la vésicule germinative, l'un et l'autre présentent une tache nébuleuse : c'est le point germinatif ou germinateur. De plus, dans l'un et l'autre, il y a un liquide de nature albumineuse. Dans l'un, c'est le liquide de la vésicule ovigène femelle ; dans l'autre, c'est celui de la vésicule ovigène mâle. Le point germinatif est mat et sans liquide dès son apparition, dans l'œuf ovarien comme dans l'œuf testiculaire. Est-il possible de trouver dans l'organisme des animaux deux *organites* aussi semblables que ceux-ci ? L'un n'est-il pas la répétition exacte de l'autre ?

» Passé cette seconde période de développement, les deux œufs se différencient. L'un, l'œuf ovarien, acquiert des parties nouvelles qui ne se forment pas dans l'œuf testiculaire. Les parties nouvelles qui s'ajoutent à l'œuf des femelles sont le cumulus proligère, le jaune et la membrane vitelline, toutes parties dévolues à la formation de l'embryon futur, dont la vésicule germinative des femelles renferme les éléments, tandis que la vésicule germinative des mâles apporte dans l'association le principe de l'initiation à la vie. »

Étudiant, dans la troisième période, le rôle des deux œufs dans la fécondation, M. Serres a observé dans l'œuf des mâles une transformation très remarquable. En effet, tandis que, dans les femelles, le développement est exogène à la vésicule germinative, dans l'œuf des mâles, au contraire, le développement est endogène à cette vésicule, puisque c'est dans son intérieur, et quelquefois même dans le point germinatif, que se produit le phénomène de la segmentation spontanée. D'après des faits bien constatés, la vésicule germinative paraît être, dans l'œuf des mâles, le siége de la segmentation, et dès à présent on peut compter trois modes différents suivant lesquels cette segmentation s'effectue : 1° Dans le premier, c'est la vésicule germinative et son point germinateur qui se fractionnent et se multiplient : tel est le cas des mammifères et des oiseaux. 2° Dans le second, observé chez les batraciens, parmi les reptiles, la vésicule germinative se multiplie de même que chez les mammifères et les oiseaux ; mais le point germinatif se vésiculise, et cette vésicule nouvelle participe avec son noyau à cette multiplication. 3° Enfin, dans le troisième mode, observé chez les poissons par M. Burnett, c'est le point germinatif vésiculisé qui seul se segmente et se multiplie dans l'intérieur de la vésicule germinative.

Mais la vésicule germinative et le point germinatif sont-ils étrangers au phénomène de la segmentation dans l'œuf fécondé des femelles ? Invoquant les recherches de Barry, M. Serres pense que, dans l'œuf femelle, le germe est, après la fécondation, le produit de l'évolution et des métamorphoses de la vésicule germinative et de son point germinatif. Il en est de même du zoosperme chez les mâles ; de sorte que, dans les deux sexes, les zoospermes et le germe suivront dans leur développement les degrés de deux échelles parfaitement parallèles. Cette similitude, quant au mode d'origine, est essentielle à constater dans les préludes de l'embryogénie primitive.

« Ainsi, comparée à la segmentation de l'œuf des femelles, celle de l'œuf des mâles ne présente aucune différence bien notable. L'une est la répétition de l'autre. Dans les deux œufs, la division première, puis les subdivisions subséquentes, nous représentent avec évidence le procédé général de la génération par scissure. Cependant, à l'époque où ces phénomènes similaires se développent, les deux œufs sont dans des conditions physiologiques bien différentes : l'un, l'œuf de la femelle, a été fécondé ; il a reçu du mâle le principe, le souffle de vie qui le met en mouvement ; l'autre, au contraire, l'œuf du mâle, n'a rien reçu ; il a puisé en lui-même le principe de vie qui l'a mis en action ; son mouvement lui appartient en entier : *per se movet*, il se meut par lui-même. Si donc la segmentation des deux œufs est le symbole de la génération, nous sommes conduits par les faits à conclure : 1° que la génération de l'œuf femelle est une génération communiquée, tandis que celle de l'œuf mâle est une génération spontanée ; 2° que l'œuf mâle est initiateur, et l'œuf femelle initié à la vie. »

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE. — *Quel est le rôle des nitrates dans l'économie des plantes ?* par M. *George Ville*. (Deuxième mémoire.) — L'auteur résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes : 1° Un pot rempli de sable calciné, auquel on ajoute quelques grammes de cendre végétale, et qu'on abandonne à la libre circulation de l'air, ne devient pas le siége d'une formation de nitrate. Le résultat est encore négatif, lorsqu'on ajoute au sable de la gélatine et de la graine de lupin. — 2° Les plantes absorbent et s'assimilent directement l'azote des nitrates. — 3° les graines qui ne donneraient, dans le sable calciné, que des rudiments de plantes, produisent, au contraire, des plantes qui végètent dans ce même sable avec le secours d'un nitrate, et elles absorbent ou n'absorbent pas l'azote de l'air, suivant que la quantité de nitre employé suffit ou ne suffit pas à leur faire parcourir une première végétation. — 4° A égalité d'azote, le nitre produit sur les plantes plus d'action que le sel ammoniac : donc ce nitre ne se change pas en ammoniaque, ni avant, ni après son assimilation. (*Comm.:* MM. Chevreul, Payen, Decaisne.)

CHIMIE. — *Mémoire sur l'origine du nitre*, par M. *Desmarest*. (1re partie.) — Il résulte, dit l'auteur, des faits exposés dans ce mémoire : 1° Que l'azote et l'oxygène de l'air ne sont pas susceptibles de se combiner, sous l'influence de l'électricité, pour former de l'acide nitrique. — 2° Que cet acide ne se forme pas sous l'influence de l'ozone, ou lorsqu'on décompose l'eau aérée par l'électricité. — 3° Qu'il ne se forme pas davantage par l'oxydation de l'azote, du gaz ammoniac ou des matières organiques, aux dépens de l'oxygène de l'air. — 4° Qu'il ne se forme, enfin, que lorsque l'azote se trouve en présence d'un excès d'oxygène, c'est-à-dire dans un cas qui ne se présente pas ordinairement dans la nature. Ces conclusions, ajoute l'auteur, recevront une nouvelle confirmation dans la seconde partie de ce travail, qui sera consacrée à faire voir comment se produit la nitrification des pierres. (*Comm. :* MM. Chevreul, Pelouze, Regnault.)

PHYSIQUE DU GLOBE. — *De la formation et des sources de l'ozone atmosphérique*, par M. *Scoutetten*. — Nous avons publié ce travail *in extenso* dans notre dernier numéro, p. 505. (*Comm.:* MM. Becquerel, Regnault, J. Cloquet.)

MÉDECINE. — *Sur l'emploi thérapeutique de l'acide carbo-azotique et sur sa propriété de colorer les parties cutanées*, par MM. *F.-C. Calvert* et *Moffat*. — Il résulte d'un certain nombre d'essais, que ce sont les carbo-azotates d'ammoniaque et de fer qui réussissent le mieux, l'acide pur étant sujet à donner des crampes dans l'estomac. Le carbo-azotate de fer a parfaitement réussi dans plusieurs cas de céphalalgie ; le carbo-azotate d'ammoniaque dans des cas d'anémie, de fièvre intermittente, d'hypochondrie. Ce sel, mêlé à de l'acide gallique et à de l'opium, a guéri plusieurs fois des diarrhées rebelles. M. Moffat a lui-même obtenu plus de vingt-sept cas de guérisons diverses au moyen du carbo-azotate. La dose du carbo-azotate qu'on a administrée en pilules a été depuis 0,05 jusqu'à 0,10, trois fois par jour. Ce qui rend l'emploi de ces composés excessivement intéressant, c'est que les malades deviennent jaunes comme s'ils avaient une forte attaque de jaunisse, et, comme cette dernière maladie, non-seulement la peau, mais la conjonctive des yeux sont colorées. Le temps nécessaire pour que cette coloration apparaisse varie, suivant les malades, depuis quarante-huit heures jusqu'à cinq ou seize jours ; mais la moyenne a été de sept jours. La quantité de carbo-azotate qui a généralement produit la coloration de la peau a été d'un gramme.

Elle disparaît de deux à trois jours après que l'on a cessé d'administrer ce produit.

Les auteurs ayant cherché à découvrir la présence de cet acide dans les urines, ont trouvé 0,01 d'acide carbo-azotique dans 100 grammes d'urine, alors même qu'elle avait été conservée pendant plusieurs jours.

HYGIÈNE. — *Étude sur l'emprisonnement cellulaire, au point de vue de la santé des prisonniers*, par M. *Pietra Santa*. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la vision : De la contraction et de la dilatation de la pupille attribuées à une action thermo-électrique*, par M. *Huguet*. (*Comm.:* MM. de Quatrefages et Bernard.)

— M. *Boulu* et M. *Billiard* (de Corbigny) présentent différents ouvrages au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

NOMINATIONS. — MM *Coste*, *Flourens*, *Milne Edwards*, *de Quatrefages* et *Serres* sont nommés membres de la commission du grand prix des sciences physiques de 1856 (question concernant le développement de l'embryon).

SÉANCE DU 21 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — *Nouveau procédé de rhinoplastie*, par M. *Charles Sédillot*. — « Dans un premier temps, on taille comme d'habitude le lambeau frontal, mais on donne plus de longueur et de largeur à la languette tégumentaire destinée à la sous-cloison. Dans un deuxième temps, on détache de la partie moyenne et de toute la hauteur de la lèvre supérieure un lambeau de 1 centimètre environ de largeur, dont la base est en haut, l'extrémité libre en bas, et qui s'étend en arrière jusqu'auprès de la muqueuse sans l'intéresser.

» Le lambeau, relevé à angle droit, présente une surface supérieure épidermique et une face inférieure traumatique ou sanglante. En plaçant au-dessous de cette dernière, et en contact avec elle, le prolongement du lambeau frontal, on forme une cloison sous-nasale épaisse, résistante, revêtue de peau supérieurement et inférieurement, isolée, sans possibilité d'adhérences avec les parties voisines, continue au nez et à la lèvre dont elle provient, et peu susceptible de rétraction, puisque les deux lambeaux qui la composent tendent chacun à se rapprocher de leur base, et que leur retrait en sens inverse doit en partie se neutraliser.

» Les deux lambeaux superposés sont fixés par quelques points de suture, et l'extrémité libre du lambeau frontal est engagée dans l'angle supérieur de la plaie de la lèvre et y est assujettie par l'une des épingles qui réunissent la solution de continuité labiale, comme dans l'opération du bec-de lièvre. Si l'extrémité de ce lambeau a été prise dans le cuir chevelu, les cheveux qui s'y développent se confondent avec la moustache et en font partie. L'extrémité libre du lambeau labial répond à la face postérieure du lambeau frontal, s'y unit et concourt à former et à soutenir la saillie du nez. »

Ce nouveau procédé a été appliqué pour la première fois sur la personne d'un sergent entré à l'hôpital de Strasbourg, le 14 février 1856, pour une affection spécifique compliquée de la perte d'une grande partie du nez. L'opération fut pratiquée le 3 mai; le 17 juin, la guérison était complète.

Voici, en résumé, les règles auxquelles l'expérience a conduit M. Sédillot :

« 1° Il y a danger et inutilité à tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, dont la cicatrisation s'accomplit avec une innocuité et une régularité remarquables sous l'influence de simples pansements à plat.

» 2° La conservation du pédicule du lambeau est indispensable dans la méthode indienne, la seule dont nous nous occupions. C'est le meilleur moyen d'assurer le relief de la racine du nez et d'éviter toute crainte de mortification du lambeau.

» 3° Les téguments anaplastiques empruntés au front n'éprouvent pas immédiatement de retrait très appréciable, et doivent offrir de prime abord la forme la plus régulière et la plus exacte. La période de perfectionnement, que nous avions pu admettre pour d'autres anaplasties, n'existe pas pour les rhinoplasties bien faites. Il faut seulement que le lambeau ait des dimensions plus fortes que nature et qu'il présente des saillies latérales correspondantes aux anfractuosités à combler.

» 4° On réussit à donner à l'arête du nez une saillie mince et triangulaire par l'emploi d'une épingle passée transversalement d'un côté à l'autre du lambeau, un peu au-dessous du point correspondant à l'extrémité inférieure des os du nez, qu'ils existent ou non, et à 6 ou 8 millimètres environ en arrière du bord libre formé par la plicature longitudinale du lambeau. La pression est pratiquée par de petits disques de carton et d'agaric, soutenus d'un côté par la tête et de l'autre par la pointe de l'épingle, courbée et renversée sur elle-même.

» 5° On donne aux portions du lambeau destinées à reconstituer les ailes du nez la forme triangulaire, afin d'en reployer l'extrémité et d'obtenir un bord libre, mousse et permanent pour l'adossement de la peau.

» 6° Le procédé que nous avons décrit sera exécuté conformément aux préceptes ci-dessus formulés.

» 7° Les plaies devront être disposées en lignes droites, aux points de réunion, en évitant tout pli et toute tension, afin d'avoir des surfaces planes et des cicatrices moins apparentes.

» 8° Les ailes du nez et la cloison seront moulées et soutenues sur des tubes d'ivoire ou d'argent d'une grandeur convenable et conservés pendant la cure pour éviter l'affaissement et la déformation des parties. Des tuyaux de plomb ou des morceaux de sonde de gomme élastique, entourés de charpie ou d'une étoffe molle et douce, offriraient les mêmes avantages. »

PHYSIOLOGIE. — *Du sel marin et de la saumure*, par M. *Arm. Goubaux*. — L'auteur s'est proposé de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique ? — Le sel marin administré par les voies digestives, au delà d'une certaine dose, devient manifestement toxique.

2° A quelles doses précises acquiert-il cette propriété ? — Pour les carnivores, le chien en particulier, il suffit d'une quantité de sel égale au 400e du poids du corps (60 grammes) pour tuer en douze heures, et au 113e ou 140e (80 grammes) pour déterminer la mort en moins de deux heures. Pour le cheval, un 200e du poids du corps est toxique en un espace de douze heures.

3° Quelle est sa manière d'agir sur l'économie animale et principalement sur les organes digestifs ? La première action du sel marin est semblable à celle des émétiques et des purgatifs drastiques. Elle se traduit par des nausées, des efforts violents de vomissement, et des déjections fréquentes.

L'animal éprouve habituellement une vive excitation, des convulsions ou des tremblements épileptiformes, et au bout d'un certain temps il tombe dans un état de stupeur, de prostration, où il reste plongé jusqu'au moment de la mort.

A l'autopsie, on trouve de l'hypérémie inflammatoire dans la muqueuse gastro-intestinale, dans la muqueuse de la vessie et dans celle du bassinet; et, du côté du système nerveux, de l'injection à la pie-mère, des ecchymoses diffuses à la surface du cervelet et des hémisphères cérébraux.

4° La saumure a-t-elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution ? — La saumure agit à la manière du sel et par le sel qu'elle tient en dissolution. Les propriétés toxiques spéciales attribuées à la saumure sont donc purement fictives ; ses propriétés sont celles du sel marin lui-même. Ainsi il n'y a pas de raison de proscrire l'usage de la saumure, soit à titre de condiment, soit à titre de médicament stimulant. (*Comm.* : MM. Pelouze et Cl. Bernard.)

OZONOMÉTRIE. — *Observations sur l'ozone, présentées à l'occasion d'une communication récente de M. Cloez*, par M. *Bineau*. — M. Bineau montre qu'on a raison de rapporter à l'ozone le bleuissement du papier dit ozonométrique, quoique ce bleuissement

puisse être produit par d'autres corps que l'ozone, mais seulement dans des conditions tout à fait spéciales qui ne se rencontrent pas dans les observations ozonométriques ordinaires. (*Comm.* : MM. Thenard, Dumas, Boussingault et Becquerel.)

Médecine. — *Cas de typhus observés chez des militaires entrés du 16 au 24 mai à l'hôpital militaire de Châlon-sur-Saône*, par *M. Canat*. — La durée moyenne de la maladie a été de vingt jours ; les convalescences ont été généralement franches et rapides. (*Comm.* : MM. Cloquet et Velpeau.)

Chimie. — M. *Lassaigne* réclame la priorité de l'emploi des vapeurs d'iode pour déceler de très petites quantités de mercure. (*Comm.* : MM. Dumas, Regnault et de Sénarmont.)

Chimie médicale. — *Des transformations qu'éprouve le protochlorure de mercure sous l'influence de l'eau, de l'alcool et de la chaleur*, par M. *Berthé*. — Au point de vue physiologique, l'auteur déduit ceci de ses expériences : S'il suffit d'une température continue de 40 à 50 degrés pour provoquer la transformation partielle du protochlorure de mercure en bichlorure, il ne semble guère douteux que cette transformation doive à plus forte raison se produire dans l'organisme, quand il se trouve soumis à une température voisine de celle qui lui est nécessaire en présence d'une quantité relativement considérable de chlorures alcalins. C'est une preuve de plus à l'appui de l'opinion émise par M. Mialhe, relativement au mode d'action de ce composé. (*Comm.* : MM. Chevreul et Payen.)

Lithotritie. — M. *Guillon* transmet une observation de broiement de la pierre dans la vessie, exécuté au moyen de ses instruments lithotripteurs par un médecin havanais, M. *J. Arastia*.

Académie de Médecine.

Séance du 29 juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : — *a*. Deux rapports de MM. *Dufraisse de Chassaigne* et *Roussel*, médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnoles et de la Chaldette sur le service médical de ces établissements en 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les tableaux de vaccination pour les départements de l'Aisne, de l'Aude, de la Nièvre, de Seine-et-Oise, de la Côte-d'Or, de Maine-et-Loire, en 1855. (*Commission de vaccine.*)

2° M. le ministre de l'instruction publique communique un mémoire de M. *Liégey*, intitulé : « Quelques cas de fièvre intermittente à forme néphrétique, guéris par le sulfate de quinine. » (*Commissaire* : M. Ségalas.)

3° L'Académie reçoit : — *a*. Des lettres de M. *Cap* et de M. *Camille Bernard*, d'Apt, qui demandent la faveur d'être portés sur la liste des candidats pour le titre d'associés étrangers. — *b*. Une lettre de M. *Dechaux* (de Montluçon), qui informe l'Académie que cette ville est depuis un mois sous l'influence de fièvres graves, dont il indique les principaux caractères. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Lebon* (de Besançon), qui communique une observation d'imperforation de l'anus compliquée d'hypospadias. (*Commission déjà nommée.*) — *d*. Un mémoire intitulé : De la sonde à double effet ou moyen de connaître l'épaisseur des parois des cavités qui contiennent des matières anormales non liquides et nature de ces matières; par M. le docteur *Heurteloup*. (*Même commission.*) — *e*. Un instrument spiromètre construit par M. *Charrière* fils, d'après les indications de M. *Guillet*. (*Commissaires* : MM. Bouillaud et Poiseuille.) — *f*. Un mémoire en polonais relatif au traitement du choléra, par M. le docteur *Stankiewicz*. (*Commission du choléra.*)

M. *Robert* dépose sur le bureau, au nom de M. *Alexandre Monnier*, un ouvrage intitulé : « *Histoire de l'assistance dans les temps anciens et modernes.* »

M. *Larrey* met sous les yeux de l'Académie un dessin représentant l'enfant opéré par M. Maisonneuve, dont il a été parlé dans la dernière séance. Au niveau de l'anus artificiel, on voit le double *diverticulum* qui procède directement de l'ouverture et présente deux appendices : l'un supérieur, qui se distend quand il y a accumulation des matières fécales, et qui leur donne issue par un orifice dont son extrémité est perforée ; l'autre inférieur, qui paraît plus grand et plus long, percé aussi à son extrémité pour livrer passage aux mucosités qui s'y amassent.

Le double diverticulum, dessiné au mois de mars dernier, existe encore malgré tous les essais de réduction, et l'enfant est dans un état de dépérissement complet.

Lectures et Rapports.

Anthropologie. — M. *Baillarger* lit une *Note sur l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales.* — Personne n'ignore que chez les sujets atteints d'hydrocéphalie, chez ceux dont la masse cérébrale est en quelque sorte hypertrophiée, chez tous ceux enfin dont la tête dépasse le volume normal, les fontanelles sont larges et persistent longtemps, les sutures demeurent écartées, les os du crâne conservent une grande minceur et restent le plus souvent à l'état cartilagineux.

Le travail de l'ostéose, qui semble si retardé chez ces individus, s'opère au contraire avec une extrême rapidité chez ceux qui ont la tête petite, chez les *microcéphales*. De sorte qu'il existe certainement une étroite relation, un véritable parallélisme entre le volume de l'encéphale et l'ossification des os du crâne, entre le développement du contenant et celui du contenu.

M. Baillarger raconte que, dans un voyage qu'il fit, en 1852, dans le Valais, il trouva, à Saint-Léonard, deux enfants microcéphales. Il mesura leur tête, l'explora avec le plus grand soin ; les os du crâne étaient d'une dureté extrême, les sutures rapprochées et solides et les fontanelles entièrement effacées. La mère avait eu un autre enfant microcéphalien, et elle affirma à M. Baillarger que celui-ci avait présenté, dès sa naissance, les particularités qu'il observait sur les deux derniers enfants.

Un enfant microcéphale, âgé de quatre ans, est mort récemment dans le service de M. Giraldès. L'autopsie a été faite. Le crâne, que M. Baillarger met sous les yeux de l'Académie, est d'un très petit volume ; les os en sont durs et épais ; il n'y a aucune trace de fontanelles ; les os sont entièrement soudés entre eux, les sutures effacées, si ce n'est la suture lambdoïde dont on aperçoit encore une trace linéaire.

Un pareil crâne se rapproche beaucoup de celui du singe par sa forme, son volume et son ossification prématurée.

On sait que le développement de l'intelligence est en rapport direct avec le développement du cerveau. Aussi la masse cérébrale est-elle bien plus considérable chez l'homme que chez tous les animaux. Toutefois la différence est moins sensible au moment de la naissance ; mais dès les premiers mois de la vie extra-utérine, le cerveau acquiert très vite un énorme développement, puisqu'en peu de temps son volume et son poids sont augmentés du double. Quoi qu'il en soit, la tête du fœtus humain, à sa naissance, est encore trop volumineuse pour pouvoir franchir tout ossifiée la filière du bassin maternel : de là, les fontanelles, l'indépendance des sutures, la minceur et la mollesse des os du crâne, toutes conditions qui permettent à la tête de diminuer de volume et de se mouler assez exactement sur la forme des parties qu'elle doit traverser. Chez les animaux, même chez ceux dont l'organisation est le plus semblable à celle de l'homme, la petitesse de la tête rendait de pareilles précautions inutiles ; aussi naissent-ils avec le crâne presque ossifié et sans fontanelles.

Il paraît bien en être de même chez les microcéphales. Leur crâne s'ossifie prématurément, leur cerveau demeure atrophié dans une étroite prison osseuse, et leur intelligence reste rudimentaire comme leur cerveau. Pourtant on trouve encore des degrés dans la faible intelligence de ces êtres dénaturés. Tous les microcéphales ne sont pas idiots au même point. Bien que la circonférence de la base du crâne soit à peu près la même chez tous, tous n'ont pas les bosses pariétales également saillantes ; les plus privilégiés, les plus intelligents d'entre les microcéphales sont ceux chez lesquels ce relief est le plus marqué, car il indique aussi un plus grand développement correspondant du cerveau : M. Baillarger a pu vérifier ce fait sur les Aztèques et sur la petite négresse qu'il a présentée à l'Académie dans la dernière séance.

Cette relation entre la marche de l'ostéose du crâne, le développement du cerveau et le degré de l'intelligence, est tellement vraie et si bien dans l'ordre de la nature, qu'on la retrouve encore dans les différentes races humaines. La race blanche, qui est la plus pri-

vilégiée du côté des facultés intellectuelles, est aussi celle chez laquelle l'ossification des os du crâne s'opère avec le plus de lenteur, et chez laquelle les sutures se rapprochent, se soudent le plus tardivement. Il est rare qu'on n'en retrouve point les traces même à l'âge le plus avancé ; tandis qu'au contraire on les trouve ordinairement effacées chez les nègres adultes, par exemple.

Enfin, M. Baillarger rappelle qu'à l'autopsie de l'illustre philosophe et mathématicien *Pascal*, on vit les deux moitiés latérales de l'os frontal séparées par une fente assez large, qui était seulement remplie par un calus fibroïde s'insérant aux deux bords de la scissure et établissant ainsi la continuité du frontal. Celui qui rapporte l'autopsie ajoute que cette disposition du frontal était rendue nécessaire par l'énorme développement du cerveau.

En terminant, M. Baillarger présente à l'Académie un crâniomètre auquel il a adapté une mince lame de plomb qui lui permet ainsi non-seulement de mesurer le volume du crâne, mais d'en reproduire et d'en conserver exactement les formes.

Physiologie expérimentale et toxicologie. — M. H. *Bouley* donne lecture en son nom et au nom de M. *Reynal* d'une *note sur la ligature de l'œsophage*. Orfila a prétendu que la ligature de l'œsophage devait être considérée comme un fait d'une importance tout à fait minime et qui pouvait être facilement négligé dans les expériences où on la faisait intervenir (*Traité de toxicologie*, t. I). MM. Giacomini, Devergie et Rognetta, soutinrent contre Orfila que la ligature de l'œsophage était une opération grave, qui pouvait avoir des conséquences dangereuses, et que, par cela même, elle devait influer sur les résultats des expériences.

Orfila répondit d'une manière très verte à ses contradicteurs, et leur opposa des expériences nombreuses et publiques. Il établit alors que non-seulement la ligature de l'œsophage ne produisait chez les chiens qu'une incommodité passagère et de courte durée, mais que, si l'on tue les animaux, pendant les deux premiers jours de l'application de cette ligature, on ne découvre *aucune lésion cadavérique*.

On comprend l'animation qu'a mise Orfila à soutenir sa manière de voir : un grand nombre de ses expériences ayant été faites par le moyen de la ligature de l'œsophage qu'il déclare *indispensable pour étudier un poison* sous tous les rapports, il est clair que les conclusions qu'il en a tirées auraient été entachées de suspicion, si ses contradicteurs avaient eu raison contre lui.

De quel côté est la vérité dans cette contestation ?

M. Bouley croit qu'Orfila s'est trompé. « C'est, ajoute-t-il, une erreur grave de croire qu'une ligature puisse être appliquée *sans conséquence* sur l'œsophage du chien.

« La ligature de l'œsophage est très souvent mortelle pour un animal : elle le tue d'autant plus vite que les substances ingérées dans le canal digestif sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante ou que l'animal est plus impressionnable et plus susceptible de faire des efforts pour vomir, après la constriction. Elle peut le tuer par elle-même, sans aucun intermédiaire, quand bien même on n'admini tre rien à l'animal auquel on l'a pratiquée ; et cela dans un temps très court.

» Enfin, la ligature de l'œsophage est très souvent suivie, et presque immédiatement après son application, des désordres les plus graves qui témoignent de l'influence directe qu'elle exerce sur le système nerveux de la vie organique et qui, par leur mode d'expression, ont dû mettre souvent en défaut la sagacité des expérimentateurs, parce que méconnaissant l'influence que pouvait avoir sur l'organisme la constriction du tube œsophagien, ils ont dû être conduits à conclure, en apparence avec beaucoup de logique, que les symptômes qui se manifestent après la ligature de l'œsophage et consécutivement à l'ingestion, dans l'estomac, de substances dont ils se proposaient d'étudier les effets, procédaient exclusivement de ces substances elles-mêmes et non pas de ce fait si peu important, croyaient-ils, *la ligature de l'œsophage!* » M. Bouley distingue les chiens sur lesquels il a expérimenté en deux catégories, comprenant : la première, les animaux chez lesquels l'opération n'a développé que des symptômes de stupeur et d'abattement profond, sans aucun désordre appréciable du côté de l'appareil digestif ; la seconde, les sujets plus impressionnables chez lesquels se manifestent les symptômes les plus graves.

« Lorsqu'on a pratiqué la ligature de l'œsophage à un chien impressionnable, complétement à jeun, et sans rien introduire actuellement dans les voies digestives, en ayant la précaution enfin d'isoler parfaitement le tube œsophagien des cordons nerveux qui l'accompagnent, on observe presque immédiatement les phénomènes suivants : inquiétude extrême, agitation, désordre dans les mouvements, expression profonde d'angoisse et de souffrance dans le regard, mouvements convulsifs des lèvres, des mâchoires et de la langue, efforts énergiques mais impuissants de vomissement, qui aboutissent cependant à la réjection par la gueule d'abondantes mucosités blanches, spumeuses, très gluantes, amas de salive et de mucus pharyngien.

» Ces efforts expulsifs se renouvellent incessamment pendant la première et même la deuxième heure.

» L'animal est en proie à un grand malaise, il pousse de temps en temps un hurlement plaintif et fait avec ses deux pattes antérieures les mêmes gestes qu'un chien dans le gosier duquel un os s'est arrêté.

» Puis la respiration s'embarrasse, les bronches et la trachée s'obstruent de mucosités, et les efforts de la toux s'ajoutent à ceux du vomissement.

» Au bout d'une heure ou deux, prostration extrême, tremblements nerveux dans les membres antérieurs, agitation spasmodique de la tête ; puis immobilité de tout le corps, affaissement complet, respiration lente, faiblesse des battements du cœur, chaleur abaissée, insensibilité presque complète aux excitations extérieures. Mort.

» Chez les sujets moins impressionnables, il y a de la stupeur et de l'abattement, sans efforts de vomissement. Toutefois, si l'on vient à frapper violemment ces animaux de manière à les exciter, il est possible de faire apparaître d'emblée les symptômes qui se manifestent spontanément chez les sujets irritables.

» Quels que soient les symptômes qui se manifestent après la ligature, généralement les matières excrémentitielles ne sont pas rejetées en plus grande quantité et avec des caractères différents de l'état normal. Cependant, il y a, dans quelques cas, des déjections *bilieuses et même sanguinolentes*.

» Si en liant l'œsophage on administre simultanément une substance non toxique, soit par sa dose, soit par sa nature, mais susceptible d'exciter des efforts de vomissements (et le chien est peut-être de tous les animaux le plus impressionnable à l'action de ces substances), aux efforts de vomissement s'ajoutent, dans ce cas les symptômes suivants : les matières excrémentitielles sont rejetées, d'abord solides, ensuite moins consistantes, puis tout à fait liquides, avec une teinte bilieuse d'abord, puis sanguinolente, suivant la nature et la quantité des substances ingérées.

» A l'autopsie des animaux auxquels on a pratiqué seulement la ligature de l'œsophage, on trouve le foie turgescent, d'une couleur brun foncé, la vésicule biliaire distendue et sa muqueuse fortement arborisée ; la muqueuse de l'estomac très injectée, celle de l'intestin grêle marbrée de sugillations confluentes, celles du côlon et du rectum fortement congestionnées ; des mucosités spumeuses dans le pharynx, des mucosités jaunâtres et sanguinolentes en telle quantité dans l'intestin grêle qu'elles le remplissent ; des mucosités de même nature mais moins abondantes dans le gros intestin. Les autres organes sont parfaitement sains.

» Les lésions cadavériques sont plus accusées sur les sujets auxquels on a administré une substance irritante, comme de l'émétique ou du chlorure de sodium à forte dose.

» Le fait important est que *ces lésions existent très marquées, quand même on n'a administré aux animaux aucune substance susceptible d'exercer une action directe sur la muqueuse intestinale.* »

MM. Bouley et Raynal ont expérimenté sur 15 animaux ; sur 8, ils ont pratiqué exclusivement la ligature de l'œsophage. Aux 7 autres, ils ont administré soit de l'émétique, soit du sel marin, immédiatement avant la ligature.

Leurs expériences ne concordent en aucun point avec les résultats obtenus par Orfila.

« Ainsi, sur les 8 chiens de la première série de recherches, 5 sont morts dans un laps de temps qui a varié entre deux heures et soixante-douze heures ; et, sur ces 5 animaux, 4 ont présenté des symptômes extrêmement accusés. Un seul, celui qui a survécu soixante-douze heures, est resté dans un état profond d'abattement, depuis le moment de l'application du lien jusqu'à sa mort. Des 3 autres chiens auxquels l'œsophage a été lié pendant deux heures seulement, un seul a voulu et pu manger le lendemain de l'opération ; les deux autres sont demeurés dans l'abattement, refusant toute nourriture pendant plusieurs jours.

» Sur les 7 animaux de la seconde série, 6 sont morts dans un laps de temps qui a varié entre cinq heures et trente heures ; 4 sur ces 6 ont présenté des symptômes très accusés ; 2 n'ont eu que de l'abattement. La chienne qui a survécu avait pris 40 grammes de sel marin, tandis que deux des sujets qui sont morts n'en avaient reçu, l'un que 4 grammes et l'autre que 10. »

Des faits résultant de la première série d'expériences (ligature pure et simple de l'œsophage), M. Bouley conclut que les symptômes, et la mort qui s'ensuit, sont la conséquence de la ligature de l'œsophage.

Mais dans la seconde série d'expériences, où une substance est ingérée dans l'estomac et l'œsophage lié simultanément, de quel côté est la cause ? de quel côté l'effet ?

Observant, d'une part, que les symptômes ont été aussi graves, et, d'autre part, que la mort est survenue aussi promptement chez les animaux auxquels on avait seulement lié l'œsophage, M. Bouley conclut que le fait principal, le fait d'où dérivent tous les phénomènes, c'est la ligature de l'œsophage ; que le fait secondaire, accessoire, qui peut être négligé, c'est l'ingestion, dans l'estomac, de la substance administrée.

« A quelles conclusions erronées n'aurait-on pas été conduit, si l'on avait administré simultanément à ces deux ordres de chiens une substance à expérimenter, et si, raisonnant d'après les principes admis, on avait conclu des effets *apparents* à l'influence énergique de *la cause supposée déterminante !* »

M. Bouley ajoute que les substances ingérées dans l'estomac des sujets de la seconde série (émétique et sel marin) ne sont jamais toxiques à la dose à laquelle elles ont été administrées, lorsqu'on les fait prendre *d'après le mode physiologique*. L'émétique déterminant presque toujours des vomissements immédiatement après son ingestion, dans l'état de santé, il est difficile de savoir au juste à quelle dose il est toxique.

L'expérience est plus facile pour le sel marin. Or, MM. Bouley et Reynal se sont assurés qu'on pouvait faire prendre à un chien de taille ordinaire 100 grammes de sel dans sa pâtée, non-seulement sans qu'il en meure, mais même sans qu'il paraisse incommodé sensiblement. Ces résultats sont bien différents de ceux annoncés par M. Goubaux, qui prétend que 40 grammes de sel suffisent pour tuer le chien.

« Si nous voulions, dit M. Bouley, conclure aussi de la même manière, d'après nos propres essais, le sel devrait être déclaré toxique à la dose de 4 grammes seulement, car un de nos chiens a succombé trente heures après l'ingestion de cette faible quantité de sel. »

M. Bouley se demande comment des expériences faites avec la même substance et sur les mêmes animaux ont produit des résultats si opposés. Cela tient à la différence des procédés employés. Administré même à très haute dose, *suivant le mode physiologique*, le chlorure de sodium ne produit aucun phénomène d'empoisonnement ; mais si, dans cette expérience, l'œsophage est lié (et c'est ce qu'a fait M. Goubaux), les animaux succombent avec tous les symptômes déjà décrits.

Partant de ces faits et de ces raisonnements, MM. Bouley et Reynal ont définitivement conclu « que ce pouvait bien ne pas être une chose parfaitement *innocente* que d'appliquer un lien constricteur sur le tube œsophagien, qui est enlacé par des anses nerveuses en grand nombre, provenant des pneumogastriques et des ganglions thoraciques, et qui se trouve, par cela même, en relations synergiques très étroites avec l'appareil digestif abdominal. »

Après la lecture de ce travail, M. *Bouley* ajoute :

« Et maintenant il me paraît clair qu'il faudra désormais compter avec la ligature de l'œsophage dans les expériences de toxicologie. En effet, Orfila, vous le savez, recommande, lorsque la substance véuéneuse échappe à l'analyse chimique, d'administrer à un chien dont on lie l'œsophage, les matières contenues dans l'estomac de la victime. A quelles conclusions étranges, énormes, ne serait-on pas conduit, alors qu'on attribuerait à un empoisonnement les phénomènes graves provoqués par la ligature du tube œsophagien !

» M. Bussy, qui était venu ces jours derniers à Alfort, m'a bien objecté que je pouvais, dans mes expériences, avoir exercé sur les nerfs pneumogastriques des tiraillements capables de produire tous les symptômes que je mettais sur le compte de la constriction de l'œsophage. J'ai renouvelé alors mes expériences avec le plus grand soin sur trois autres chiens, et je puis assurer que j'ai obtenu les mêmes résultats que sur les quinze premiers. »

M. *Bégin* a souvent répété les expériences d'Orfila, et il assure n'avoir jamais observé, chez les chiens auxquels il liait l'œsophage, sans leur administrer de poison, les phénomènes graves dont M. Bouley a présenté le tableau.

M. *Jobert* (de Lamballe). Quand j'étais prosecteur de la Faculté, je me suis beaucoup occupé des plaies de l'œsophage, et j'ai pratiqué un grand nombre de ligatures sur ce conduit. Je n'ai jamais vu non plus les phénomènes alarmants décrits par notre honorable collègue. Comme quand on lie l'intestin, la ligature, après avoir étreint et froncé le tissu de l'œsophage, le coupe circulairement, tombe dans le canal, puis la cicatrisation marche régulièrement, et, au bout d'un temps assez court, les deux bouts de l'œsophage effilés et froncés se trouvent réunis par une espèce de tissu dartoïde. Un seul chien, chez lequel la cicatrisation était demeurée incomplète, présenta en dehors de l'œsophage un diverticulum où s'arrêtaient les matières alimentaires, et qui formait à l'extérieur une saillie en manière de jabot.

Je suis donc assez porté à croire que, malgré toute son habileté opératoire, M. Bouley aura saisi dans la ligature quelques filets importants du pneumogastrique ou du grand sympathique.

M. *Renault*. J'ai été témoin d'une grande partie des expériences de MM. Bouley et Reynal, et je puis garantir la parfaite exactitude du tableau que notre honorable collègue a tracé des symptômes offerts par les animaux auxquels l'œsophage avait été lié.

Si le pneumogastrique avait été compris dans la striction, les chiens seraient morts asphyxiés, ce me semble ; or chez tous ceux qui ont péri, la plupart des symptômes de l'asphyxie, et les plus caractéristiques, ont manqué.

— M. *Robert :* Étant prosecteur de la Faculté, j'ai souvent assisté Orfila dans ses expériences ; sur les chiens auxquels il liait simplement l'œsophage, j'ai observé, comme lui, toujours de la stupeur, de l'abattement, assez rarement des efforts de vomissement, et jamais ces graves phénomènes qui ont amené si promptement la mort chez les sujets de M. Bouley.

En présence de faits si contradictoires, et quand il s'agit de si graves intérêts scientifiques, je crois qu'il serait bon de recourir à de nouvelles recherches et de nommer une commission qui serait chargée de renouveler, à Alfort, les expériences de MM. Reynal et Bouley.

— M. *Bouley :* J'ai rapporté très fidèlement tout ce que j'ai vu, et je serais très heureux que l'Académie voulût bien ajouter à mes recherches l'autorité de son contrôle. Aussi je m'associe de grand cœur au vœu que vient d'exprimer M. Robert.

M. *Bussy*, président : J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de charger une commission composée de MM. *Bégin*, *Jobert*, *Trousseau* et *Renault*, d'étudier la question soulevée par le mémoire de MM. *Reynal* et *Bouley*. (*Adopté*.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1856.—PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Plusieurs employés de l'administration sont examinés par la commission des retraites.

M. le docteur *Leménant Deschenais* fait hommage à la Société de plusieurs mémoires imprimés.

Rupture des kystes hydatiques du foie.

M. *Fauconneau Dufresne* fait un rapport sur une thèse pour le doctorat en médecine de M. Ernest Cadet de Gassicourt, ayant pour sujet des *recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.*

L'auteur, dans un court historique, rappelle le travail de Lassus, l'article *acéphalocystes* de M. Cruveilhier, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et le *Traité d'anatomie pathologique* de ce célèbre professeur, la thèse de M. Barrier, un mémoire de M. Bricheteau, les recherches de MM. Livois, Mayor et Robin, ainsi que le *Compendium de médecine* de MM. Monneret et Fleury. Il dit avoir été frappé de ce que ces études n'ont été faites qu'au point de vue de la terminaison de la maladie et qu'il a cherché à les compléter en examinant quels phénomènes produit la rupture de ces kystes dans divers organes et surtout quelles chances de guérison elle peut offrir.

Les kystes hydatiques du foie peuvent se rompre spontanément par l'extrême distension du kyste, à la suite du développement rapide des acéphalocystes, — par l'inflammation des parois du kyste et par un travail ulcératif dans un des points de ces mêmes parois, — par un effort, une chute, un coup. Les faits peuvent être, à cet égard, rangés en trois groupes : ouvertures à travers la paroi abdominale, dans l'abdomen et dans la poitrine.

1° Il n'est pas rare de voir les kystes hydatiques s'ouvrir *à travers la paroi abdominale*, malgré son épaisseur, les muscles, les aponévroses et les côtes qui la forment ; ils ont une puissante propriété d'envahissement ; on ne saurait la comparer qu'à celle des anévrysmes. Ces kystes, soit par suite de leurs progrès, soit par suite d'une complication purulente, peuvent s'ouvrir spontanément au dehors. Le premier mode est très rare. M. Cadet de Gassicourt en cite quelques exemples, contestables peut-être, d'après Lassus, Guattani et Plater ; un autre, qu'il rapporte d'après le docteur Thompson, n'est déjà plus exempt de complication, puisqu'il y est dit que le liquide, qui s'échappait par une ouverture près de l'ombilic, offrait parfois le caractère purulent. L'auteur pense avec raison qu'après ces ruptures spontanées, on devrait avoir recours aux injections chlorées et iodées, employées avec succès aujourd'hui, d'autant plus qu'alors on ne peut pas éviter l'accès de l'air.

Quoiqu'il n'entre pas dans le but de M. Cadet de Gassicourt de parler de la guérison des kystes par l'art, il croit devoir placer, dans sa première division, deux observations où des pratiques chirurgicales sont intervenues : l'une est empruntée au docteur Owen-Rees où la guérison eut lieu après trois ponctions successives ; l'autre a été recueillie par lui-même pendant son internat dans le service du professeur Nélaton. Comme elle est fort intéressante, le rapporteur croit devoir la résumer. Un homme de trente-six ans éprouvait, depuis six mois, de la pesanteur au côté droit de l'abdomen, lorsqu'on reconnut, dans la région du foie, une tumeur qui descendait au niveau de l'ombilic. M. Nélaton appliqua la potasse caustique pour déterminer des adhérences, et, dix jours après, fit une ponction d'où sortit un litre de pus, entraînant des hydatides. Après avoir lavé la poche avec un courant d'eau tiède, il poussa une injection iodée et laissa une sonde à demeure. Bientôt la bile se mêla au pus et sortit ensuite pure en si grande quantité que les matières fécales étaient décolorées. On continua les injections iodées, puis chlorées ; la bile et le pus disparurent graduellement et la guérison eut lieu.

Cette observation est suivie de remarques qu'il est bon de noter : la bile qui coulait dans le foyer a-t-elle eu un effet antiseptique et propre à tarir la sécrétion purulente ? Si l'on n'avait pas fait la ponction, le kyste aurait-il pu guérir par *ces injections biliaires ?* Cette idée avait déjà été émise par le docteur Leudet, qui avait même proposé de provoquer un afflux de bile dans une poche hydatique en lacérant les parois du kyste et le tissu du foie au moyen d'un stylet fin, après avoir donné issue au liquide contenu dans le foyer par une ponction. On comprend que l'expérience seule peut décider de pareilles questions.

2° Les kystes hydatiques du foie s'ouvrent fréquemment aussi dans l'*abdomen*. Si la rupture a lieu dans le péritoine, elle est suivie d'une péritonite suraiguë presque toujours promptement mortelle. Dans quelques rares circonstances, la péritonite ne prend qu'une marche chronique.

On a constaté un assez bon nombre de cas dans lesquels l'humeur du kyste s'était fait jour dans un des organes de l'abdomen. La rupture est rare dans l'estomac, les tumeurs se formant principalement dans le lobe droit du foie qui en est éloigné. M. Cadet de Gassicourt cite deux observations, l'une d'après le docteur Duchaussoy, et l'autre d'après M. Cruveilhier, dans lesquelles l'ouverture avait eu lieu dans ce viscère. Il fait suivre ces observations de quelques réflexions qui tendraient à montrer que, dans ces cas, premièrement il n'y a pas de vomissement qui puisse indiquer que la rupture a bien eu lieu dans l'estomac, et secondement qu'ils doivent être mortels. C'est évidemment trop s'aventurer que de prendre ses raisons sur deux faits, et la preuve c'est qu'il en existe un autre dans la science où des hydatides ont été vomies et dans lequel le malade a guéri. En 1824, en effet, le docteur Clémot, médecin de la marine, à Rochefort, eut l'occasion d'ouvrir, sur un maréchal-ferrant, une tumeur fluctuante de la région du foie ; il en sortit plusieurs pintes de liquide séro-purulent, dans lequel nageait une grande quantité d'acéphalocystes, dont quelques-unes, très grosses, ne pouvaient sortir qu'en s'allongeant, et reprenaient ensuite leur forme globuleuse. Elles continuèrent à s'échapper mêlées à du pus infect pendant plus d'un mois. Le malade, se trouvant éloigné du médecin, laissa refermer l'ouverture. Peu après, il fut soudainement pris d'un vomissement abondant de matières semblables à celles qu'il avait rendues par la plaie de l'hypochondre ; il continua d'en vomir pendant plus de deux mois ; dans les derniers rejets surtout, il s'échappait de grands lambeaux de membrane. Enfin, il cessa de vomir et sa santé se rétablit. Huit ans après, il n'avait plus éprouvé la moindre atteinte de cette cruelle maladie. Comme il n'est question que de vomissements et nullement de toux et de suffocation, on ne peut douter que l'ouverture avait eu lieu plutôt dans l'estomac que dans les bronches.

La rupture dans les intestins n'est pas aussi rare ni aussi dangereuse. L'auteur en cite un fait d'après M. Cruveilhier, un autre d'après M. Andral et il en rapporte cinq observations : la première est du docteur Falloard, l'ouverture s'était faite dans le duodénum ; la deuxième est due au docteur Thompson, la guérison a eu lieu. Le sujet était un cordonnier de trente-six ans, qui avait senti tout à coup quelque chose se rompre et qui offrit, dans ses garderobes, un grand nombre d'hydatides ; la troisième a été recueillie par M. Dupont (c'est encore un cas de guérison) chez une femme jeune encore, qui, en allant à la selle, entendit un bruit sourd dans son ventre et vit sa tumeur s'affaisser rapidement ; des hydatides flétries se montrèrent pendant quatre jours dans les fèces ; la quatrième a été publiée par le docteur Guillemain : elle concerne un homme de soixante ans ; on employa les purgatifs et une application de potasse caustique ; mais l'ouverture se fit par l'intestin, car le malade eut des selles nombreuses contenant beaucoup d'hydatides ; la guérison a été parfaite.

M. Fauconneau-Dufresne s'arrête un instant sur la cinquième observation, parce que l'on croit que les hydatides y ont pris une issue bien extraordinaire. Il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans qui, après un effort, éprouva une douleur dans le flanc droit ; bientôt symptômes aigus, et enfin apparition d'une tumeur ; au bout de quelques semaines, évacuation d'hydatides par les selles, ce qui dura une quinzaine de jours. Peu après, frissons, douleurs

hypogastriques, émission douloureuse et fréquente d'urines purulentes où l'on trouve un corps ressemblant à une hydatide. Cette communication d'un kyste hydatique du foie avec la vessie est assurément bien insolite ; cependant il existe un fait qui présente avec le précédent de l'analogie : le docteur Faber a donné, avec beaucoup de détails, l'histoire d'une femme qui rendit des calculs biliaires par l'urèthre, sans avoir éprouvé les symptômes ordinaires des coliques hépatiques ou de quelque autre affection du foie. Le bassinet du rein droit n'est pas tellement éloigné de la vésicule, qu'une adhérence ne puisse se former entre ces deux poches. Si une perforation, dans ce cas, vient à s'y produire, on peut concevoir qu'un ou plusieurs calculs biliaires puissent passer dans les voies urinaires pour être rejetés par l'urèthre. Le docteur Barraud (de Lyon) a recueilli une observation analogue à celle de M. Faber.

M. Cadet de Gassicourt, à propos des observations qu'il rapporte, pense qu'on doit être frappé que la guérison ait eu lieu quatre fois sur cinq. Il ne voudrait pas en conclure, dit-il, que la guérison soit la règle quand la tumeur hydatique s'ouvre dans l'intestin ; cependant le médecin, selon lui, peut concevoir d'heureuses espérances quand il voit se produire un tel phénomène. Sans doute, fait remarquer le rapporteur, il faudrait réunir un plus grand nombre de faits pour avoir une idée des chances heureuses que présente une telle rupture ; les observateurs toutefois citent beaucoup de cas de mort ; il en est qui sont rapportés par Ruysch, Camerarius, Panaroli, Gooch, Lecat, etc. On comprend facilement les causes du danger ; il en résulte souvent une phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale ; l'ouverture peut être souvent trop étroite, la tumeur met alors un temps infini à se vider, l'air qui y pénètre altère le pus, et les malades finissent par succomber à l'épuisement.

L'auteur, continuant de raisonner sur les observations, formule plusieurs propositions. Il croit, premièrement, être autorisé à dire, que : *lorsqu'un kyste hydatique siége dans le lobe gauche du foie, et que les garderobes seules contiennent des acéphalocystes, il est impossible de reconnaître sûrement si le kyste s'est ouvert dans l'estomac ou dans l'intestin.* Or, on a déjà vu que M. de Gassicourt s'était trop pressé d'admettre qu'il n'y avait pas de vomissements lorsque le kyste s'ouvrait dans l'estomac. La seconde proposition est celle-ci : *Quand un kyste hydatique du foie gêne notablement la respiration et menace même le malade de suffocation, ce kyste peut s'ouvrir dans l'intestin et la guérison se faire.* Il ne s'agit véritablement ici encore que d'un fait isolé ; tous les faits diffèrent en quelques points, et, pour les formuler, il faut en avoir beaucoup et se borner à indiquer une ressemblance, un air de famille en quelque sorte, au milieu de toutes les variétés qui se rencontrent. M. Cadet de Gassicourt ajoute enfin : *quand on trouve des hydatides dans les garderobes, on doit immédiatement rechercher si la tumeur déjà reconnue s'est affaissée et s'il n'en existe pas d'autres.* On ne peut qu'approuver ce conseil de l'auteur ; un médecin attentif, en effet, ne doit négliger aucun moyen d'investigation pour reconnaître la marche et la terminaison de la maladie qu'il a à traiter.

Après la rupture d'un kyste hydatique du foie dans l'intestin, deux faits sont particulièrement à examiner : la diarrhée et la présence des hydatides dans les garderobes. Dans les premiers jours, dit l'auteur, les matières du kyste s'échappent par l'anus, en nature, comme si elles sortaient à travers la paroi abdominale ; plus tard, il y a une diarrhée véritable entretenue par une lésion intestinale. Mais, objecte le rapporteur, le contenu du kyste ne parcourt pas l'intestin sans se mêler aux matières qui y sont contenues ; et quant à la diarrhée véritable qui peut en être la suite, rien ne doit être plus variable que l'époque où elle survient, que son intensité, etc. Quant à la sortie par les selles des hydatides, soit entières, soit en lambeaux, elle a une véritable importance diagnostique. Deux circonstances pourraient encore appeler l'attention du médecin vers les garderobes : ce serait si le malade avait éprouvé un choc sur la tumeur, ou s'il avait senti quelque chose se rompre. Le docteur Guillemain a signalé un bruit particulier qui accompagnait le passage des hydatides dans l'intestin. On comprend que, par suite des diverses circonstances que présentent ces viscères, par la conformation de l'ouverture, des bruits puissent alors se manifester ; mais, au milieu de ceux si fréquents, quelquefois si marqués, qu'on entend dans les intestins, il est difficile de fonder sur ce signe un moyen diagnostique de quelque valeur.

Les kystes hydatiques peuvent s'ouvrir dans les voies biliaires ; c'est une chose assez rare, et dont on ne possède qu'un petit nombre d'exemples. M. Cadet de Gassicourt énumère ceux qui sont parvenus à sa connaissance. La première observation est due à M. Sestier ; dans ce cas, il est probable que la poche hydatique s'était développée dans le canal hépatique, qui en avait acquis une grande ampliation. La deuxième observation a été recueillie par M. Charcellay, aujourd'hui professeur de clinique médicale à l'école de Tours, pendant qu'il était interne à la Charité. La troisième observation a été communiquée à la Société de biologie par le docteur Charcot. La quatrième appartient à l'auteur lui-même ; elle peut se résumer en quelques mots : Un kyste était situé sur le trajet du canal cholédoque ; une hydatide vide se trouvait dans l'intérieur de ce kyste ; une ulcération, située à sa partie inférieure, la faisait communiquer avec une portion du canal cholédoque terminée en cul-de-sac ; une autre ulcération était située à la partie inférieure du kyste et communiquait avec la portion du canal cholédoque qui s'ouvre dans le duodénum. Il existe encore dans les recueils quelques observations de poche hydatique ouverte dans les conduits biliaires. L'une d'elles a été présentée par M. Aran à la Société médicale des hôpitaux. Dans une thèse de M. Léonard, soutenue à Paris en 1830, on trouve encore une observation dans laquelle les canaux biliaires communiquaient avec un kyste hydatique suppuré du foie.

L'ouverture du kyste dans les voies biliaires ne peut guère donner lieu à une terminaison heureuse, car l'évacuation ne doit être qu'incomplète ; un ictère se manifeste alors en raison de la rétention de la bile, laquelle est absorbée.

3° *Dans la poitrine.* — En 1811, Chaussier mit sous les yeux des membres de la Société de médecine une pièce d'anatomie pathologique dans laquelle le *péricarde* était énormément distendu de pus ; cette humeur s'y était introduite par une perforation qui, traversant le diaphragme, conduisait dans un abcès du foie rempli d'hydatides. Si l'on ne possède que cet exemple de kyste hydatique suppuré ouvert dans le péricarde, il en existe plusieurs d'abcès simples du foie qui ont pris cette fatale direction. Il est presque inutile de dire que la mort est rapidement la conséquence de tels épanchements.

C'est une chose moins rare que de voir les kystes du foie se faire jour dans la plèvre droite, par la perforation du diaphragme. L'auteur cite trois faits d'après Morgagni, Stalpart van der Wiel et M. Cruveilhier. Il rapporte ensuite une intéressante observation inédite et recueillie en 1853 par le docteur S. Goupil dans le service de M. Briquet, à l'hôpital de la Charité ; en voici les traits saillants : Une femme de trente ans éprouva les symptômes d'une pleurésie, puis il se forma sur la région du foie une tumeur volumineuse ; on y fit une ponction qui donna issue à 1,500 grammes de liquide incolore non albumineux. Le kyste revenait peu à peu sur lui-même, lorsque, à l'occasion d'un effort, des douleurs se firent sentir dans le côté droit de la poitrine : la malade rendit une vomique, et, à la suite, on constata les symptômes d'un hydropneumothorax ; bientôt elle succomba dans un état asphyxique. Un kyste hydatique existait dans le lobe gauche du foie ; c'est celui qui avait été ponctionné. Un second, à la face supérieure du lobe droit, avait perforé le diaphragme, refoulé le poumon, et une large communication s'était faite avec une caverne anfractueuse et deux bronches. L'auteur rapporte encore, d'après M. Monneret et d'après MM. Caron et Soubeiran, deux autres observations de kystes acéphalocystes ouverts dans la plèvre, tous les deux suivis de mort.

Après cette énumération de faits, M. Cadet de Gassicourt se livre à une discussion sur le diagnostic des tumeurs hydatiques ouvertes dans la plèvre. Il insiste surtout sur la voussure de la région hépatique, qui est de nature à indiquer que le kyste est très volumineux, sur la hauteur à laquelle le foie s'élève dans le thorax, et sur une douleur brusque, accompagnée de suffocation, qui peut être l'indice de la rupture, surtout si la voussure de la région hé-

patique diminue en même temps. Le diagnostic de la rupture dans la plèvre doit avoir aujourd'hui une importance plus grande qu'autrefois sur le traitement, car on est plus hardi à pratiquer la thoracentèse. On cite plusieurs cas de guérison par l'incision ou la ponction simples. L'injection iodée devrait encore assurer le succès.

La tumeur hydatique, après s'être vidée dans la plèvre, peut perforer le poumon et s'évacuer par les bronches. Il existe beaucoup de faits de ce genre. On en doit à Raymond (de Marseille), à Collet, à Hébréard, à M. Cruveilhier. L'auteur rappelle ces observations; il en transcrit ensuite cinq, d'après M. Husson, M. Gros, le docteur Kunde (de Berlin), M. Bricheteau, et MM. Mesnet et Boinet; cette dernière, fort curieuse, a été recueillie encore dans le service de M. Briquet. Le rapporteur a eu lui-même l'occasion d'assister à l'autopsie et d'examiner plus tard la pièce anatomique avec M. Cruveilhier. L'épanchement n'a pas toujours lieu dans la plèvre avant de s'ouvrir dans les bronches; des adhérences peuvent faire que la communication soit sans intermédiaire.

Les faits d'évacuation par les bronches abondent. En 1850, M. Fauconneau-Dufresne a inséré dans l'*Union médicale* une analyse de 17 cas d'abcès ou de kystes suppurés qui se sont évacués au dehors de cette manière. Chose singulière! il y a eu plus de guérisons que de décès: 10 fois les malades ont survécu. On peut donc dire, avec raison, que si les ressources de la thérapeutique chirurgicale sont très bornées, par compensation celles de la nature sont beaucoup plus étendues Mais pourquoi les kystes hydatiques du foie ont-ils une si grande tendance à se porter vers la poitrine? Est ce parce qu'ils siégent fréquemment à la partie supérieure de cet organe? Peut-on admettre l'explication donnée par M. J. Guérin, qui prétend qu'à chaque mouvement d'expiration, au moment où la poitrine se vide d'air, les organes abdominaux, et le foie particulièrement, sont entraînés de bas en haut; qu'il s'opère alors une sorte de succion qui attire les kystes et leur donne cette tendance à s'ouvrir dans le thorax? Ne pourrait-on pas plutôt penser que le diaphragme offre une résistance moindre que les parois abdominales et la peau surtout?

La thèse de M Cadet de Gassicourt se termine par l'examen de deux points de diagnostic, au sujet des observations dont il vient d'être question.

Le kyste rompu dans les bronches appartient-il au foie et non au poumon? L'auteur s'appuie sur divers signes. Lorsque le kyste du foie rompt le diaphragme, on a plusieurs fois remarqué une douleur subite et plus ou moins vive au niveau de ce muscle, tandis que si c'est un kyste du poumon qui perfore les bronches, la douleur se produit au niveau du mamelon droit; c'est du moins ce qui résulte d'une observation de M. Aubré, insérée dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Dans l'un et l'autre cas, toutefois, la douleur n'est pas constante, car le diaphragme, comme le tissu bronchique, peuvent subir une usure graduelle. A mesure que la poche se vide par les bronches, la tumeur de la région du foie diminue et s'affaisse. Lorsque les hydatides altérées rendues par l'expectoration viennent du foie, elles ont souvent une teinte jaune-orangé ou verdâtre, et une odeur spéciale, qui indique la présence de la bile et l'origine hépatique. La percussion et l'auscultation pourront aussi fournir des indications essentielles, suivant que la poche réside dans le poumon ou dans le foie.

Le kyste hydatique est-il rompu directement dans le poumon seul et non d'abord dans la plèvre? Lorsque ce kyste s'ouvre dans la plèvre et consécutivement dans le poumon, il y a passage de l'air extérieur dans la cavité pleurale par la fistule pulmonaire, c'est-à-dire hydro-pneumothorax, et par conséquent gargouillement et parfois tintement métallique. Quand, au contraire, le kyste hépatique s'est ouvert primitivement dans le poumon, la résonnance de la voix, le bruit amphorique, le gargouillement sont énormes, et l'on constate quelquefois leur présence dans la région même du foie, au dessous des fausses côtes. Ces signes, bien entendu, ne sont pas toujours assez tranchés pour donner de la certitude au diagnostic.

Discussion.

M. *Duparcque* cite un cas de kyste du foie ouvert dans le duodénum et suivi de guérison. Il y a trois à quatre ans qu'il a eu occasion d'observer ce fait. Le malade vit encore et se porte bien.

M. *Boinet* blâme le procédé conseillé par M. Leudet et dont on vient de parler. Ce procédé consiste à ponctionner le foie, afin de provoquer une sécrétion abondante de bile dans le kyste lui-même, dont elle aurait la propriété de favoriser la cicatrisation. Non-seulement on peut mettre en doute cette vertu thérapeutique de la bile, mais encore, ajoute M. Boinet, la sécrétion elle-même du liquide hépatique à la suite d'une ponction du foie. C'est probablement le contraire qui arriverait.

M. *Géry*, à propos de la ponction des kystes du foie, demande à M. Boinet s'il a traité efficacement des kystes volumineux par les injections iodées.

M. *Boinet* pense que dans ces conditions on peut encore obtenir un heureux résultat. A l'appui de cette opinion, il cite le fait d'un homme atteint d'un kyste volumineux, et d'où la ponction permit de recueillir environ 1000 grammes de pus. Lorsque la mort arriva, on constata, avec l'existence d'autres foyers sur d'autres points, la réparation à peu près complète de la poche vidée pendant la vie.

Du reste, continue M. Boinet, il ne faut pas attendre trop tard pour faire la ponction et les injections, car cette pratique n'offrirait alors aucun avantage. Quant aux moyens à employer, ils doivent être appropriés aux qualités physiques du liquide contenu dans le kyste. Une ponction exploratrice à l'aide du trocart en permettra la vérification. Si les hydatides existent dans un liquide clair, l'évacuation de celui-ci serait suffisante pour obtenir la résorption ultérieure des acéphalocystes, s'il faut en croire les observations publiées par M. Aran. Toutefois, les faits de notre honorable confrère n'ont pas la valeur qu'on serait tenté de leur accorder, parce qu'ils ont été publiés peu de temps après la disparition du kyste, et qu'il faudrait savoir si la guérison sera durable.

Au contraire, le liquide est-il purulent, il faut pratiquer la ponction avec un gros trocart et le remplacer par une sonde à demeure jusqu'à l'adhérence des parois du kyste.

M. *Fauconneau-Dufresne* combat la pratique conseillée par M. Boinet. L'emploi du trocart explorateur ne produit pas une évacuation suffisante du liquide. Ce n'est donc pas une méthode à proposer. D'un autre côté, la ponction avec un gros trocart est une pratique dangereuse: elle provoque de la douleur; elle oblige le praticien à exercer une pression violente qui peut être suivie d'une rupture intérieure. Mieux vaut se servir de la potasse, qui, après vingt-quatre heures, permet de pratiquer avec le bistouri une ponction sans douleur et sans secousse, et l'évacuation du liquide sans inconvénient aucun.

M. *Boinet* persiste dans son opinion sur l'avantage qu'il y a à se servir du trocart pour la ponction des kystes hépatiques; son trocart explorateur laisse toujours écouler le liquide séreux de la poche hydatifère. Quant à la crainte, exprimée par M. Fauconneau-Dufresne, de voir se produire un décollement du kyste, lorsqu'on est obligé de recourir à un trocart plus gros, elle n'est pas fondée non plus, parce qu'on peut, à la rigueur, rendre cet accident impossible, en plaçant le malade dans une position telle, que la pression de l'instrument agisse en sens inverse du poids du kyste lui-même. Pour toutes ces raisons, la ponction faite avec le trocart est préférable à celle que l'on produit en employant la potasse caustique. D'ailleurs, ce dernier moyen ne donne des adhérences qu'après plusieurs jours, tandis que la ponction par l'instrument permet de les attendre; enfin, la potasse ne pourrait être employée dans les cas qui commandent de recourir immédiatement à l'opération.

M. *Guibout*. M. Fauconneau-Dufresne, en parlant de la communication des kystes hydatiques avec l'extérieur, a exprimé cette opinion, que leur issue au dehors, par les voies ordinaires, est un fait très rare, si même il a été observé. Comme je crois avoir été témoin d'un fait de ce genre, je m'empresse d'en donner connaissance à la Société.

C'était celui d'un homme ayant toujours ressenti des souffrances dans la région du foie, sans jaunisse cependant, et portant une tuméfaction qui s'irradiait vers l'épigastre et l'ombilic ; il existait en même temps une dyspnée augmentée par un catarrhe chronique. M. Cruveilhier, consulté par ce malade, avait porté un pronostic fâcheux. Au bout d'un certain temps, le malade ressentit de nouvelles douleurs, et donna issue, par les urines, à une quantité assez considérable d'hydatides et de pus ; des symptômes inquiétants se développèrent, mais se dissipèrent peu à peu (il y a quatre ans environ). Le malade vit encore et se porte assez bien ; il conserve toujours dans la région indiquée une matité qui se prolonge au delà de l'ombilic et est par intervalles le siége de douleurs. Antérieurement, cet homme avait eu des graviers.

M. *Fauconneau-Dufresne* pense qu'on peut élever quelques doutes sur le siége du kyste chez le malade dont M. Guibout vient de raconter l'histoire, et il fonde son opinion sur l'existence ancienne et bien constatée d'une lésion assez sérieuse des organes urinaires.

M. *Duparcque* ne pense pas qu'on doive rejeter d'une manière absolue l'emploi du trocart explorateur pour vider les kystes ou épanchements séreux; car il s'en est servi avec avantage dans un cas de kyste ovarique : le trocart, laissé en place pendant plusieurs jours, a permis l'évacuation du liquide, et la guérison a été complétée et consolidée par une compression méthodique.

M. *Forget* partage l'opinion émise par M. Boinet sur l'incertitude où l'on se trouve de savoir si le kyste est guéri, lorsqu'on s'est contenté de vider seulement le liquide. Sous ce rapport, les faits cités par M. Aran ne lui paraissent pas concluants. Quant au procédé à employer pour ouvrir les kystes, il préfère la potasse, dont l'action est sûre, avec laquelle on obtient des adhérences solides, sans accident possible ; procédé, enfin, dont l'expérience clinique a consacré l'efficacité et la supériorité. Il blâme donc la substitution qu'on propose à ce procédé, c'est-à-dire la ponction avec le trocart, et surtout le remplacement de ce dernier par une sonde, manœuvre qui peut exposer à une extravasation du liquide, si promptement et si habilement qu'elle soit exécutée.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er AOUT 1856.

Suite de la discussion sur les ulcérations de l'utérus, et leur traitement.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, par M. le docteur MIALHE. — Un vol. in-8 de XXXII-704 pages. Paris, chez VICTOR MASSON.

Personne ne nie aujourd'hui que pour arriver, dans l'*étude* d'une science quelconque, à la découverte de la vérité, il ne faille *observer*, *expérimenter*, *raisonner*; mais on est loin de s'entendre sur la valeur relative de ces trois modes d'investigation. Les uns, suivant les errements de Schelling, d'Hegel, d'Oken, etc., soutiennent que l'observation et l'expérience doivent être employées dans le seul but de *confirmer* des raisonnements faits *à priori* ; que Dieu, en nous donnant la faculté de penser, nous a donné la faculté de connaître tout ce qu'il a créé, ou plus simplement que, notre esprit renfermant toutes les idées dont le monde n'est que la *réalisation visible*, il nous suffit de *rentrer en nous-mêmes* pour prendre connaissance de la nature entière. C'est en ce sens qu'ils disent : *Philosopher sur la nature, c'est créer la nature.*

Les autres, disciples de Cuvier, soutiennent que l'observation et l'expérience doivent *précéder* tout raisonnement; que celui-ci ne doit intervenir que pour classer, coordonner les *faits* recueillis, que toute *systématisation* qui va au delà des faits connus conduit nécessairement à l'erreur; qu'elle doit être, par cela seul, sévèrement proscrite. Pour eux, il faut observer *sans idée préconçue*, se défier de l'hypothèse, n'aller point au delà de la démonstration matérielle.

Entre ces deux écoles opposées, il en est une troisième qui, imbue du génie de Goëthe, de Lamark, de Geoffroy Saint-Hilaire, tient bien compte des faits résultant de l'observation et de l'expérience, mais ne s'arrête pas à les classer, à les coordonner ; elle les *systématise*, elle ne se contente pas de *connaître*, elle veut *prévoir*, elle cherche à saisir l'*idée* qui a présidé à la création des êtres. Pour arriver à ce but, elle met à profit les faits comme l'école de Cuvier, elle a recours aux conceptions de l'esprit comme l'école de Schelling. Les disciples de cette école observent avec une idée *préconçue*, mais non *arrêtée*; ils cherchent, dans leurs expériences, moins à démontrer cette idée qu'à s'assurer de sa justesse; ils n'accordent pas au fait une *importance absolue*; ils savent combien il est difficile d'établir un fait, qu'il ne paraît vrai que dans les limites de nos connaissances et de nos moyens actuels d'investigation; que bien souvent, quand nos connaissances augmentent, quand nos moyens d'investigation deviennent plus précis, le fait qui paraissait le mieux établi est démontré faux. Y avait-il rien de plus vrai, aux yeux des physiologistes, que les faits résultant des expériences de M. Bischoff sur le spinal et le pneumogastrique, avant que M. Cl. Bernard les eût renversés? N'était-ce pas sur des faits que M. Longet avait basé sa théorie des fonctions des cordons de la moelle? N'est-ce pas avec des faits que M. Brown-Séquard a construit une théorie différente? Et pourquoi M. Brown et M. Bernard sont-ils arrivés à des résultats se rapprochant plus de la vérité que ceux obtenus par leurs devanciers? C'est qu'ils ont eu à leur disposition de meilleurs moyens d'expérimentation; c'est, il faut bien le dire aussi, qu'ils *sont venus après eux?* Que d'erreurs ne ferions-nous pas si elles n'avaient été faites avant nous, si elles ne nous avaient été, pour ainsi dire, enlevées? Et qu'on ne croie pas que c'est seulement dans l'ordre physiologique que la science marque ainsi ses progrès en détruisant les théories qui paraissent le mieux établies? Y avait-il rien de plus vrai, dans l'ordre physique, que la *loi de Mariotte?* Eh bien! les travaux de M. Regnault sont venus démontrer qu'elle n'était point absolument exacte.

Les disciples de l'école de Geoffroy Saint-Hilaire nous paraissent être aux disciples de Cuvier ce que les architectes sont à ceux qui construisent l'édifice; ils en conçoivent l'ensemble, en *combinent* les proportions, et réalisent dans les limites de leurs forces l'idée qu'ils ont conçue.

M. Mialhe nous paraît appartenir à l'école de Geoffroy Saint-Hilaire. En effet, une idée domine tous les travaux qu'il a entrepris depuis plus de vingt ans ; c'est à cette idée, qu'on a ridiculisée d'abord, qu'on a combattue ensuite, et à laquelle se rangent aujourd'hui le plus grand nombre des physiologistes, c'est à cette idée, disons-nous, qu'il doit d'être arrivé à des résultats qui ont fait faire et feront faire encore de si grands progrès à la pharmaceutique et à la thérapeutique rationnelles.

Cette idée à laquelle nous venons de faire allusion est exprimée nettement à la page 8 du livre dont nous allons présenter l'analyse : *L'existence* des êtres organisés consiste DANS UNE SUITE NON INTERROMPUE *de réactions chimiques*. Félicitons tout d'abord M. Mialhe d'avoir posé carrément son drapeau, de ne s'être point servi de ces expressions équivoques qui tiennent le lecteur en suspens; et c'est parce que ces expressions ne sont point équivoques que nous ne prendrons pas la peine de réfuter ceux qui reprocheraient à l'auteur de soutenir que *tous les phénomènes qui se passent chez les êtres vivants* sont des phénomènes chimiques. Il n'a pas cette prétention. Évidemment, la transmission, la perception des impressions, ne sont point en elles-mêmes des *actes chimiques*: mais l'état matériel qui donne aux organes la faculté de transmettre ou de percevoir est essentiellement lié aux *actes chimiques*, parce que ce sont les actes chimiques qui, par la nutrition, entretiennent les divers modes d'organisation. Sans doute *tous les phénomènes* dont l'ensemble constitue la digestion, la respiration, etc., ne sont pas des phénomènes chimiques ; mais les principaux d'entre eux, c'est-à-dire la conversion des aliments en *chyme*, la transformation du sang noir

en sang rouge, sont-ils autre chose que des actes soumis aux lois de la chimie? Eh bien, sans cette conversion des aliments en chyme, sans cette transformation du sang noir en sang rouge, la vie est impossible. C'est donc avec raison qu'on a pu dire : L'existence des êtres organisés consiste dans une suite non interrompue d'actions chimiques.

Les temps sont passés aussi où il était besoin d'accumuler des faits, des expériences, pour démontrer que les matériaux constituant les êtres vivants ne sont point soustraits aux lois ordinaires de la nature, qu'ils sont pesants, poreux, étendus, compressibles, comme les corps bruts. Pourrait-il en être autrement, puisqu'ils sont composés des mêmes éléments? Et pourtant il est encore des hommes haut placés dans la science, respectables à tous les titres, qui repoussent indistinctement toute application des sciences physiques, mécaniques, chimiques, à l'explication des phénomènes de la vie; qui vont jusqu'à vouloir que ceux-ci soient étudiés par une méthode toute différente de celle employée pour l'étude des corps bruts. Certes, nous ne les comparerons pas, comme le faisait Michelotti, à ce renard de la fable qui, n'ayant pas de queue, proposait en plein conseil de se débarrasser de cet appendice incommode, il n'y a plus de médecins aujourd'hui qui n'aient plus ou moins de connaissances en chimie, physique, etc. Il faut donc chercher ailleurs que dans l'ignorance la cause de cette opposition aux applications scientifiques. Cette cause, voici où nous la trouverons plutôt.

1° Elle est dans la mémoire, qu'ont gardée les adversaires de nos doctrines, du peu d'utilité réelle qu'ont eu les applications faites autrefois par les chemiâtres. Nous reconnaissons volontiers que les anciens ont eu le tort d'appliquer à l'explication des phénomènes de la vie une science alors dans l'enfance; mais on nous accordera aussi qu'il y a bien loin de la chimie des Sylvius, des Glauber, des Lémery, etc., à la chimie des Dumas, des Pelouze, des Berzelius, des Liebig, etc.; que ce qui a été tenté sans succès il y a cent ans peut bien l'être aujourd'hui avec quelque chance de réussite.

2° Elle est dans les applications faites récemment, sans discernement aucun, par des hommes exclusifs ou chez qui le savoir ne répond pas à l'intention. Mais on ne fera pas difficulté de reconnaître qu'à côté de ces travaux, dont leurs auteurs seuls sont responsables, il en est d'autres, frappés au coin de la science la plus précise, de la sagacité la plus réfléchie, qui expliquent de la manière la plus complète, au moyen de la physique, de la chimie, des mathématiques, etc., un grand nombre des phénomènes qui se passent chez les corps vivants. Qu'on lise, si l'on veut se faire à ce sujet une opinion basée, les mémoires de Müller sur les sens, ceux des frères Weber sur la marche, celui que M. Guillet vient de publier dernièrement sur les mouvements du cœur, ceux de M. Reynoso sur la respiration, qu'on lise surtout avec attention le livre de M. Mialhe, etc., etc. Un illustre physiologiste ne vient-il pas de montrer que la putréfaction produit sur le foie un effet identique avec celui qui est produit dans d'autres conditions par le système nerveux? Nous savons bien qu'on a cité, pour montrer que les réactions chimiques ne se passent pas dans les vaisseaux sanguins comme dans les vases inertes, quelques expériences qui ont fait une certaine sensation. On a injecté à la fois dans le sang, du cyanure ferro-potassique et un sel de fer, et l'on a vu que la combinaison ne se faisait point dans *les vaisseaux*, mais qu'elle s'opérait aussitôt que, par transsudation, les deux réactifs venaient à se rencontrer dans l'*estomac*. Eh bien, la chimie *faisait prévoir* le phénomène. On sait, en effet, que les deux sels employés ne se combinent point dans un milieu alcalin; qu'ils se combinent, au contraire, très facilement dans un milieu acide. Or le sang est alcalin, et les liquides de l'estomac sont acides; les choses se sont donc passées là comme elles se seraient passées et comme elles se passent en effet dans un vase inerte. Nous pourrions citer bien d'autres exemples.

3° Elle est encore, cette cause de la répugnance qu'ont certaines personnes à reconnaître le droit des sciences physiques, dans la difficulté qu'elles présentent, dans la somme de science, de patience, de sagacité, qu'il faut dépenser pour arriver à un résultat vrai ou vraisemblable. Il est bien plus commode, quand on est embarrassé pour l'explication d'un phénomène, de faire intervenir un être plus ou moins fantastique, ayant reçu du Créateur (quand on ne fait pas intervenir le Créateur lui-même), le pouvoir de produire ce phénomène; cela est bien plus commode, disons-nous, que d'analyser ce phénomène patiemment, laborieusement, en mettant à profit des connaissances acquises par un travail de plusieurs années.

4° Enfin, les adversaires de l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir croient avoir trouvé un argument sans réplique dans l'impossibilité, qu'ils supposent absolue, d'expliquer certains actes appelés *vitaux*, par les lois qui régissent la nature brute. Mais d'abord, de ce que quelques phénomènes ne pourraient être *actuellement* expliqués, s'ensuivrait-il qu'il en est de mêe de tous les autres? Puis, allons au fond des choses: est-ce que les chimistes *expliquent* les propriétés du fer? Ils les constatent, et voilà tout. Est-il bien plus étonnant qu'un cordon nerveux reçoive une impression, qu'il ne l'est qu'un morceau de cuivre conduit l'électricité? Nous ne savons pas *pourquoi* le cordon nerveux reçoit les impressions; nous ne savons pas davantage *pourquoi* le morceau de cuivre conduit l'électricité. Nous connaissons les conditions qui modifient cette propriété du morceau de cuivre, parce que depuis longtemps elles ont été étudiées. Nous n'hésitons pas à le dire : nous connaîtrons les conditions qui modifient l'action nerveuse quand aussi elles auront été soumises à une étude suffisamment prolongée.

Disons enfin toute notre pensée. Il se passe dans les êtres *vivants* des phénomènes autres que ceux qui se passent dans les corps bruts; certaines propriétés de la fibre vivante, les divers modes de sensibilité sont spécifiques, mais ces phénomènes ne sont point *contraires* aux lois de la physique, de la chimie, etc. S'il était démontré qu'ils sont contraires à ces lois, c'est que celles-ci seraient *fausses* ou *incomplètes*; il faudrait les *changer* ou les *compléter*.

Nous regrettons que l'espace qui nous est réservé ne nous permette pas d'insister davantage sur la démonstration aussi bien que sur la haute portée de l'idée qui a guidé l'auteur du livre dont il est temps enfin que nous rendions compte.

Dans les considérations générales qui précèdent l'entrée en matière, l'auteur établit la proposition fondamentale. Résumant la définition de l'être vivant donnée par Cuvier, il le montre comme une sorte de foyer chimique où il y a à tout moment apport de nouvelles molécules et départ de molécules anciennes; il fait saisir l'harmonie qui règne entre toutes ses parties constituantes; il fait comprendre comment, par l'acte de la digestion, des matériaux du dehors sont introduits dans l'organisme, transportés partout par la circulation, oxydés par la *respiration*, éliminés directement, ou après avoir servi à la *nutrition*, par l'*urination*, la *défécation*, les *sueurs*, etc.; il indique les phénomènes chimiques de fermentation, de catalyse, etc.

Ces notions, quoique un peu écourtées, et elles devaient l'être, suffisent néanmoins pour faire reconnaître que M. Mialhe est bien pénétré de l'idée que sans physiologie il n'y a pas de thérapeutique possible, que sans physiologie il y a des *médicastres* et des *rebouteurs*, il n'y a pas de *médecins*.

Dans le chapitre Ier, l'auteur traite *du rôle de l'oxygène dans l'économie animale;* il le considère comme un corps comburant, agissant à la température du corps humain par un mécanisme analogue à celui suivant lequel il se combine à l'hydrogène en présence de l'éponge de platine. Mais ce gaz n'agit pas de la même manière sur tous les corps qui sont mis en rapport avec lui; les uns, en effet, comme les matières albuminoïdes, les huiles volatiles, les citrates, tartrates, etc., sont directement oxydables; les autres, comme la glycose, ne le sont qu'après avoir subi une altération préalable sous l'influence des alcalins. Il en est, enfin, qui comme la gomme, la mannite, résistent absolument à l'oxydation. C'est dans ce chapitre surtout que l'auteur fait voir que les phénomènes chimiques qui se passent dans l'économie sont identiques avec ceux qui se passent au dehors d'elle. Il insiste sur la nature des produits résultant de cette oxydation, produits dont quelques-uns, se rencon-

trant dans les urines, donnent à celles-ci des propriétés en rapport avec la composition des aliments ingérés et les différents degrés d'oxydation qu'ils ont subis pendant leur trajet à travers l'économie. L'oxydation étant une condition essentielle de l'entretien de la vie, tout corps qui empêchera ce phénomène sera nécessairement un poison. L'acide cyanhydrique, qui, d'après M. Millon, arrête complétement la combustion de l'acide oxalique par l'acide iodique, arrêtera de même la combustion des aliments par l'oxygène et tuera instantanément. Mais les substances facilement oxydables n'agissent pas seulement sur l'économie par la faculté qu'elles ont d'absorber l'oxygène : elles agissent aussi par les produits résultant de leur combinaison avec ce gaz ; ainsi l'hydrogène sulfuré n'est pas seulement un poison par ce fait qu'il s'empare de l'oxygène, mais il tue aussi par l'acide sulfurique qui résulte de sa combustion.

Dans le même chapitre, M. Mialhe traite de la *digestion ;* il montre que si les anciens avaient pressenti les phénomènes de fermentation qui dominent cette fonction si importante, il était réservé aux chimistes modernes d'en donner la démonstration ; il étudie successivement l'action de la *pepsine* et de la diastase, dont il a le premier reconnu l'existence dans la salive. Il compare l'action de ces *ferments normaux* à celle des *virus*, qui sont pour lui des *ferments pathologiques*. Les expériences ingénieuses de l'auteur sur la digestion des matières albuminoïdes, amyloïdes et grasses sont trop connues pour que nous ayons ici à en faire l'analyse. Qu'il nous suffise de dire qu'il répond presque toujours avec bonheur aux objections sérieuses qui ont été faites à sa théorie. Il prend occasion de la digestion des matières amyloïdes pour traiter de la cause et du traitement du diabète sucré. Chacun sait que pour lui cette maladie est la conséquence de la trop faible alcalinité du sang, qui, par là est impropre à transformer la glycose en cette substance *nouvelle* qui *seule* peut se combiner avec l'oxygène. La cause de la maladie connue, le traitement en découle tout naturellement : il consiste dans l'emploi de tous les moyens qui peuvent rendre au sang l'alcali qui lui manque. En homme qui n'a pas la prétention d'avoir dans sa poche la clef de la science, M. Mialhe tient grand compte des découvertes de M. Bernard et de la théorie à laquelle l'expérience a conduit M. Reynoso. Nous croyons, pour notre compte, que le traitement de cette maladie autrefois si grave doit être basé sur un *ensemble* de considérations puisées à la fois dans les trois théories, trop exclusives suivant nous, dont nous venons de faire connaître les auteurs. Il ne faut pas oublier non plus que le diabète peut altérer profondément l'économie, non-seulement parce que la matière amyloïde qui devrait servir aux actes respiratoires est éliminée sans avoir *subi* l'action de l'oxygène, mais aussi parce que la présence du *sucre* dans le sang en modifie les propriétés absorbantes, comme l'ont démontré les expériences récentes de M. Bernard. C'est à ce dernier point de vue que la privation des amyloïdes, préconisée par M. Bouchardat, a une utilité réelle.

M. Mialhe ne pouvait s'occuper de la digestion des amyloïdes et du diabète sucré sans donner son opinion sur l'origine tant controversée aujourd'hui du sucre dans l'économie animale. Il ne se rend point à la manière de voir que M. Bernard croit avoir établie sur des expériences irréfragables. Qu'il nous soit permis de dire que ces expériences, faites avec une habileté que personne ne saurait contester, ne nous paraissent pas non plus à l'abri de toute objection. Il en est une, en effet, qui a paru concluante à des esprits sévères, et à laquelle nous ne saurions accorder une grande importance : c'est celle par laquelle M. Bernard démontre qu'à un moment donné il y a *plus* de sucre dans une quantité déterminée de sang provenant des veines sus-hépatiques que dans la même quantité de sang tiré de la veine porte. Ce fait aurait la valeur qu'y attachent certaines personnes si *tout* le sang de la veine porte passait par les veines sus-hépatiques après avoir traversé le foie ; mais il n'en est point ainsi : une partie de ce sang est destinée à la sécrétion de la bile, qui, elle, ne contient pas de sucre. Soit donc A la quantité de sucre contenue dans une masse M de sang de la veine porte ; supposons que la moitié de ce sang serve à la sécrétion de la bile, et que l'autre moitié passe dans les veines sus-hépatiques : il est clair que si la bile ne contient pas de sucre, cette dernière moitié contiendra tout celui que contenait la masse M du sang de la veine porte ; ou si 1/2 M du sang dans la veine sus-hépatique contient A de sucre, M en contiendra 2 A, c'est-à-dire qu'à masse égale le sang de la veine sus-hépatique contiendra une quantité de sucre double de celle renfermée dans la veine porte, sans que le foie ait eu à produire la plus faible quantité de ce principe immédiat. Nous pourrions, par des *raisonnements* analogues, faire comprendre comment, à un moment donné, la veine porte peut ne pas contenir la moindre proportion de sang, et la veine sus-hépatique en renfermer en proportion notable sans qu'il *soit nécessaire* de faire intervenir le foie comme *organe sécréteur de ce produit*. Qu'on n'aille pourtant pas au delà de notre pensée : nous ne *nions* pas la fonction glycogénique du foie ; seulement nous ne croyons pas que cette fonction soit aussi clairement démontrée qu'on le suppose généralement, et l'éminente société qui vient de mettre cette question au concours est probablement de notre avis.

La digestion des albuminoïdes est traitée *in extenso ;* l'auteur étudie, non-seulement l'action du suc gastrique, mais encore celle des deux principes qui le constituent essentiellement ; au moyen d'un historique très bien fait, il montre que l'*albuminose*, cette transformation uniforme des aliments azotés sous l'influence des actes digestifs, a été entrevue, que son rôle a été pressenti avant qu'il en ait donné lui-même une histoire complète ; différant en cela de beaucoup de gens qui se gardent bien de faire connaître les travaux de leurs devanciers, qui vont jusqu'à s'abstenir de les connaître eux-mêmes, et ont ainsi la conscience aussi libre que celle d'un homme qui, ayant trouvé une bourse, se garderait bien de lire les affiches dans la crainte d'y rencontrer le nom du propriétaire.

L'opinion de MM. Bernard et Barreswil, qui consiste à admettre que la pepsine et la diastase sont une seule et même matière produisant des effets différents suivant le milieu dans lequel elles agissent, nous paraît réfutée d'une manière péremptoire.

L'article qui traite de l'*état de l'albumine dans l'économie* offre le plus haut intérêt. On y trouve des expériences non moins ingénieuses que les idées théoriques et pratiques que l'auteur y a puisées. Ces expériences démontrent que l'albumine y existe sous trois états caractérisés par des propriétés distinctes : 1° l'*albumine normale* ou *globulaire*, insoluble dans l'eau, entièrement coagulable par l'acide nitrique ; 2° l'*albumine caséiforme*, en partie soluble, précipitant en partie par l'acide nitrique, et se redissolvant dans un excès d'acide ; 3° l'*albuminose* entièrement soluble, ne précipitant point par l'acide nitrique, mais précipitant par le tannin. M. Mialhe met à profit la connaissance des propriétés de l'albumine sous ces différents états pour étudier les conditions qui permettent à cette substance de pénétrer dans les vaisseaux, d'y demeurer et d'en sortir ; il fait voir l'influence qu'exercent sur les transformations qu'il a signalées l'excès d'eau dans le sang, la présence des virus, etc. Pour lui, l'albuminurie reconnaît le plus souvent pour cause l'hydrohémie ; il combat par des raisonnements empruntés à M. Liebig, aussi bien que par ses propres expériences, l'opinion d'un chimiste distingué, M. Édouard Robin, qui pense que l'albuminurie est le résultat d'un défaut de combustion de l'albumine. L'auteur est bien loin de négliger, comme on lui en a fait le reproche, l'action des membranes sur les sécrétions ; il relève, au contraire, avec beaucoup d'à-propos les expériences de M. Matteucci qui ont démontré l'influence qu'exerce sur les phénomènes endosmotiques l'altération de texture des lamelles organisées.

Après avoir étudié la pepsine, découvert la diastase animale, M. Mialhe était tout disposé à croire qu'un ferment analogue aux deux précédents devait intervenir dans la digestion des matières grasses : des expériences nombreuses le forcèrent bientôt d'abandonner cette opinion, et d'expliquer l'émulsion de ces substances par l'alcali contenu dans le suc intestinal. Plus tard, M. Bernard, qui, lui, soutenait l'identité des deux premiers ferments, crut trouver dans le suc pancréatique un agent spécial de la transformation des corps gras. Tout le monde connaît les belles expé-

riences sur lesquelles l'illustre professeur base son opinion. M. Mialhe est demeuré inébranlable dans ses convictions, et il faut reconnaître que les travaux de MM. Bidder et Schmidt, que ceux plus récents d'un homme qui a publié un très beau livre de physiologie, M. Colin, lui donnent à peu près raison.

Le chapitre II, qui traite de l'absorption, doit être médité avec soin. Il suffit à lui seul pour placer M. Mialhe dans les premiers rangs de cette école qui raisonne la thérapeutique.

Une substance, quelle qu'elle soit, pour être absorbée, doit remplir trois conditions : 1° être liquide ; 2° mouiller la membrane avec laquelle elle est mise en rapport ; 3° ne point former avec elle une combinaison insoluble. Ces trois propositions sont démontrées par une série de faits et de raisonnements qui nous paraissent à l'abri de toute contestation. C'est en partant de cette démonstration que les matières médicamenteuses et toxiques sont divisées en deux classes : 1° celles qui coagulent l'albumine (coagulants) ; 2° celles qui dissolvent l'albumine (fluidifiants). L'auteur justifie cette division, en démontre l'importance par un grand nombre d'expériences ingénieuses et toutes nouvelles Il fait voir comment telle substance, qui a d'abord coagulé l'albumine des tissus qu'elle touche et formé ainsi avec elle une combinaison solide qui ne peut être absorbée, devient ensuite fluidifiante par suite de sa combinaison avec des éléments qui lui sont fournis par le sang lui-même. Tel est le sublimé corrosif qui, coagulant de sa nature, devient fluidifiant par sa combinaison avec le chlorure de sodium, etc., etc

Il montre aussi comment la composition des médicaments introduits dans le torrent circulatoire change en raison de l'action réciproque exercée entre eux et les matériaux chimiques qui constituent le fluide nourricier; il tire de ces diverses considérations des conséquences immédiatement applicables à la thérapeutique, au traitement des empoisonnements, etc., etc.

Après avoir exposé sur l'absorption des médicaments ou des poisons des idées générales tellement liées entre elles que c'est dans le livre seul qu'on peut en saisir l'ensemble, il s'occupe dans le chapitre III de l'absorption des agents médicamenteux et toxiques insolubles ou peu solubles. C'est là que se trouve l'histoire à la fois pharmaceutique, thérapeutique et toxicologique du charbon, de l'iode, du soufre, du phosphore, de l'arsenic, de l'alumine, de la magnésie, de la chaux, de la baryte, du fer, du zinc, de l'étain, du plomb, du bismuth, de l'antimoine, du mercure, de l'or, du platine, des résines et des huiles, des alcalis végétaux. A la fin de chaque article se trouve un résumé qui nous dispense d'en faire l'analyse. On y rencontre aussi une série de formules rationnelles que le médecin ne doit point ignorer. Nous ne pouvons nous empêcher de signaler quelques articles à l'attention du lecteur. Dans celui qui traite de l'*arsenic*, l'auteur propose comme contre-poison de ce dangereux métal, ou mieux de ses composés, le protosulfure de fer qui forme avec eux un composé d'une innocuité à peu près absolue. A propos de l'alumine, il insiste avec grande raison sur la propriété coagulante de l'alun pris à petite dose, lequel devient fluidifiant à dose plus élevée; nous trouvons là un exemple frappant de ces médicaments qui ont des propriétés médicamenteuses toutes différentes, disons mieux *opposées*, suivant la dose à laquelle on les emploie.

L'étude du fer et de ses composés n'occupe pas moins de 60 pages. D'un grand nombre d'observations et d'expériences confirmatives de son idée générale, l'auteur conclut que toutes les préparations ferrugineuses susceptibles d'être décomposées par les alcalis du sang ne peuvent être d'aucune utilité pour l'économie; que celles qui sont solubles doivent être préférées à celles qui sont insolubles ; que celle qui est à la fois la moins sapide, la plus riche en fer et la plus complétement absorbable est le *tartrate ferrico-potassique.*

C'est surtout à l'occasion des sels de plomb, de mercure, d'argent, etc., que M. Mialhe montre le rôle que joue dans l'absorption de sels normalement insolubles les chlorures alcalins du sang; suivant lui, les préparations de plomb sont d'autant plus absorbables qu'elles sont plus aptes à se transformer dans l'économie en chloro-plombate alcalin, composé en lequel résident les propriétés médicinales et toxiques de tous les composés chimiques dont le plomb est la base.

Toutes les préparations mercurielles employées en médecine se transforment dans l'économie en sublimé corrosif; cette transformation a lieu sous l'influence des chlorures alcalins contenus dans le sang ou les humeurs. La quantité de sublimé qui prend ainsi naissance sera en rapport : 1° avec le degré de chloruration des liquides de l'économie ; 2° avec la nature du composé ingéré. Ceci fait comprendre l'*uniformité* d'action des diverses préparations mercurielles ; ceci fait comprendre aussi comment une *faible* dose de calomel, donnée à un individu dont les humeurs sont fortement chlorurées par suite d'une alimentation salée, pourra produire des effets bien plus intenses qu'une dose considérable du même sel donnée à un malade maintenu depuis longtemps à la diète, et dont le sang aura perdu dans les excrétions de chaque jour une grande partie des chlorures qu'il renferme dans l'état normal. Nous avons été témoin d'un empoisonnement très grave par 5 décigrammes de calomel.

Ce que nous venons de dire du plomb et du mercure s'applique à l'argent, l'or, le platine; le protosulfure de fer hydraté, qui forme avec tous les composés de ces métaux un sulfure insoluble, est le contre-poison de chacun d'eux.

L'absorption des résines, des huiles, n'est possible qu'en présence des bases alcalines existant dans les liquides intestinaux.

Si l'on excepte la morphine, les alcalis végétaux sont très solubles dans les acides et peu dans les alcalis ; il faut donc les donner par la bouche, puisque par ce procédé ils arrivent immédiatement dans l'estomac, dans les acides duquel ils se dissolvent. Si on les donne par l'anus. il faut préalablement les acidifier.

Le chapitre IV, intitulé : *Corollaires à l'absorption des médicaments et des poisons*, traite de l'élimination des substances étrangères à l'organisme. Dans cet article, M. Mialhe pose les règles au moyen desquelles on pourra déterminer à l'avance la voie que prendra telle ou telle substance pour sortir de l'économie ; pour lui, l'excrétion n'a rien d'organique, de vital : c'est un phénomène entièrement soumis aux lois de la physique et de la chimie. On trouve dans ce chapitre une classification chimique des poisons sur laquelle est basé le traitement de tout empoisonnement ; le protosulfure de fer hydraté est un antidote presque général. Ce que l'auteur dit de la stagnation des poisons dans les différents organes doit être bien médité; il l'explique toujours par des considérations physico-chimiques. C'est de la même manière qu'il fait comprendre ces prétendues idiosyncrasies qui ont tant agité la sagacité des thérapeutistes ; il insiste sur l'influence du mode d'administration des médicaments, sur les modifications que ceux-ci subissent ou doivent subir dans l'organisme, et par suite sur les différents effets qu'ils produisent. Suivant l'auteur, les agents médicamenteux ou toxiques agissent de quatre manières principales : 1° en arrêtant la circulation du sang; 2° en activant la circulation du sang; 3° en empêchant les réactions chimiques qui peuvent se faire dans le sang ; 4° en produisant dans le sang des réactions chimiques anormales.

Les chapitres V et VI, intitulés : *Études pharmaceutiques et thérapeutiques des principales formes de médicaments* et *Médications spéciales*, doivent être signalés aux pharmaciens aussi bien qu'aux médecins. Le jour est venu, dit l'auteur, où la pharmaceutique, comme l'appelait Ampère, doit emprunter à la physiologie les connaissances scientifiques qui peuvent seules éclairer sa marche et donner à ses préceptes l'autorité de la démonstration. Il y a trop longtemps que nous cherchons à faire prévaloir cette idée pour que nous ne lui donnions pas tout notre assentiment, et nous n'hésitons pas à dire que, quand cette idée sera généralement comprise, on verra toutes ces drogues indigestes de l'ancienne pharmacie disparaître des officines honnêtes pour aller se réfugier dans les boutiques des charlatans. Ce chapitre, un des plus importants du livre, est tellement clair, tellement concis, qu'il faudrait le citer en entier pour en donner une juste idée; nous y renvoyons le lecteur. Signalons pourtant les articles qui traitent de la médication alcaline et des purgatifs.

Si les travaux de M. Mialhe ne faisaient que constater un pro-

grès dans la science, il faudrait déjà lui rendre grâce ; les progrès réels ne sont pas si communs. Mais ce n'est pas là qu'est leur principal mérite ; ces travaux ouvrent une voie nouvelle, non-seulement à la thérapeutique, mais encore à la physiologie générale. En même temps qu'ils expliquent un grand nombre de phénomènes jusque-là incompris, ils détruisent, ce qui est bien mieux, suivant nous, des erreurs longtemps accréditées. Celui qui ne verrait dans le livre que nous venons d'analyser que les résultats aujourd'hui obtenus, ne rendrait pas justice complète à l'auteur ; il faut y voir surtout une mine des plus fécondes pour l'avenir. Si dans ce livre, où M. Mialhe a eu tant à combattre, il exprime ses opinions avec l'indépendance d'un homme honnête, nulle part il ne se départit de cette convenance de paroles qui est le cachet de la conviction.

Docteur Martin-Magron.

VII.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Moret, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, à Rouen, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes à l'hôpital civil : MM. Ehrmann, Rapp et Senget ; et externes au même hôpital : MM. Feltz, Rapin, Schaumont, Ritzieger et Eichinger.

— M. le docteur Deroubaix, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bruxelles, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin a nommé membre correspondant M. le docteur Thiry, professeur de pathologie chirurgicale à l'Université de Bruxelles.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine Medicinische Central-Zeitung. — Nos 37 à 45. — 37. Bronzed-Skin, nouvelle espèce de maladie, par *Posner*. — 42. Les eaux de Nauheim contre les maladies du système nerveux, par *Erlenmeyer*. — Distribution géographique des poissons électriques. — 45. Communication sur le thé.

Charleston Medical Journal and Review. — 1856. Mars. Bains électro-chimiques, par *Nunn*. — Fièvre jaune à Norfolk, par *Williams*. — Cas d'opération césarienne, par *Merinax*. — Emploi de l'iodure de potassium à haute dose, par *Porcher*. — Topographie des Florides, par *Gaillard*. — Compte rendu de l'Association médicale de la Caroline du Sud.

Dublin Medical Press. — No 908. Fistule salivaire du conduit parotidien, par *W. Hargrave*. — Abcès iliaque droit, par *le même*. — 910 (le no 909 manque). Spécimen de la pratique ancienne, par *Donovan*.

Medical Times and Gazette. — Nos 308. Plaies par armes à feu portant sur les mains, par *J. Wyatt*. — Sur la projection de l'œil en avant en rapport avec l'anémie, par *R. Taylor*. — 309. Compte rendu du procès Palmer. — 310. Amputations primitives en Crimée, par *Flower*. — Sur l'oblitération des artères à leur origine et sur quelques altérations du cœur, par *Lodgkin*. — 311. Expériences sur la strychnine et la brucine, par *H.-H. Watson*. — Diagnostic et traitement des vers ; nouvelle espèce de tænia chez l'homme, par *W.-H. Ransom*.

New Orleans Medical and surgical Journal. — 1850. Mai. Topographie, climat, population, flore, maladies du comté de Cherokee (Texas), par *W.-L. Gammage*. — Confraternité médicale, par *W.-G. de Graffenreid*. — Marche médicale et non médicale, par *B. Dowler*. — Fracture du crâne, plaie et perte de matière cérébrale, sans symptômes sérieux, par *Morton Dowler*. — Recherches expérimentales sur la chaleur animale sur le vivant et sur le cadavre, par *Bennet Dowler*. — Extraction d'un corps étranger des narines, par *Morton Dowler*. — Convulsions puerpérales traitées avec succès par les inhalations du chloroforme, par *le même*. — Placenta adhérent, par *Cowling*. — Ablation de deux morceaux d'une forte aiguille logée dans la cuisse depuis quarante-cinq ans, par *J.-R. Smith*. — Trachéotomie sur un mulet, par *Anderson*.

The Lancet. — Nos 21. Cas de tétanos idiopathique, par *J.-N. Newington*. — 22. Comptes rendus de Société et du procès Palmer. — 23. Effets de la strychnine, par *G. Harley*. — Pathologie utérine, par *R. Barnes*. — Expériences sur la strychnine, par *Marshall Hall*. — Cas d'hermaphrodisme, par *Loney*. — 24. Action de la strychnine, par *G. Harley*. — Chirurgie à l'armée d'Orient, par *Burges*. — Traitement du rhumatisme, par *J.-T. Banks*. — Division du périnée pour le rétrécissement de l'urèthre, par *Laurence*. — Cas de vaccinelle, par *Ellis*. — Emploi de la noix vomique, par *Greenwood*. — Déchirure du périnée, par *Arthur Taylor*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier de mai. — De la spermatorrhée. — Du rhumatisme, par le docteur *Kyriakos*. — Cahier de juin. De la spermatorrhée, suite. — Des prédispositions héréditaires à l'aliénation mentale, par le docteur *Kyriakos*. — Observation d'abcès du poumon avec fistule cutanée et ensuite avec ouverture dans l'œsophage, par MM. les docteurs *Panag* et *Athan Lytsicas*. Observation d'acéphalocystes du foie et de la rate. — De la pneumonie, par le docteur *Kyriakos*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — No 19. Choléra de Pagnoguaga, par *F. Volta*. — Hygiène et quarantaine dans leurs rapports avec le choléra, par *G. Strambio*. — 20. Observations physiologico-pathologiques sur le système nerveux, par *F. Lussana*. — Sur la transmissibilité du choléra, par *F. Barbieri*. — 21. Observations, etc., par *Lussana*. — Influence du climat sur l'issue des opérations, notamment de la lithotomie, par *G. Ferrini*. — 22. Sur le crétinisme dans la Valteline, par *G. Strambio*. — Sur la préparation du ventricule du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, par *L. Poletti*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — No 22. Des émétiques en thérapeutique, par *Bottini*. — Sur le mode d'administration de quelques remèdes (anonyme). — 23. Apoplexies régnantes, par *G. Rolla*. (Le no 24 manque.) — 25. Quantité, qualité et fonctions des vaisseaux dans les tissus sains et les carcinomes, par *L. Maschi*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). No 21. Leçons du professeur *Buffalini* (suite). — Choléra de Colle, par *Niccolo* et *Carlo Sussini*. — 22. Suite des mêmes articles. 23. Leçons de *Buffalini*. — Choléra de Colle, par *N.* et *C. Sussini*. — 24. Leçons de *Buffalini*. — Choléra de Pise, par *Paccianti*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). - No 9 (15 mai). Rapport sur des instruments et appareils de chirurgie présentés à l'Académie de Turin par G. Masera, par *Frola*, *Pegrani* et *Pertusio*. — Hernie crurale étranglée ; opération ; ischurie, par *Uberti*. — 10. (31 mai). Incompatibilité chimique de quelques substances médicamenteuses dans la pharmacopée des États sardes, par *Righini*. — Apologie du mercure comme antisyphilitique, par *Fenolio*.

El Siglio medico. — Nos 124. La vaccine considérée comme moyen préservatif de la variole et curatif d'autres affections, par *T. Calzada*. — De l'obstacle aux communications dans le but d'empêcher la propagation du choléra, par *José Alonzo*. — 125. Études cliniques sur la syphilis, par *J.-G. Olivares*. — Extirpation d'un cancer enkysté de la mamelle, par *Juan Fourquet*. — 126. Opérations de taille latérale et latéralisée, par *M. Sanchez de Toca*. — 127. Avantages en médecine de l'étude des conditions extérieures, principalement par les directeurs d'établissements balnéaires, par *J. Salgado*. — Eaux minérales de Charles III, par *J. Gonzales y Grespo*.

Gazeta medica de Lisboa. — No 81. Choléra de 1855, par *F. de Oliveira Rocha*. — Statistique sur le choléra de Faro, en 1855, par *G. Telles*.

La Cronica de los hospitales. — No 10 (14 mai). Fongus cancéreux du grand cul-de-sac de l'estomac. Cancer du foie et du pancréas ; mort, autopsie ; par *Taboada de la Riva*. — Amputation d'une verge cancéreuse, par *V. Caballero*. — 11. Extirpation complète de la glande parotide, avec résection des deux maxillaires, par *Melchor Sanchez de Toca*. — Clinique.

Livres nouveaux.

Association médicale de l'arrondissement de Meaux. Assemblée générale annuelle. — Compte rendu. In-8 de 16 pages. Meaux.

Étude sur la fièvre puerpérale épidémique et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque, du mois de juin 1854 au mois de mars 1855, par le docteur *Zandyck*. In-8 de 96 pages. Paris, Labé.

L'Ozone, ou recherches chimiques, météorologiques, physiologiques et médicales sur l'oxygène électrisé, par le professeur *H. Scoutetten*. Un vol. grand in-18 de 288 p. avec 6 tab. et une pl. coloriée. Paris, Victor Masson. 4 fr.

Beitraege zur Natur und Heilkunde (Contributions à l'histoire naturelle et à la médecine), par *B. Stilling* 1re livraison : Anatomische und mikroskopische Untersuchungen ueber den feineren Bau der Nerven-Primitivfaser und der Nervenzelle (Recherches anatomiques et microscopiques sur la structure des fibres primitives des nerfs et des cellules nerveuses). In-4. Francfort 8 fr.

Beitraege zur normalen und pathologischen Histologie der Cornea (Contributions à l'histologie normale et pathologique de la cornée), par *W. His*. In-8 avec six planches. Bâle, Schweighauser. 5 fr. 50

Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Laendern im Jahre 1855, von prof. *Scherer*, *Virchow* und *Eisemann*. IIe Band. Allgemeine Pathologie. In-4, 190 pages. Würzburg, Stahel.

Die Lebenskraft. Ein Beitrag zur medicinischen Biologie. (La force vitale Contribution à la biologie médicale), par *A. Kortüm*. In-8. Berlin, G. Bemier. 2 fr.

Physiologische Studien (Études physiologiques), par *R. Heiderhain*. In-8. Berlin, Hirschwald. 4 fr.

Su l'ozono atmosferico durante l'ultima epidemia colerosa in Milano. Sperienze e considerazioni del dottore *Gaetano Strambio*. Grand in-8 de 54 p. et 2 tab. Milan, Chiusi.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 8 AOUT 1856. — N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 août 1856, ont été chargés de présider les sessions d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain (Réceptions des officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens de deuxième classe et herboristes) ;

Pour les Écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux :

MM. ALQUIÉ, professeur à la Faculté de médecine, et POUZIN, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 30 juillet au 6 août 1856.

184. CHARBONNIER, Philippe-Charles-Joseph, né à Saint-Calais (Sarthe). [*Des abcès urineux au périnée.*]

185. COSSÉ, Émile-André-Aimé, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Essai sur la volonté dans les maladies mentales.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 août 1856.

DE LA DIÉRÈSE PAR RAPPROCHEMENT DE SURFACES MOUSSES.

(2e article.)

Après avoir examiné les principes, il nous reste à faire connaître les cas ainsi que les règles d'application de l'*écrasement linéaire.* Ce dernier mot, choisi à dessein, montre que le manuel opératoire de M. Chassaignac, le seul dont nous ayons aujourd'hui à tenir compte, est le seul qui va nous occuper.

Cette appréciation n'a point pour objet principal d'initier le lecteur à la connaissance des moyens à diriger contre telle ou telle maladie. Le livre complet et détaillé de l'inventeur ne laisse à cet égard ni lacune ni obscurité. Notre but est plutôt la critique que l'analyse. Or, dans cet ordre de

FEUILLETON.

Des imperfections, lacunes et erreurs de la littérature médicale.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Si la science a ses exigences, elle a aussi ses loisirs, et il est permis à ceux qui la cultivent de s'égayer quelquefois en recueillant çà et là quelques épisodes amusants et en corrigeant des méprises singulières échappées à nos prédécesseurs, voire à nos contemporains. Nous sommes d'ailleurs à une époque où nous devons tendre de toute notre force à la perfection, et éviter les taches assez nombreuses qui maculent trop souvent nos austères productions scientifiques. Permettez-moi donc de faire un peu de critique bien innocente, certes, et bien dénuée de passion quelconque. Nos livres sont malheureusement hérissés d'erreurs, de citations fausses, de contre-sens, de barbarismes, de fautes d'orthographe et enfin d'imperfections de cent espèces. J'ai conçu le projet de mettre au jour quelques-unes de ces plaies qui viennent pour la plupart de ce qu'on tient plus à faire de gros livres que de bons livres, et de ce qu'on ne s'attache pas assez soigneusement à mettre cent fois son ouvrage sur le métier, à le polir et à le repolir comme il conviendrait de le faire pour léguer à la postérité des œuvres sérieuses.

Le badinage que j'entreprends pourra peut-être déplaire à certaines personnes qui pensent qu'il faut toujours cacher le mal et exhiber seulement le bien ; mais qu'importe, si la remarque profite et si les auteurs cherchent dans leurs prochains travaux à éviter les erreurs dans lesquelles ils sont tombés. Pour ma part, je crains peu les petites rancunes et brave assez volontiers les grandes. D'ailleurs j'aurai, j'en suis convaincu, l'assentiment de tous ceux qui veulent voir disparaître les fautes dont notre littérature médicale est remplie et qui pensent tout bas ce que je me résous à dire tout haut.

Aucune animosité ne me guide d'ailleurs et je ferai, si l'occasion

faits, les avantages et les inconvénients de l'opération varient du tout au tout, selon la manière dont on met en œuvre le principe général; un exposé approfondi des différences que chaque cas particulier nécessite, devient indispensable pour se faire une opinion sur le mérite réel, sur la valeur définitive de l'idée mère. Ce n'est qu'en appréciant chaque procédé qu'on peut juger la méthode.

Éclaircissons immédiatement cette pensée par une division. Après avoir lu la série des opérations ingénieuses imaginées par M. Chassaignac, on reconnaît sans peine qu'elles doivent être comprises sous deux chefs bien distincts, selon que, pour être exécutées, elles ont besoin ou qu'elles peuvent dispenser de l'action préalable de l'instrument tranchant sur les parties molles.

Il en résulte déjà que les tumeurs *naturellement isolées* et recouvertes *exclusivement* d'une membrane muqueuse, sont les justiciables les plus naturels, les mieux définis de l'écrasement linéaire. Une excroissance pédiculée, une tumeur hémorrhoïdale saillante au dehors, un polype utérin descendu dans le vagin, ne nécessitent que l'action de l'écraseur, c'est là son triomphe. Les tissus sont tous soumis au broiement et rien qu'au broiement. Ni pour le saignement, ni quant à l'inflammation consécutive, il n'y a à craindre de danger. La méthode compte donc dans cette classe ses plus beaux cas d'application. Là son action est aussi expéditive qu'inoffensive et restera au répertoire des ressources les plus autorisées de la saine chirurgie.

Une maladie, quoique hors de ces conditions, mérite pourtant d'être distinguée par une exception favorable. Dans la fistule à l'anus, bien que la peau doive être divisée, le volume des parties à étreindre par l'écraseur est si peu considérable, — il est, dans tous les cas, si aisé de placer l'instrument sans autre préparation que le simple cathétérisme du trajet fistuleux, que cette application doit être comptée en tête de celles que l'écrasement revendique comme ses plus légitimes et ses plus utiles succès.

Nous avons dit que l'action préalable, obligée, de l'instrument tranchant marque entre les divers produits de la méthode une ligne de démarcation, qui donne aux uns par rapport aux autres une infériorité prononcée au point de vue de la simplicité du manuel comme à celui de la gravité des suites. Mais cette intervention de l'acier ne se fait pas toujours dans les mêmes conditions, n'entraîne pas toujours les mêmes conséquences. C'est ce qu'il faut bien préciser, parce que, dans ces différences judicieusement comprises, pratiquement généralisées, peut résider l'avenir de la méthode qui y trouverait peut-être les éléments d'utiles réformes.

Ainsi, parfois une ou plusieurs piqûres sont nécessaires pour placer l'érigne ou le crochet qui attirera à l'extérieur une tumeur située profondément. M. Chassaignac se sert, par exemple, d'un instrument spécial pour faire sortir les tumeurs hémorrhoïdales, et donner ainsi sur elles une prise plus facile à l'écraseur. Mais, il faut bien le noter, lorsque cet agent de diérèse est ensuite mis en œuvre, on le fait agir *en deçà* des parties accrochées par l'érigne. De même, dans le varicocèle, plusieurs aiguilles sont d'abord passées sous le faisceau des veines dilatées. Puis, une anse de fil, jetée au-dessous de ces aiguilles, pédiculise la tumeur. Quand on fait alors jouer la chaîne de l'écraseur, elle exercera la section au niveau même du fil, c'est-à-dire derrière les piqûres des aiguilles.

On le voit, et nous tenons à le faire ressortir, jusqu'à présent les ponctions préparatoires destinées à fixer, mobiliser, détacher la partie qui doit être extirpée, ne peuvent en rien aggraver les suites de l'opération, puisque les tissus sur lesquels ces ponctions ont eu lieu sont à l'instant séparés de l'organisme et qu'il ne reste absolument plus dans la région d'autre plaie que celle accomplie par le procédé de l'écrasement.

Mais, à côté de cette classe d'opérations, il en est une toute différente et non moins nombreuse où des conditions entièrement inverses se présentent. Pour couper la langue, pour enlever un testicule qui a rendu les téguments adhérents, pour extirper une tumeur volumineuse, M. Chassaignac conseille de passer d'abord, *à travers la peau*, la chaîne de l'écraseur; ce qui nécessite une ou plusieurs ponctions, soit avec le bistouri, soit avec le trocart. Or, quand le but de l'opération est atteint, quand la partie à emporter a été soustraite, que reste-t-il alors? D'abord une plaie principale, beaucoup plus large, je l'accorde, exécutée par l'écraseur et douée des propriétés rassurantes que ce mode de division confère; mais aussi, dans un point, les effets évidents de l'action de l'instrument tranchant ou piquant, effets circonscrits, bornés à un trajet étroit, mais source de péril néanmoins, germe possible d'infection purulente.

Parmi les créations que M. Chassaignac a tirées de son principe, il en est une que nous demandons à citer parce qu'elle offre, réalisé au maximum, — et réalisé, on le peut dire, sans une nécessité bien évidente, — le danger attaché à cette cause; c'est l'amputation de la verge. Le chirurgien,

---

se présente, la leçon aussi bien à mes amis qu'à mes rares adversaires, et je vous signalerai au besoin quelques sottises de ce genre dont je me suis moi-même rendu coupable. Je n'ai adopté ni ordre ni plan, il eût été ambitieux de le faire, et je n'ai pas la prétention d'être un réformateur. Je veux seulement médire un peu du prochain, dans l'intérêt du prochain lui-même; tant pis pour ceux qui n'aimeraient ni la plaisanterie ni la vérité.

§ Ier. — *Comment on traduit le latin.*

J'étudiais les maladies des paupières, j'ouvre l'excellent *Traité des maladies des yeux*, de M. Desmarres, et je trouve, à la page 26, 1re éd., un chapitre sur l'absence des paupières; il y est dit : L'absence congénitale des paupières est un fait vraiment rare..... Vicq d'Azyr, Sprengel, Carron en rapportent de curieux exemples..... *Morgagni (lettre XIII, p. 201, éd. Tissot) trouva, en disséquant, une absence congénitale des paupières de l'œil droit sur un adulte, tandis que l'œil gauche était complétement normal.*

Avant de recourir à la source, précaution dont j'ai depuis longtemps reconnu l'utilité, j'ouvre le *Traité pratique sur les maladies des yeux*, de W. Lawrence, traduit par Billard (d'Angers), Paris, 1830, et à la page 464, je vois également un chapitre intitulé : *Vices de conformation des paupières.*

« Les paupières, dit l'auteur, sont sujettes à certains vices de » conformation primitifs; un des plus remarquables est leur absence. » Vicq d'Azyr en a publié un exemple..... Morgagni rapporte le » fait suivant qu'il eut occasion de rencontrer en disséquant. » Suit un passage latin de douze lignes, tiré de l'édition de Tissot, lettre XIII, page 202, et que je vais bientôt reproduire. Ce passage est accompagné du commentaire suivant : « Cette absence des paupières coïncidait ici avec une atrophie très avancée *et probablement congénitale* du globe oculaire : ce double vice de conformation existe à ce qu'il paraît presque toujours simultanément. »

J'avais, je dois le dire, assez négligemment lu les douze lignes de latin; cependant, par hasard, un passage m'avait frappé : le malade était étranger, Morgagni ignorait comment l'œil était devenu malade : « Cum hominem altero captum fuisse oculo animadverti :

selon l'auteur, doit d'abord placer une sonde dans le canal; puis l'y fixer au moyen d'une aiguille en fer de lance, qui perce d'outre en outre urèthre et sonde. Et c'est ensuite *au-devant* de cette aiguille qu'on coupe le pénis à l'aide de l'écraseur. De cette façon, la piqûre profonde reste tout entière sur le moignon, et ne se cicatrise qu'au prix des chances fatales inhérentes à toute section saignante.

Nous n'avons pas rassemblé, dans une pensée de dénigrement, ces procédés, selon nous, essentiellement défectueux. Ils se présentaient naturellement sous notre plume dès qu'il a été question de montrer par des exemples le côté faible de la nouvelle méthode. Mais c'est par où elle pèche, ne l'oublions pas, qu'elle peut être ou corrigée, ou du moins restreinte. Elle ne restera parfaitement sûre, elle ne sera véritablement elle-même que là où elle ne divisera pas une seule fibre vivante autrement qu'avec ses moyens propres. C'est dans ce champ qu'il faut travailler à la renfermer. Qu'elle renonce aux applications qui appellent des alliés dangereux; qu'elle se borne, nous devons le lui répéter, à ce qu'elle peut accomplir seule. Mieux vaut s'abstenir que d'exposer, en de compromettantes mésalliances, son caractère original.

Est-il besoin, d'ailleurs, de le faire remarquer. Ici tout s'enchaîne si logiquement, si fatalement, de la cause à l'effet, que, si l'on veut chercher des arguments cliniques contre la nouvelle méthode, c'est dans les cas où elle a été dénaturée par l'adjonction mal entendue d'agents d'une nature différente. Qu'on parcoure, dans ce sens, les observations recueillies avec un soin si instructif, avec une véracité si méritoire par M. Chassaignac; qu'on répète ses ingénieuses opérations, et l'on ne tardera pas à se convaincre de l'exactitude de ce que nous avançons ici. Le bruit public, ce nous semble, a, du reste, déjà fait entendre à cet égard quelques avertissements significatifs; et il y aurait plus de sagesse à s'y rendre en restreignant et purifiant la méthode qu'à les braver en voulant lui donner une extension qu'elle ne comporte point.

Nous avons trop de confiance en la sagacité de M. Chassaignac pour douter qu'il n'ait compris avant nous ce que notre rôle nous a obligé de développer ici.

Une seule phrase de son livre garantirait suffisamment la justesse de notre présomption à cet égard: « Il nous fut imposé par les circonstances, dit-il (p. 335), de combiner l'action du bistouri avec celle de l'écrasement. » Judicieux et rassurant regret! Mais ce sentiment, très louable dans une méthode qui cherche sa voie, ne se comprendrait plus de la part de celle qui, au nom de l'in-octavo classique, prétend aujourd'hui à l'honneur et à la fortune des opérations *réglées*.

Notre critique n'a porté que sur un point. Nous ne soupçons pas à nous en excuser. Outre que ce simple aperçu permettait de passer en revue les principales applications ayant fonctionné jusqu'ici, il domine toutes les autres considérations de facilité, de promptitude, de régularité d'exécution, etc., d'une trop grande hauteur pour qu'on s'étonne de la place qu'il a usurpée dans notre appréciation. Lui seul, d'ailleurs, nous permettait de faire connaître les *desiderata* en même temps que les ressources de la nouvelle méthode. C'est au nom de cet intérêt supérieur que nous avons prémuni le public contre les séductions d'une idée que le mérite de ses patrons pouvait rendre trop ou trop tôt populaire. Aux inventeurs eux-mêmes nous ne dirons plus qu'un mot. S'ils veulent donner à leur méthode une extension durable, qu'ils méditent de nouveau, et plutôt sur ce qu'elle laisse à sa suite que sur la manière dont elle agit. Qu'ils cherchent dans des appareils plus puissants, dans des procédés inoffensifs et non sanglants de fixation préalable, le moyen de triompher de ce nœud que, en médecine surtout, on ne tranche jamais impunément. Qu'ils associent à l'écrasement la cautérisation de préférence à l'incision (ainsi que je l'ai fait pour la section du filet): c'est là une alliée dont les secours ne compromettent jamais une cause. En marchant dans cette voie, l'écrasement éblouira moins; mais il joindra peu à peu à ses acquisitions déjà très légitimes toutes celles qu'on lui conteste encore aujourd'hui.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'ophthalmie diphthéritique, par MM. les docteurs Warlomont et Testelin.

(Suite et fin. — Voyez le n° 30, tome III.)

Diagnostic. — La diphthérite ne peut guère être confondue qu'avec l'ophthalmie gonorrhéique; mais, comme le traitement de ces deux affections diffère essentiellement, il importe d'en tracer d'une manière précise le diagnostic différentiel.

» sed unde et quamdiu; quod esset, ut dixi, alienigena, scire non potui. » Mais, me dis-je alors, si l'on n'avait aucun renseignement sur les antécédents du mort, comment peut-on affirmer que l'absence des paupières était congénitale et coïncidait avec une atrophie de l'œil probablement congénitale aussi, suivant Lawrence? Il n'en fallut pas plus, je flairai aussitôt un béotisme bibliographique, quelque contre-sens, quelque interpolation peut-être. Si dans ce moment un fâcheux malavisé était venu troubler ma solitude, j'aurais sans doute passé outre; il n'en fut rien. Je commençai, par pure paresse, à tendre le bras pour saisir le premier volume des *Recherches anatomiques*, traduction française de Destouët, dont je me sers assez volontiers pour chercher vite avant de puiser dans l'immortel *De sedibus et causis* lui-même; j'arrive à la lettre XIII, paragraphe 8, et je lis: « Un homme de la grande Étrurie, presque » épuisé par un ulcère très fétide de la jambe et reçu pour cette » maladie à cet hôpital, y mourut vers le milieu de janvier de » l'an 1740. *Examen du cadavre.* Je m'étais approché du ca- » davre pour disséquer la tête et dans le but de faire d'autres obser- » vations, lorsque je m'aperçus que l'homme avait perdu un œil, » mais je ne pus savoir ni comment, ni depuis combien de temps, » parce que, comme je l'ai dit, il était étranger. Vous jugerez vous- » mêmes de ces circonstances par la description de l'organe. Tandis » que l'œil gauche était sain, les paupières de celui du côté droit, » qui se trouvait en très mauvais état, *n'offraient en aucun endroit* » *aucune trace de blessure ou d'ulcère ancien, pas plus que les diffé-* » *rentes parties de la face et le reste de la tête!!!* Il y avait, comme » à l'ordinaire, beaucoup de graisse dans l'orbite, » etc., etc.

Cette lecture me réveilla tout à fait et j'allai solennellement chercher dans une autre case de ma bibliothèque le Morgagni..... edente Tissot. Je cherche à la page 202, indiquée par Lawrence, et je trouve en effet le passage suivant: *Vir quidam ex Etruria ingenti, fœtidissimoque cruris ulcere pene confectus, proptereaque in hoc nosocomium receptus, mortuus est circa medium januarium anno 1740. Capitis dissecandi causa propter alias observationes accesseram, cum hominem altero captum fuisse oculo, animadverti: sed unde, et quamdiu; quod esset, ut dixi, aliegena, scire non potui: tu ex oculi des-*

Tableau synoptique du diagnostic de l'ophthalmie diphthéritique et de l'ophthalmie gonorrhoïque.

OPHTHALMIE DIPTHÉRITIQUE.	OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.
1) Existence d'une fausse membrane épaisse, ayant une tendance à s'enrouler, se détachant facilement et nettement, unie si intimement à la surface de la conjonctive qu'il est difficile de l'en détacher.	Quelquefois des pseudo-membranes qui paraissent n'être que du mucus coagulé, plus molles, n'ayant ni élasticité, ni friabilité, et donnant à la conjonctive, à laquelle elles n'adhèrent que faiblement, un aspect entièrement lisse.
2) Au microscope : masse amorphe, plus ou moins granulée et offrant çà et là des stries irrégulières ; à la surface et aux bords, cellules en quantité de plus en plus grande.	Membranes fibreuses et muco-pus sous toutes les formes.
3) Tissu de la muqueuse dur, résistant, pénétré par un exsudat solide.	Muqueuse molle, vasculaire, infiltrée d'un exsudat liquide.
4) Paupière tendue, ne pouvant plus se mouvoir ; douleur excessive quand on la retourne.	Paupière molle, tuméfiée et pouvant être facilement retournée.
5) Surface de la muqueuse offrant l'aspect d'une membrane *unie* où la circulation est interrompue.	Réseau vasculaire superficiel développé au point de donner lieu à une multitude de petites granulations rouges, ou à de petites excroissances de forme variable, proéminentes ou papillaires, qui donnent à la muqueuse l'aspect *chagriné*.
6) Au commencement de l'affection, quelques gros vaisseaux dilatés, et autour d'eux de petits épanchements sanguins en nombre considérable. Ils ne deviennent jamais étendus et ne se réunissent pas, comme on le voit d'ordinaire dans les ecchymoses de la conjonctive ; ils donnent à la muqueuse un aspect tacheté.	Vaisseaux dilatés, allongés et donnant facilement lieu à un écoulement de sang abondant, suivi de l'affaissement de la muqueuse, à la moindre érosion.
7) Muqueuse peu vasculaire, renfermant peu de sang pouvant servir à la circulation.	Muqueuse extraordinairement vasculaire où la circulation se fait librement.
8) Produit de sécrétion consistant en un liquide ténu, d'un gris sale, semi-transparent, et dans lequel surnagent des flocons jaunâtres. Putréfaction assez rapide.	Pus assez homogène, d'un jaune pur, ne se putréfiant pas rapidement.
9) Augmentation de chaleur très prononcée.	Augmentation de chaleur peu prononcée.
10) Douleur toujours très vive. Muqueuse très sensible au moindre attouchement.	Douleur très supportable, quelquefois nulle, disparaissant dès que la suppuration a fait des progrès.
11) Tuméfaction du *tissu conjonctival* considérable, facile à constater par une incision de ce tissu.	Pas de tuméfaction du tissu de la conjonctive, qui n'est soulevé que par un exsudat liquide placé sous l'épithélium.
12) Tuméfaction dure et rigidité de la paupière supérieure, se développant rapidement et s'annonçant par la disparition de ses plis. Teinte légèrement rougeâtre de la peau, ayant son point de départ au bord palpébral.	Tuméfaction moins dure, moins rigide, quoique très considérable.

Traitement (1). — *Évacuations sanguines.* — Elles sont tout à fait indispensables ; toutefois, dans le haut degré de l'exsudation diphthéritique, il ne faut pas tirer du sang de la conjonctive par les incisions ou les scarifications de cette membrane. En effet, les scarifications ne produisent aucun écoulement sanguin, et les incisions plus profondes donnent à peine un peu de sang. Il faut donner la préférence aux sangsues appliquées au nombre de dix à douze à la racine du nez, vers l'angle interne de l'œil, et dont on entretient l'écoulement aussi longtemps qu'on a à redouter l'infiltration diphthéritique et que les forces des malades peuvent le permettre. Si l'on s'aperçoit que l'écoulement diminue, on fait appliquer de nouvelles sangsues, au nombre de six à huit, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat désiré ; et dans les cas urgents, au fur et à mesure qu'une sangsue tombe, on la fait aussitôt remplacer, de manière à produire non-seulement un écoulement de sang, mais même à obtenir une plus forte déplétion. L'application des sangsues à la racine du nez offre l'avantage, d'après M. Graefe, 1° de fournir l'écoulement de sang le plus abondant ; 2° de permettre le placement d'un grand nombre de sangsues dans un court espace de temps. Chez certains malades, M. Graefe a fait appliquer dans cette région jusqu'à 160 sangsues en sept jours. On doit avoir recours aux émissions sanguines pendant toute la durée du premier stade et aussi longtemps qu'il existe quelque danger.

2. *Fomentations glacées.* — Elles constituent un des moyens les plus importants. Elles permettent de nettoyer et de désinfecter les parties affectées, empêchent les stases de s'établir en enlevant l'excès de calorique et en favorisant la contraction des vaisseaux des parties voisines, dans lesquelles la circulation n'est pas encore entravée. Les affusions doivent être renouvelées très fréquemment ; elles sont, avec les émissions sanguines, le meilleur moyen de calmer les douleurs ; il faut les continuer pendant toute la durée du premier stade, et les suspendre dès que la période d'engorgement commence à se manifester, sans quoi elles retardent le passage de la maladie au deuxième stade. On doit veiller à la propreté de l'œil avec plus de soin que dans la blennorrhée, parce que le *secretum* a des propriétés corrosives. Le lait est un excellent moyen de nettoyer les yeux.

3. *Cautérisation.* — Dans l'*exsudation diphthéritique pure*, M. Graefe croit qu'il faut *proscrire entièrement le caustique*, parce que la congestion qu'il détermine participe à l'état de stase auquel la muqueuse est si disposée, au lieu d'y amener la contraction et le dégorgement des vaisseaux. Mais il peut avoir une large part dans le traitement de la

(1) Graefe, loc. cit.

criptione conjicies. Cum sinister oculus esset sanus ; dexteri qui pessime se habebat, PALPEBRÆ NULLUM USQUAM, UT NEQUE ULLA PARS FACIEI, ET RELIQUI CAPITIS, PRÆGRESSI OLIM VULNERIS AUT ULCERIS VESTIGIUM OSTENDEBANT : *Plurima autem in orbito, ut solet, erat pinguedo*, etc., etc. (1).

En comparant le texte original et celui de Lawrence, je reconnus, qu'à l'exception de quelques fautes typographiques (2), il y avait identité, il ne s'agissait plus que de faire une traduction. Or cette opération, exécutée attentivement, me démontra plus que jamais que les paupières aussi bien que la face étaient indemnes, qu'elles ne présentaient aucune trace d'ulcération actuelle ni passée et que c'était bien à tort que l'observation était donnée comme un exemple d'absence congénitale ou acquise des paupières. J'étais dès lors conduit rigoureusement à conclure : 1° que le premier citateur du passage de Morgagni avait commis un splendide contre-sens ; 2° que le traducteur de Lawrence ne s'était pas donné la peine de lire le passage latin, ou que, s'il l'avait lu, il ne l'avait pas compris, puisqu'il avait laissé passer le contre-sens sans réflexion ; 3° que ceux qui avaient admis secondairement le fait d'après Lawrence, n'avaient point davantage consulté le texte de Morgagni, ni traduit la citation latine. Lorsqu'on rencontre dans la science, et par malheur la chose n'est pas rare, des bourdes de cette espèce, on peut prédire sans crainte que les compilateurs commenceront par supprimer la citation première, puis l'indication bibliographique, et qu'enfin le fait erroné, incompris ou embelli, traversera paisiblement les âges et sera transmis de traité classique en traité classique sans être troublé dans sa pérégrination et sans que le soupçon vienne même planer sur son authenticité.

On a vu que cet horoscope commençait ici à recevoir un premier degré de vérification.

Il est des chirurgiens qui, en fin de compte, trouveront qu'il n'y a pas grand dommage à ce que l'on admette un cas de plus ou de

(1) *De sedibus et causis morborum*, lib. I, *de morbis capitis*, epistola XIII, p. 202 ; éd. in-4, t. 1er ; éd. Tissot, 1779.

(2) Ainsi Lawrence écrit *penæ* au lieu de *pene*, *potuit* au lieu de *potui*.

diphthérite, dans les circonstances et avec les modifications suivantes :

1° Dans le deuxième stade, s'il existe une grande tendance à l'état blennorrhoïdal et que la marche de l'affection ne puisse être abandonnée à elle-même. Il doit donc être employé dans toutes les formes qui se rattachent à la blennorrhée, car l'état de la muqueuse y est à peu près le même que dans cette affection ; toutefois, l'eschare se détache alors beaucoup plus lentement à cause de la stase de la circulation qui existe encore çà et là, et aussi à cause de l'oblitération vasculaire qu'a produite la rétraction cicatricielle du tissu de la conjonctive. On conçoit qu'alors on devra apporter la plus grande attention avant de renouveler la cautérisation.

2° Lors de la transformation du premier stade dans le deuxième, lorsque cette transformation traîne en longueur. Ainsi, il y a assez souvent des cas dans lesquels le tissu conjonctival est déjà infiltré de liquide, qui cependant ne suffit pas pour détacher les exsudats solides. La conjonctive, ainsi pénétrée d'exsudations fibrineuses, a bien encore un aspect jaunâtre, sans réseau vasculaire; mais elle est déjà ramollie et comme boursouflée. La première application du caustique doit être légère, comme explorative, ne s'étendre que sur quelques parties de la conjonctive, celles où l'infiltration blennorrhoïdale semble le plus évidente. M. Graefe cautérise d'abord à la paupière inférieure plutôt qu'à la supérieure, car il y a moins de danger pour la première que pour la seconde, dans la durée un peu longue que met l'eschare à se détacher. Si celle-ci se sépare assez rapidement et que la muqueuse paraisse, à la suite de cette cautérisation, d'une teinte plus rouge, plus disposée à saigner et assez nette, il cautérise plus hardiment la fois suivante; mais si l'eschare met beaucoup de temps à se détacher, et si la production de l'eschare donne lieu, outre l'exsudation d'un liquide ténu, à une nouvelle infiltration fibrineuse, il retarde, dans ce cas, le plus possible la cautérisation, et ne la recommence qu'avec les mêmes précautions. Pendant cette période de transition, les fortes scarifications sont très utiles.

3° Dans certaines formes complexes, le caustique peut être employé dès le principe. Ce sont celles dans lesquelles, avec les exsudations fibrineuses, il n'y a qu'une légère infiltration dans l'épaisseur du tissu, la circulation dans les couches profondes restant libre, et pouvant ainsi, lors d'une congestion artificiellement produite, s'opposer à ce que la stase prenne trop d'extension. C'est à cette catégorie qu'appartiennent surtout certains cas d'ophthalmie des nouveau-nés, qui n'excluent pas l'emploi du caustique, malgré l'apparence diphthéritique que présente la surface de la conjonctive. Mais il faut aussi, dans les cas de cette espèce, employer après chaque cautérisation les fomentations d'eau glacée, continuées avec persistance, et faire de fortes scarifications dont on doit, autant que possible, favoriser l'action déplétive.

La meilleure indication pratique qu'on puisse fournir en toute circonstance pour l'emploi du caustique, c'est de bien apprécier le caractère de la muqueuse, sans s'inquiéter du nom de la maladie. Dans l'état franchement blennorrhoïdal, l'application hardie du caustique est indiquée, et c'est le moyen le plus sûr et le plus efficace. Mais si la conjonctive est atteinte de diphthérite légitime, le caustique est franchement contre-indiqué, même dans les cas où l'œil aurait déjà perdu toute faculté visuelle; car alors la cautérisation ne pourrait donner lieu qu'à l'ophthalmitis. Si, au contraire, l'exsudation est en voie de ramollissement, et si les deux espèces d'exsudat existent en même temps dans différentes parties ou couches de la conjonctive, alors, et selon les circonstances, il faudra, ou bien retarder autant que possible l'application du caustique, ou faire une cautérisation exploratrice.

4. *Moyens internes.* — M. Graefe a employé beaucoup de moyens internes et n'en a trouvé parmi eux qu'un seul qui eût une efficacité incontestable, le *mercure administré énergiquement*. Il fait prendre aux adultes, toutes les deux heures, jour et nuit, un grain de calomel, et, dans le même espace de temps, aux enfants, 1/8, 1/4 ou 1/3 de grain. Chez les adultes, il fait frictionner, trois fois par jour, avec 1 ou 2 gros d'onguent mercuriel gris, les bras, les cuisses et le tronc; chez les enfants, les frictions sont pratiquées sur le front, trois fois par jour, avec un demi à un scrupule d'onguent gris. Il a obtenu, de ce mode d'administration du mercure, des résultats plus satisfaisants qu'en prescrivant le calomel à haute dose. L'action du mercure est manifeste lorsque les exsudats commencent à se ramollir et que les symptômes qui annoncent le stade blennorrhoïdal ont une marche plus rapide. Chez l'adulte, cette action est liée ordinairement à la salivation, ou tout au moins à quelques-uns de ses prodromes. Chez l'enfant, où la salivation ne se montre que difficilement, l'action du mercure, qui semble en être indépendante, n'en exerce pas moins une influence salutaire sur le processus diphthéritique.

5. *Régime.* — Il doit être en général sévère et ne se composer que d'un peu de nourriture liquide. A la suite

---

moins d'absence des paupières, et qui penseront que rétablir les faits exige beaucoup de bruit pour un mince résultat. Je ne suis pas d'humeur aussi facile, l'absence congénitale des paupières est fort rare, elle coïncide le plus souvent avec des anomalies incompatibles avec la vie. Les difformités congénitales qui tiennent à un défaut originel, sont fréquemment doubles, le globe de l'œil manque ordinairement en même temps que les paupières, à ce qu'il paraît; or il n'est pas indifférent de voir s'impatroniser dans la science un fait à peu près unique qui vient précisément contredire tous ces faits généraux. Un cas exceptionnel, lorsqu'il surgit, ne confirme pas la règle, quoi qu'en dise un proverbe menteur, il indique une règle nouvelle à laquelle la fréquence importe peu; avant donc de lui accorder domicile, il faut le retourner sur toutes les coutures et ne l'admettre que pur de toute souillure. Certes, on peut guérir des fractures et des plaies sans ces minuties; mais on ne peut construire l'édifice de la médecine philosophique, qui tôt ou tard aura sur tous les esprits l'ascendant qu'elle mérite. Et d'ailleurs un contre-sens peut enfanter toute une doctrine, égarer pendant bien des années les esprits et conduire enfin à une pratique déplorable. Si l'on voulait en avoir un exemple, il suffirait de lire quelques pages du beau mémoire de mon très cher ami Deville (1): on y verra comment un misérable brocanteur de latin a travesti un passage de Bertrandi et édité une erreur qui n'a été renversée que par la grande érudition, la vigueur de style et l'activité scientifique de notre ancien camarade d'études.

§ II. — *Comment on cite le latin.*

Nous avons remarqué bien des fois l'effet agréable d'une citation latine au milieu d'un discours. Les caractères italiques rompent la monotonie du texte, sans compter les interlignes usités lorsque Virgile, Horace, Ovide ou Lucrèce, sont mis à contribution. Nous aimons les auteurs pour lesquels le langage de Cicéron n'est pas lettre close et qui soufflent sur leurs écrits un léger nuage de pous-

(1) *Mémoire sur la hernie testiculaire* (*Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 37 et suivantes).

d'écarts de régime, on voit souvent l'exsudation fibrineuse se montrer de nouveau, d'une manière si prompte, qu'il est impossible de méconnaître la cause de la recrudescence.

6. *Occlusion de l'œil resté sain.* — Quand un seul œil est atteint, ce moyen, employé dans un grand nombre de cas, a suffi parfois à préserver l'œil ainsi caché. Il faut, toutefois, lever deux fois par jour l'appareil de protection, et le supprimer tout à fait si l'on y observe la moindre tuméfaction de la conjonctive oculaire avec une sécrétion plus ou moins abondante.

DE LA FORMATION ET DES SOURCES DE L'OZONE ATMOSPHÉRIQUE, par M. H. SCOUTETTEN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz (1).

(Suite et fin. —Voir le numéro 29, t. III.)

2° Electrisation de l'oxygène sécrété par les plantes.

Les expériences de Priestley, d'Ingen-Housz, répétées par un grand nombre d'observateurs, avaient fait constater que les végétaux exhalent, pendant le jour, un gaz qu'ils déclarèrent être de l'oxygène. Ce fait paraissait incontestable, et la science l'avait admis définitivement.

Voulant à mon tour vérifier le phénomène et préciser les conditions nécessaires à sa manifestation, je fis diverses expériences qui me conduisirent à soupçonner l'état électrique de l'oxygène sécrété par les plantes; je voulus m'en assurer.

EXP. IX. — Le 27 avril 1856, une cloche de verre blanc, portant à l'intérieur un papier ozonoscopique, fut placée sur une touffe de trèfle. Il était huit heures du matin, et déjà, à dix heures, le papier avait éprouvé un changement qui lui donnait la couleur jaune chamois. A midi, la coloration était beaucoup plus prononcée : elle augmenta encore un peu, et s'arrêta définitivement vers trois heures après midi.

Le papier, retiré de la cloche, fut trempé dans un peu d'eau, et il donna le n° 6 de l'échelle ozonométrique.

Ce résultat me frappa vivement : ce n'était pas de l'oxygène pur que les plantes venaient de sécréter, comme on l'admettait, mais bien de l'ozone.

De nouvelles expériences me parurent nécessaires, afin de noter soigneusement tous les incidents qui se rattachent au phénomène : des cloches furent placées sur du trèfle, du blé semé en automne, du blé semé à la fin de février, sur l'herbe d'une prairie, sur une branche de lilas. Tous ces végétaux produisirent de l'ozone. La quantité donnée par chacun d'eux varia légèrement : le trèfle en donna moins que le petit blé et surtout que l'herbe de la prairie, ce qui semblerait indiquer que les plantes ont une activité vitale qui correspond à l'époque de leur accroissement, et qui, en favorisant les actions chimiques de la vie du végétal, contribue à la formation de l'ozone.

Dans l'expérience que nous venons de rapporter, l'ordre des phénomènes est constant : d'abord, on voit apparaître sous la cloche une vapeur aqueuse qui ne tarde pas à se déposer en gouttelettes sur les parois de ce vase; puis le papier se colore légèrement. Cette coloration augmente en raison de la décomposition de l'iodure de potassium; elle s'arrête vers trois ou quatre heures de l'après-midi; les vapeurs d'eau cessent à leur tour, et les gouttelettes qui descendent rendent au verre sa transparence.

Ces expériences, répétées un très grand nombre de fois, donnèrent des résultats constants, et il fut bien démontré que, sous l'influence de la lumière et de la chaleur solaires, les plantes produisent abondamment de l'ozone.

Quelque satisfaisantes que fussent ces recherches, elles pouvaient encore faire naître des objections. La formation de l'ozone, bien qu'incontestable, était-elle réellement due à l'action des végétaux? Ne provenait-elle pas de la terre, qui fournit aussi de l'électricité?

On pouvait répondre que l'électricité du sol est négative, et que, par cela même, elle ne devait pas produire d'ozone; mais c'eût été une assertion et non une preuve; il fallait une expérience directe. La voici :

EXP. X. — Une branche de lilas, chargée de feuilles, fut introduite dans un ballon à deux tubulures; l'ouverture supérieure était fermée par un bouchon percé d'un trou, pour laisser passer l'extrémité de la branche; le ballon, attaché à une corde de soie, fut suspendu à une poutre et élevé de 3 mètres au-dessus du sol. Toutes les précautions avaient été prises pour éviter l'action de l'électricité terrestre sur l'appareil. L'expérience, commencée à dix heures du matin, était déjà en activité à onze heures. Le papier se colora, mais lentement, et, à six heures du soir, la réaction étant terminée, nous constatâmes que le papier ne marquait que le n° 3 de l'échelle ozonométrique, tandis que la même expérience, répétée dans le même temps sur des plantes attachées au sol, donna des papiers colorés aux n° 5 et même 6 de l'échelle.

Il nous semble démontré par cette expérience que l'électricité produite est bien le résultat des actions chimiques et

(1) La librairie Victor Masson met en vente un ouvrage du professeur Scoutetten, sur *l'ozone*, un vol. in-18 avec une planche coloriée et des tableaux.

---

sière antique. Cependant nous sommes d'avis qu'il ne suffit pas de citer, mais qu'il faut au moins copier exactement, sous peine d'écorcher rudement les grands maîtres, ce dont je pourrais citer, hélas, plus de mille exemples. Cette nécessité est grande s'il s'agit d'un poëte latin; elle devient impérieuse si l'on cherche dans nos classiques, médecins ou chirurgiens, un passage qu'on veut transformer en principe et ériger en dogme. Malheur à celui qui, confiant dans sa mémoire, transcrit sans y regarder la sagesse antique; il s'expose à de rudes mécomptes et contracte une grande responsabilité envers le passé qu'il dénature, le présent qu'il trompe et l'avenir qu'il pousse dans la voie de l'erreur.

Dans l'enseignement oral, certains esprits aventureux risquent des phrases peu orthodoxes quant à l'érudition et enjolivent agréablement les citations étrangères; c'est fâcheux, mais au moins c'est parfois drôle, et puis d'ailleurs *verba volant;* c'est ainsi que Lisfranc, qui avait une certaine prétention à la littérature, terminait fréquemment une de ces périodes rutilantes où il parlait cavalièrement « des perroquets à longue et à courte queue et des batraciens privés de plume sur le ventre » (*sic*), par cette phrase finale : « Mais » je m'arrête!! et dis avec Horace : *risum teneatis amici quoque.* » J'ajoute *quoque.* » Personne n'a jamais pu savoir pourquoi Lisfranc ajoutait *quoque*, mais à coup sûr l'amplification était fort innocente.

Le dommage est bien plus grand quand l'altération du texte est écrite, car elle est à l'écrivain ce qu'une luxation méconnue et non réduite est au praticien, c'est-à-dire un témoignage durable de l'erreur; au moins l'homme luxé finit-il par mourir, tandis que le livre reste et les malveillants marquent la page d'un signet gigantesque afin de pouvoir montrer à tous leurs amis et connaissances le passage fatal.

Mais cependant les circonstances atténuantes existent aussi bien ici qu'en jurisprudence ordinaire, et il faut savoir, pour y compatir, à combien de périls sont exposés les malheureux écrivains; de même qu'on est homicide par imprudence, de même on estropie Celse, ou tout autre, si l'on a entre les mains une mauvaise édition qu'on copie avec trop de religion, et je vais démontrer que la chose peut

vitales opérées dans la plante, puisqu'on ne peut l'attribuer à l'influence de l'électricité terrestre conduite par la tige du végétal dans l'intérieur du ballon ; mais on doit reconnaître que l'état de souffrance de la plante a affaibli les effets produits dans l'état normal.

La formation de l'ozone par les plantes pendant le jour étant un fait acquis et tout à fait incontestable, il restait à démontrer si le même phénomène se manifesterait également la nuit.

Exp. XI. — Des recherches furent recommencées sur tous les points d'expérimentation pendant plusieurs nuits de suite.

Les cloches, replacées sur les plantes qui avaient fourni de l'ozone pendant le jour, sur d'autres restées constamment à l'air libre, demeurèrent depuis huit heures du soir jusqu'à six heures du matin. Les papiers furent constamment retrouvés blancs, n'ayant éprouvé aucune altération. Pour constater ensuite que les papiers n'avaient pas perdu leur propriété colorante, ils furent employés pendant le jour et donnèrent les réactions habituelles.

Ces observations nous amenèrent naturellement à nous assurer des effets produits sur les plantes en les soustrayant à la lumière du jour.

Exp. XII. — Des plantes très vivaces, fournissant activement de l'ozone, furent recouvertes de nouvelles cloches munies de bandelettes de papier, et soustraites à la lumière par un morceau de toile, et d'autres par une feuille de papier : la formation de l'ozone fut à l'instant arrêtée ; les papiers restèrent blancs.

Exp. XIII. — Nous fîmes plus encore : des plantes d'espèces différentes furent mises sous une cloche et placées dans une chambre parfaitement aérée et éclairée, mais soustraites à l'action directe des rayons solaires. L'expérience dura deux jours et demi, et le papier n'éprouva aucun changement.

Il n'était pas sans importance de rechercher ce qui appartient à l'acte vital de la plante dans la formation de l'ozone, afin de le séparer de la part qui revient à la vaporisation de l'eau qui s'échappe abondamment des feuilles des végétaux.

Cette quantité est si considérable, qu'elle serait presque incroyable, si des expériences précises, faites par des hommes du premier mérite, ne la démontraient pas complétement.

Hales a prouvé qu'un chou transpirait, en douze heures de jour, 580 grammes d'eau, et M. Boussingault a calculé qu'un champ de choux d'un hectare, dont les plants seraient espacés à 50 centimètres, peut, en douze heures, émettre 20,000 kilogrammes de vapeur, répondant à 20 mètres cubes d'eau (*Économie rurale*, etc., t. I, p. 29). Ajoutons encore que les feuilles, multipliant les surfaces, augmentent dans des proportions considérables la production de l'ozone.

M. Boussingault a mesuré avec soin la surface des feuilles et des tiges du topinambour, du froment, de la pomme de terre et des betteraves, et, en rapportant ses calculs à 1 hectare de terre, il est arrivé aux résultats suivants (*Ouvrage cité*, p. 63) :

Topinambour (surface des feuilles en mètres carrés) :		
Septembre	136,000	142,410
Surface des tiges (hauteur 2 à 3 mètres)	6,410	
Froment en fleur, 195 plants par mètre carré ; les parties d'un plant, tige et feuille, 1 m. 82 décim. carrés		35,400
Pomme de terre en fleurs, les plants espacés à 6 décim. :		
Surface des feuilles	366,10	396,41
Surface des tiges vertes	30,31	
Betterave champêtre dans un terrain très riche :		
1er jour d'octobre (plants espacés à 6 décim.)		49,921

Cette vaporisation énorme est une source abondante d'ozone : elle étonne l'imagination ; mais comment assigner la part qui revient à l'action vitale de la plante? Voici l'expérience qui répond à cette question :

Exp. XIV. — Deux verres de même forme, contenant un demi-litre chacun, furent remplis d'eau de rivière, tenus renversés sur un grand plat de porcelaine, et placés l'un à côté de l'autre. Dans l'un de ces verres nous avions mis huit feuilles d'arbres, lilas et peuplier ; dans l'autre il n'y avait que de l'eau. L'expérience commença à huit heures du matin : le soleil brillait ; la température était à 10° centigrades.

A dix heures du matin, les feuilles, surtout celles du peuplier, étaient couvertes, principalement à leur face inférieure, d'une foule de petites bulles perlées qui, se détachant peu à peu, gagnèrent le sommet du vase. A midi, une grosse bulle existait ; à six heures du soir, elle isolait complétement l'eau du verre.

Le second vase, qui ne contenait que de l'eau, ne donna que de petites bulles très fines adhérant aux parois du verre, et qui, à la fin du jour, formèrent à peine deux bulles de la largeur d'une lentille de médiocre grosseur.

Cette expérience démontre que l'action vitale des plantes joue un rôle très actif dans la vaporisation de l'eau et la formation de l'ozone, et que, dans ce dernier acte, il faut attribuer aux végétaux la part la plus large.

Il est donc parfaitement constaté et définitivement acquis à la science que les plantes ne fournissent pas à l'atmosphère

---

arriver à tout le monde, puisqu'elle est arrivée à un de nos plus grands maîtres dont, chacun le sait, la délicate érudition égale les connaissances pratiques et la bienveillance professionnelle. Il s'agit encore des paupières ; Cornelius Celsus, vulgairement Celse (1), a écrit un certain livre VIIe, muni d'un chapitre VII, au neuvième paragraphe duquel il est question de la lagophthalmie ; voici ce qu'on y lit : « Nonnunquam autem, nimium sub hac curatione excisa cute, » evenit, ut oculus non contegatur : » c'est-à-dire que si après avoir fait l'excision de la peau de la paupière pour une chute de ce voile, ou pour un entropion, ou pour un trichiasis, on a enlevé trop largement la peau, l'œil n'est plus recouvert. « Idque interdum etiam » alia de causa fit ; λαγωφθάλμους Græci appellant. *In quo si nimium » palpebræ deest, nulla id restituere curatio potest*; si exiguum, mederi » licet. » Celse est parfois si élégant qu'on ne le comprend pas toujours sans peine ; mais il faut convenir qu'ici son texte est d'une limpidité parfaite. Cela se traduirait en langage chirurgical moderne de la manière suivante : L'ectropion de la paupière supérieure peut succéder à une excision trop étendue des téguments palpébraux ou à d'autres causes; si la perte de substance a été trop considérable et que l'ectropion soit trop prononcé, il n'y a pas de guérison. Or cette assertion au point de vue chirurgical est restée vraie jusqu'au moment où la blépharoplastie est venue changer ce pronostic.

Ma quiétude bibliographique sur ce point a été un jour brusquement troublée. J'ouvre le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau et j'y lis : « L'adage (1) de Celse : Si palpebra tota deest, nulla id curatio restituere potest, » adage resté comme une loi dans la pratique chirurgicale, a fait place de nos jours à un axiome tout

(1) Nous nous sommes demandé plusieurs fois pourquoi on avait francisé certains noms latins sans franciser les autres, pourquoi l'on disait Celse et l'on ne disait pas Cincinnat, Caie Gracche, Quinte Fabe, etc., et pourquoi, en revanche, on disait Galien et l'on continuait à dire Rufus, Aetius, Soranus, Antyllus, etc., etc. Il y a là une difficulté dont les philologues devraient bien nous tirer.

(1) L'adage est une sentence spirituelle et piquante par l'expression. (*Dictionnaire de la langue française*, par P. Poitevin.) Qu'a donc de spirituel et de piquant la phrase de Celse ?

de l'oxygène pur comme on le supposait, mais bien qu'elles produisent de l'ozone sous l'influence de la lumière directe du soleil; qu'elles cessent d'en exhaler pendant la nuit, dans l'obscurité artificielle et même lorsqu'elles sont dans la lumière diffuse d'un appartement.

La formation de l'ozone par l'eau et par les plantes, pendant le jour, est un grand acte de la nature dont l'existence n'était pas soupçonnée, et qui, nous le verrons bientôt, exerce une action de premier ordre sur les animaux, les végétaux, et la production des phénomènes électriques de l'atmosphère du globe terrestre.

Il nous reste encore à constater quels sont les effets de la terre complétement dépouillée de végétaux. Ces effets sont divers, selon les précautions prises. Si l'on se borne à mettre sur le sol nu un globe muni de papier ozonoscopique, on ne tarde pas à voir, sous l'influence des rayons solaires, quel que soit l'état de sécheresse apparente de la terre, des vapeurs d'eau s'élever et se condenser en gouttelettes contre les parois du vase : dans ce cas, le papier éprouve rapidement une réaction, évidemment due à la vaporisation de l'eau.

Si, au contraire, on fait sécher la terre lentement, qu'on la prive totalement d'eau, il ne se produit plus de réaction, le papier reste blanc.

Cette expérience nous démontre plusieurs faits importants servant à expliquer l'introduction des gaz dans la terre. En effet, l'eau échauffée fait le vide en se vaporisant, les gaz en contact avec la surface du sol pénètrent dans les molécules de la terre et s'y enfoncent avec une activité qui est proportionnelle à l'intensité de la chaleur et de la lumière solaires. Ces gaz, surtout l'acide carbonique, se dissolvent dans l'eau qu'ils rencontrent, et qui elle-même est absorbée par les radicelles des végétaux avec une puissance qui est égale à la vaporisation opérée par les feuilles. C'est ainsi que ce mouvement de rotation sert à l'accomplissement des fonctions nutritives, calorifiques et sécrétoires des végétaux; ordre de faits admirable, qui rappellera plus tard notre attention lorsque nous nous occuperons de l'ozone dans ses rapports avec la physiologie végétale.

3° Electrisation de l'oxygène dégagé dans les actions chimiques.

Il est facile de démontrer que, dans toutes les combinaisons chimiques avec dégagement d'oxygène, il y a formation d'ozone. En effet, dans toute action chimique, l'électricité joue un rôle important; c'est elle qui paraît constituer la loi des affinités. On conçoit donc que, dans ces conditions, l'oxygène, qui se porte toujours au pôle négatif, subissant l'influence de l'électricité, prenne à l'instant les propriétés appartenant à l'ozone.

Les caractères de l'oxygène à l'état libre ont été donnés par tous les auteurs. Il est, disent-ils, incolore, invisible, sans odeur, gazéiforme sous toutes les pressions à la température ordinaire, et à l'état sec il n'agit pas sur les métaux, notamment sur le potassium, même lorsqu'il est humide.

L'ozone, au contraire, a une odeur très prononcée; il réagit sur les métaux à la température ordinaire, et les oxyde immédiatement.

Les chimistes, ne pouvant trouver l'explication des phénomènes produits par l'oxygène dans les réactions chimiques, ont admis que l'oxygène naissant possède des propriétés que n'a pas l'oxygène libre; ils n'ont pas été au delà, ils se sont contentés de cette supposition.

M. Houzeau a voulu aller plus loin, et il a cherché à obtenir de l'oxygène naissant, afin d'en bien préciser les caractères, en faisant réagir, à une basse température, de l'acide sulfurique monohydraté sur du bioxyde de baryum; il a réussi dans sa tentative, mais qu'a-t-il obtenu? Un gaz dont tous les caractères sont identiquement ceux de l'ozone.

L'expérience suivante démontre encore la formation de l'ozone dans les actions chimiques.

Lorsqu'on verse, dans une éprouvette, une solution d'iodure de potassium dans l'eau distillée, en y ajoutant une petite quantité d'amidon et d'acide acétique, le mélange reste incolore; mais à peine y a-t-on fait tomber quelques parcelles de peroxyde de manganèse, que le liquide se colore en bleu et révèle la formation d'iodure d'amidon. Que se passe-t-il dans cette réaction chimique? L'iodure de potassium, l'amidon et l'acide acétique sont restés en présence sans amener aucune combinaison; mais à peine le peroxyde de manganèse a-t-il été introduit, que l'acide acétique, réagissant sur lui, le fait passer à l'état d'acétate, chasse un atome d'oxygène qui s'électrise, s'empare de l'iodure de potassium hydraté, met l'iode en liberté, et ce corps, se combinant avec l'amidon, forme un iodure qui révèle sa présence en colorant le liquide en bleu; série de phénomènes qui n'auraient pas lieu si l'oxygène ne passait à l'état d'ozone. Pour s'en assurer, il faut obtenir de l'oxygène par l'un des procédés connus, le faire passer par un tube de porcelaine chauffé à 200 degrés environ, afin de détruire les éléments étrangers

---

opposé (1). Je croyais que Celse avait dit : si *nimium* palpebræ deest. M. Velpeau, bien plus radical, dit : si *tota* palpebra deest. Je m'imaginais que l'auteur latin parlait de la lagophthalmie, pas du tout, par un souvenir bien patriotique il faisait allusion sans doute à l'horrible mutilation que les cruels Carthaginois avaient infligée au magnanime Regulus! Affreuse perplexité, lequel des deux avait raison? Je n'ai chez moi que trois éditions de Celse : 1° celle qui est comprise dans les *Artis medicæ principes;* 2° celle de Léonard Targa, et 3° enfin celle de l'*Encyclopédie des sciences médicales*. Ces trois éditions semblaient s'être donné le mot, car toutes, au livre VII, chapitre VII, paragraphe 9, reproduisaient fidèlement le *in quo si nimium palpebræ deest*. De plus, M. Fricke, M. Sédillot, parlant de blépharoplastie, reproduisent encore le même texte (2).

Nous comptons cinq contre un, mais *non numerandi sed*..... et tous ceux qui connaissent la manière dont M. Velpeau fait les citations, comprendront notre embarras. Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir de la source de l'erreur. M. Velpeau n'avait sans doute à sa disposition qu'une déplorable édition de Celse due à un nommé Valart. Je dis déplorable, car, à ce qu'il paraît, au lieu d'être dans le chapitre VII, paragraphe 9, la citation en litige se trouverait indiquée au chapitre III, section 2. O destin, voilà bien de tes coups! Non-seulement la rébellion de cette édition se manifeste dans les chapitres, mais encore dans le texte qui est odieusement métamorphosé, dénaturé.

L'altération, en effet, n'est pas douteuse; car jamais Celse n'a parlé de la perte totale de la paupière; il n'a donc jamais songé à créer un axiome sur cette irrémédiable mutilation, et M. Velpeau sait bien lui-même que lorsque la paupière est entièrement

(1) *Nouveaux élém. de médecine opératoire*, 2e édit., 1839, t. 1er, p. 653.

(2) Voy. *Medicæ artis principes*. In-folio, t. II, 145. — Celse, édit. Léonard Targa, *Argentorati*, 1836, t. I, 390. — Celse, trad. française en regard; édit. de l'*Encyclopédie des sciences méd.*, 1837, p. 321. — Fricke, *Journ. du progrès*, 2e série, t. III, 1830, p. 57. — Sédillot, *Médecine opératoire*, 2e édition, t. II, page 238, 1855.

auxquels il pourrait être uni, puis faire passer ce gaz à travers le mélange indiqué plus haut : on constatera alors que cet oxygène n'aura pas d'action sur l'iodure de potassium, et, par conséquent, qu'il ne favorise pas la formation de l'iodure d'amidon.

Tous les acides, excepté l'acide sulfurique, peuvent être employés pour répéter cette expérience. Ce dernier possède, en effet, une puissance suffisante pour décomposer l'iodure de potassium hydraté et mettre l'iode en liberté.

Les propriétés de l'ozone expliquent une foule de combustions lentes qui se produisent à l'air libre ; elles rendent raison du passage spontané de plusieurs sulfures à l'état de sulfates, de la formation de l'acide azotique dans l'air atmosphérique, de la nitrification opérée à la surface de la terre, phénomènes qui, aux yeux des hommes les plus habiles, étaient enveloppés d'une obscurité profonde (Boussingault, *Économie rurale*, etc., t. I, p. 675) ; enfin, elles font comprendre le fait suivant, si remarquable par sa singularité apparente. Lorsqu'on plonge une lame d'or ou de cuivre dans l'acide azotique ordinaire, ces métaux sont attaqués aussitôt et détruits rapidement; mais si l'acide est concentré, s'il est anhydre, il perd sa puissance et reste sans action. N'est-il pas évident que, dans ce dernier cas, il manque l'oxygène, qui doit s'électriser, oxyder le métal à froid, et permettre la dissolution?

Si nous reportons maintenant cette explication sur une foule de phénomènes chimiques restés obscurs, nous trouverons qu'ils s'éclairent d'une lumière inattendue, et que la théorie électro-chimique reçoit une confirmation qui en manifeste l'exactitude et la valeur.

4° Electricité réagissant sur l'oxygène de l'air atmosphérique.

Nous avons déjà constaté que l'air atmosphérique, soumis à un courant électrique continu et invisible ou à une succession d'étincelles, donne de l'ozone. Mais dans quelle région de l'atmosphère ce phénomène se produit-il? Tout tend à faire croire que c'est dans les régions élevées. Là les nuages, chargés d'électricité contraire, établissent entre eux des courants perpétuels qui agissent sur l'oxygène et lui donnent les propriétés de l'ozone. Cet effet est mis hors de doute pendant les orages, sous l'influence des éclairs, et surtout lorsque la foudre éclate. L'air est alors imprégné de l'odeur caractéristique de l'ozone, si souvent constatée par les observateurs dans les endroits foudroyés. Alors aussi le papier ozonoscopique fournit des indications positives; il bleuit fortement, et donne des réactions qui atteignent fréquemment le maximum de l'échelle ozonométrique.

L'ozone ainsi produit ne se manifeste pas immédiatement à la surface du sol : il faut que les couches supérieures de l'atmosphère, refroidies par les vents et la pluie, aient eu le temps de descendre vers la terre et d'y amener l'oxygène électrisé dans les hautes régions; aussi n'est-ce, le plus souvent, qu'un jour ou deux après les orages que les réactions ozoniques sont le plus prononcées.

De cet ensemble de faits ressort la preuve que la nature possède des sources abondantes d'ozone, qu'elles existent à la surface du globe et dans les régions élevées de l'atmosphère, qu'il s'établit perpétuellement des courants ascendants et descendants exerçant une influence puissante sur la production des grands phénomènes électriques et sur les actes de la vie végétale et animale.

La découverte des sources de l'ozone est donc un événement qui doit jeter un jour nouveau sur la physiologie des animaux et des végétaux, sur les combinaisons atomiques des corps, et démontrer qu'un lien, jusqu'ici inaperçu, unit entre eux, par des rapports étroits, tous les corps de notre globe.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme*, par M. *Fabre*. — L'éther détermine dans l'économie animale des effets opposés, suivant la valeur des doses, suivant la fréquence et la durée des inhalations. En administrant cette substance en inhalations intermittentes, à la dose d'une cuillerée à café, versée sur une éponge et placée au-devant de la bouche entr'ouverte du sujet à jeun, et en prenant pour points de repère le sommeil, ou suspension de la vie animale, et le réveil, ou retour du sujet à la station sur les quatre membres, M. Fabre s'est assuré, par 117 expériences faites sur des lapins ou des cochons d'Inde, que l'éther pouvait être employé comme stimulant, pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme.

---

détruite la blépharoplastie est une opération bien peu favorable.

Cette constatation faite, je me suis désormais senti plus tranquille, j'ai juré de vouer Valart aux dieux infernaux et d'amonceler le mépris des générations futures sur son infime bouquin. L'équité me fait cependant un devoir de dire que je n'ai pu me procurer ce livre abominable et que je le maudis sans avoir vu s'il était réellement coupable ; mais il me fait horreur et j'engage tous ceux qui l'auront entre les mains à s'en défier. M. Velpeau surtout fera bien d'acheter un Celse plus orthodoxe; c'est tout au plus si l'édition Valart mérite l'honneur d'être réduite en cendres qu'on aura soin bientôt de disperser dans l'atmosphère.

§ III. *Comment on écrit le latin.*

L'exemple précédent vous a sans doute démontré, mon cher ami, que des copistes barbares, dénaturant les textes, pouvaient entraîner dans l'erreur les esprits les plus distingués et les rendre complices de crimes de lèse-bibliographie. Je vais vous fournir, à l'appui de la même proposition, un exemple d'un autre genre et vous montrer une autre victime. Cette fois c'est M. le professeur J. Jobert (1). Vous connaissez les deux volumes qu'il a écrits sur la chirurgie plastique. Vous savez tout aussi bien qu'en 1597 *l'illustre nasifex* Tagliacozzi fit paraître un livre fameux, rempli de procédés ingénieux pour rendre à des infortunés le nez, les lèvres et les bouts d'oreille dont ils étaient privés par la malice, la tyrannie ou certaines maladies. L'original, comme l'atteste le catalogue de la bibliothèque de la Faculté, est un livre *rare et estimé*.

M. Jobert, écrivant *ex professo* sur la restauration des cicatrices vicieuses, devait citer Tagliacozzi, il n'y a pas manqué, assurément; mais sans doute, n'ayant pu se procurer l'ouvrage original, il aura consulté quelque citateur ignorant, de telle façon qu'aux

(1) Je crains que M. J. Jobert n'ait aussi dans sa bibliothèque l'édition de Valart, car en rapportant le passage de Celse relatif à l'ectropion et en parlant de lablépharoplastie, il dit : « *Si tota deest, nulla id curatio restituere potest.* » *Palpebra* est supprimé. (*Chirurgie plastique*, t. Ier, p. 107, 1840.)

Des expériences comparatives lui ont appris que l'éther est un antidote du chloroforme, plus efficace que l'aldéhyde et l'ammoniaque.

M. *Fabre* pense que la médecine peut retirer de ces expériences un triple avantage : 1° l'emploi du chloroforme deviendra moins dangereux, plus fréquent et plus utile ; 2° la science sera mieux éclairée sur le mode d'action de cette classe d'antidotes qu'il appelle physiologiques, et sur les moyens de les reconnaître ; 3° enfin, cette découverte confirme évidemment cet important principe qu'un même agent peut, suivant des conditions connues, déterminer dans l'économie animale des effets opposés. (*Comm.* : MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Physique. — *Description d'un spiromètre*, par M. *J. Guillet*. — Au moyen de l'instrument décrit, M. J. Guillet a pu constater que la loi empirique de M. Hutchinson (que l'accroissement de la capacité vitale est proportionnel à l'accroissement de la taille) se vérifie à peu près dans la majorité des cas. Les chiffres que donne M. Hutchinson peuvent être pris pour des minima, et M. Guillet pense avec lui qu'une capacité vitale inférieure à celle qu'il indique, peut être considérée comme un indice d'un état de maladie. Il ne doute pas cependant que le premier degré d'approximation donné par cette formule ne puisse être dépassé si l'on veut expérimenter avec soin. (*Comm.:* MM. Combes, Cl. Bernard.)

Physique du globe. — *Recherches sur l'ozone; remarques de M. Scoutetten à l'occasion d'une communication récente de M. Cloez.* — M. Cloez fait dire à M. Scoutetten que la lumière ozonise l'air. Au contraire, M. Scoutetten a conclu de ses propres expériences, entre autres résultats, que les rayons solaires n'exaltent pas directement les propriétés oxydantes de l'oxygène, qu'il faut pour cela une réaction chimique concomitante sans laquelle ils sont impuissants.

De plus, contrairement aux conclusions de M. Cloez, M. Scoutetten affirme, en s'appuyant sur les expériences de chaque jour, que les parties vertes des plantes fournissent constamment de l'ozone, et que celui-ci colore le papier réactif préparé avec l'iodure de potassium et l'amidon. L'expérience peut être faite partout, sur une prairie, dans un jardin, et même à la croisée d'un appartement. Il suffit, pour s'en convaincre, de prendre des feuilles d'arbre, d'une plante herbacée, d'un végétal quelconque, de les recouvrir d'un globe de verre portant à son sommet, et intérieurement, une bandelette de papier ozonoscopique, d'exposer l'appareil à la lumière directe, que le soleil brille ou qu'il soit éclipsé par les nuages, et en moins d'une heure on verra la réaction commencer et le phénomène s'accomplir. (*Comm.:* MM. Becquerel, Regnault, J. Cloquet.)

Électro-physiologie. — *Conditions qui font varier chez les grenouilles la durée de la contraction musculaire après la mort.* — *Expériences relatives à la cause de la contraction induite ;* lettre de M. *Matteucci* à M. *Cl. Bernard*. — D'après les expériences de M. Matteucci, si l'on compare la durée de l'irritabilité mise en jeu par le passage renouvelé du courant électrique entre des muscles de grenouilles laissées à l'air et d'autres renfermées dans un petit flacon, on s'assure facilement que l'irritabilité cesse beaucoup plus tôt chez les secondes que chez les premières. Un effet analogue à celui de l'air libre peut s'obtenir en mettant une solution de potasse dans le flacon où sont les grenouilles. C'est probablement à la même cause qu'on doit la plus longue durée de l'irritabilité des muscles de grenouilles qui ont été plongées pendant quelques secondes dans une solution alcaline excessivement diluée, comparée à celle d'autres qui n'ont pas subi cette opération.

Enfin, en agissant comparativement sur des muscles laissés dans l'air libre et sur d'autres muscles semblables laissés dans un flacon, M. Matteucci a mis hors de doute que le même temps de repos produit un effet plus grand sur les muscles laissés à l'air que sur ceux renfermés dans le flacon, ou bien que, pour rétablir la contractilité, il faut un temps beaucoup plus court pour les premiers que pour les seconds.

M. Matteucci conclut encore de ses expériences que le phénomène électrique de la contraction induite est indépendant de l'existence d'un courant et de la direction de ce courant dans le circuit avant la contraction. Ce phénomène consiste dans un courant instantané, ou plutôt dans une décharge qui a lieu dans le muscle pendant sa contraction.

Physique. — *Note sur l'endosmose des gaz*, par M. *Jamin*. — L'auteur, par une série d'expériences, démontre qu'entre deux gaz séparés par un vase poreux il s'établit deux courants inégaux, et que la différence de pression qui en est la conséquence peut dépasser un cinquième et atteindre presque un quart d'atmosphère ; et comme, au moment où le maximum se remarque, les gaz sont déjà mélangés, l'effet que l'on observe est inférieur à celui qui se produirait si ces gaz étaient restés purs. Presque tous les gaz que M. Jamin a étudiés donnent, avec une énergie moindre, les mêmes manifestations que l'hydrogène.

Physiologie pathologique. — *Mémoire sur le strabisme ordinaire*, par M. *Castorani*. — Selon l'auteur, la cause du strabisme réside non pas dans la contracture d'un des muscles oculaires, mais dans l'affaiblissement de la sensation rétinienne du seul œil affecté, lequel ne peut dès lors fonctionner en harmonie avec son congénère. L'œil affecté se dévie et devient faible, pendant que l'autre, s'exerçant plus ou moins seul, finit par acquérir plus de force encore. Si la myopie de l'œil faible, myopie assez fréquente dans le strabisme récent, s'augmente au point de ne plus permettre la vision des deux yeux, même de près, le strabisme existe aussi bien, qu'on regarde des objets rapprochés ou placés à distance. Dans ce cas, l'œil a cessé de fonctionner ; c'est ce qui explique aussi la disparition de la diplopie.

Parfois, c'est la presbytie qui occasionne le strabisme, et alors

---

pages x de la préface, 8 et 159 du corps du livre, le titre de l'ouvrage du chirurgien italien est très fâcheusement défiguré.

Tagliacozzi avait intitulé son in-folio : *De curtorum chirurgia per* INSITIONEM, ce qui veut dire : « de la chirurgie des parties mutilées (1) par *greffe*. On trouve dans l'ouvrage de M. Jobert : *De curtorum chirurgia per* INCISIONEM, ce qui dans notre idiome paternel signifie : de la chirurgie des parties mutilées par *incision*, ce qui ne veut rien dire, car jamais le *Dictionnaire des synonymes* n'a pensé à rapprocher *greffe* et *incision*. La seule relation qui existe entre ces deux mots aux yeux des chirurgiens et des jardiniers, consiste dans la nécessité de faire une incision pour faire une greffe et voilà tout.

Je n'ai pu encore découvrir la source du barbarisme dont M. Jobert a été la dupe; mais je suis autorisé à l'admettre, car j'ai vu ailleurs que le titre de l'ouvrage de Tagliacozzi n'a pas généralement la chance d'être fidèlement rapporté. C'est ainsi que dans un gros volume rempli des seuls fastes de la rhinoplastie, l'auteur, M. Labat (1) juge à propos d'écrire la phrase suivante : « Ce ne fut qu'en 1597 qu'il (Tagliacozzi) fit imprimer sur cette matière un ouvrage ex professo : *Chirurgia nova de narium, aurium, labiorumque defectu per insitionem ex humero* (2). Or il est certain que G. Tagliacozzi s'occupe de ces matières ; mais il est certain aussi que son livre de 1797 n'est point intitulé comme le dit M. Labat. C'est ainsi encore que dans un livre qui porte un titre pompeux (3), un chirurgien compétent en autoplastie, citant Tagliacozzi, renvoie à son livre CHIRURGIA SARTORUM !!

J'en suis encore à me demander s'il est plus difficile, quand on veut citer quelque chose, de rapporter les textes tels qu'ils sont que

(1) *Curtum* est le neutre pris substantivement de l'adjectif *curtus, a, um*, raccourci, écourté, rogné, tronqué, mutilé.

(1) *De la rhinoplastie*, p. 11, 1834.

(2) Il y a une seconde édition de Tagliacozzi qui porte un titre à peu près semblable à ce dernier mais beaucoup plus complet : elle est de Francfort et d'une autre année.

(3) Burggraeve, le *Génie de la chirurgie*, Gand, 1853, p. 272.

le malade louche de près et non de loin, à moins que la presbytie n'ait aboli les fonctions de l'œil affecté.

Lorsque la paralysie de la sixième paire est la cause éloignée du strabisme, on constate qu'après la guérison de la paralysie un strabisme la remplace, l'œil sain s'étant exercé seul tout le temps de la maladie.

Une autre cause de strabisme des enfants, c'est l'habitude de les tenir près d'une fenêtre ou d'un objet brillant capable d'attirer leur curiosité quand ils sont dans leur berceau ; alors ils tournent toujours les yeux du même côté, tout en ne voyant souvent les objets qu'avec un seul œil, qui, par l'exercice, prend plus de force que son congénère ; et de là résulte le strabisme.

M. *Castorani* croit donc à la prédominance d'action, suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, mais non à sa contracture ; car, s'il y avait contracture, l'œil louche ne devrait pas se redresser quand on ferme l'œil sain. Quant au raccourcissement léger du muscle droit interne et à l'allongement du muscle droit externe, il regarde cela comme effet et non comme cause du strabisme. Il en conclut enfin que le traitement rationnel et sur lequel on doit insister, c'est l'exercice isolé de l'œil faible. On ne doit recourir à l'opération que lorsque le strabisme est très ancien, parce qu'il y a réellement alors un léger raccourcissement du muscle droit interne, et qu'on a déjà essayé l'exercice.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : — *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques dans le département de Seine-et-Marne en 1855. — *b*. Le rapport final de M. *Dehée*, médecin des épidémies à Arras, sur une variole épidémique à Boiry. (*Commission des épidémies.*) — c. Un mémoire du consul général de France à Livourne, contenant une statistique de toutes les eaux minérales et thermales de Toscane. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Kuhn* sur le service médical des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin), pendant l'année 1854. — *e*. Un rapport de M. le docteur *Bach* sur le service médical des eaux de Soultzmatt (Haut-Rhin) en 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Rhône et de la Sarthe. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. *Richet*, chirurgien des hôpitaux, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. — *b*. Des lettres de M. le docteur *Fonssagrives* et de M. *Eug. Marchand*, pharmacien, qui se présentent comme candidats, le premier pour le titre de membre correspondant, le second pour le titre de membre associé national. — *c*. Une note sur l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique des troupes sardes en Orient, pendant l'été de 1855, par M. le docteur *Massola*. (*Commissaires :* MM. Guibourt, Michel Lévy et Trousseau. — *d*. Un travail intitulé : Nouvelles recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin consécutives à la fièvre typhoïde. (*Commissaires :* MM. Louis, Grisolle et Barth.) — Le compte rendu du service de médecine affecté, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, à l'enseignement de la clinique médicale (*même commission*), par M. *Leudet*. — *e*. Une lettre de M. le docteur *Letellier* (de Saint-Leu-Taverny), qui rappelle qu'il a émis, il y a deux ans, sur l'albuminurie les idées développées dans le travail récent de MM. *Becquerel* et *Vernois*. (*Commission* déjà nommée.) — *f*. Une lettre de M. *Scoutetten*, membre correspondant à Metz, avec six exemplaires de l'ouvrage qu'il vient de publier *sur l'ozone*.

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Lustreman* et d'une lettre de M. *Mounier*, médecins au Val-de-Grâce, qui informent l'Académie que M. *Poggioli* a fait l'essai de son remède sur des malades de leur service affectés de névralgie, mais que les résultats obtenus ne sont pas assez satisfaisants pour conclure à l'efficacité de la nouvelle pommade. Les malades traités par M. Poggioli sont sortis un peu soulagés, mais nullement guéris.

M. le *président* annonce que M. le docteur *Rüfz*, membre correspondant à la Martinique, assiste à la séance.

Lectures et Mémoires.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le docteur *Legouest*, agrégé à l'école de médecine militaire, lit un mémoire intitulé : *Étude sur les résultats définitifs des amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe.* — L'auteur passe d'abord en revue les opérations partielles du pied faites en avant de l'articulation tibio-tarsienne, et de cet aperçu il tire les conclusions suivantes :

1° Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord interne ont pour résultat de renverser le pied en dedans, c'est-à-dire d'abaisser son bord interne et d'élever l'externe, en même temps que la pointe du pied est déviée en dehors. Les opérés, bien que marchant la face interne de la jambe tournée en avant, se servent facilement et utilement de leurs membres.

2° Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord externe ont aussi le même résultat. Plus on a enlevé de métatarsiens dans les deux cas, plus la rotation du membre est sensible.

3° Toutes les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, qui portent à égale hauteur sur ses bords, le mettent dans des conditions moins favorables à la station et à la marche que celles qui laissent au bord interne plus de longueur qu'au bord externe.

4° Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied l'abaissent en avant et l'inclinent en dedans d'autant plus qu'elles sont faites plus haut.

5° L'amputation des métatarsiens dans la continuité donne lieu à cette déviation à un degré d'autant plus grand que la section des os se rapproche davantage de leur extrémité tarsienne, et le *summum* de cette déviation a lieu dans la désarticulation du premier métatarsien, en sciant les autres au niveau du grand cunéiforme. Pour rendre ces inconvénients moins sensibles, il faudrait faire la section des os du métatarse selon la ligne courbe représentée par leurs têtes phalangiennes.

6° La désarticulation tarso-métatarsienne constitue une excellente opération. Malgré la perte plus considérable qu'elle fait éprouver au pied, elle conserve plus de longueur au bord interne qu'au bord externe, et nous paraît devoir être préférée à l'opération mixte précédente.

---

d'en inventer d'autres, et comme le rôle de copiste passe pour plus simple que celui d'auteur, je m'étonne de trouver dans mille endroits des changements analogues à ceux dont je viens de vous entretenir.

Quant à l'altération du mot *insitionem*, il a suffi, direz-vous, de remplacer un S par un C et un T par un S, et il est bien possible qu'un compositeur d'imprimerie ait à dessein, et à trois endroits différents, changé la greffe en incision. Il ne s'agirait dès lors que d'une faute d'imprimerie opiniâtrément reproduite, et M. Jobert serait absous. Comme le fond de mon caractère n'est pas mauvais et que je ne suis pas entêté, j'accepte, mon cher ami, cette hypothèse. D'ailleurs, dans un article suivant, je traiterai *ex professo* des fautes d'impression et vous en citerai bon nombre d'assez réjouissantes.

AR. VERNEUIL.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Dunal, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, et professeur de botanique dans la même Faculté.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 17 juillet 1856, M. le docteur Mouzard a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, en remplacement de M. Tavernier (de la Nièvre), démissionnaire.

— La famille de M. le docteur de Polinière, dont nous annoncions récemment la mort, vient de faire don de sa bibliothèque à l'École de médecine de Lyon.

— M. le docteur Répiquet, ancien chirurgien chef de l'hospice de l'Antiquaille, vient de mourir à Lyon, dans un âge avancé.

— M. le docteur Faure a été nommé inspecteur adjoint des eaux de Néris.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

7° L'ablation des trois cunéiformes, en respectant le cuboïde, doit être absolument rejetée.

8° L'opération qui consiste à enlever les trois cunéiformes en sciant le cuboïde par le milieu est l'analogue, au tarse, de l'opération mixte sur le métatarse ; faite plus haut, elle présente des inconvénients plus grands. Nous ne pensons pas qu'elle doive être conservée.

9° L'ablation des trois cunéiformes et du cuboïde, quoique plus reculée que les deux précedentes, leur est néanmoins préférable. Cette opération tarsienne mettrait le moignon dans des conditions analogues à celles que lui fait la désarticulation tarso-métatarsienne, si elle n'était pratiquée à une aussi grande hauteur.

10° L'amputation de Chopart ne pourra réussir que dans de certaines conditions impossibles à prévoir, difficiles à obtenir et peut-être encore mal déterminées. Malgré quelques exemples heureux de résultats définitifs avantageux, l'expérience semble lui être aussi défavorable que la théorie et engage à la rejeter de la pratique.

Puis l'auteur étudie et discute les opérations qui se pratiquent au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne et à son niveau. Cet examen critique le conduit aux conclusions suivantes :

1° L'amputation sous-astragalienne, théoriquement, ne présente pas les conditions d'une bonne opération, et ne semble pas appelée à rester dans la pratique.

2° La résection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore de résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement.

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contre-balancés que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre : cet avantage est insignifiant toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée et que l'extrémité du moignon peut appuyer impunément sur le sol.

4° L'amputation tibio-tarsienne avec résection des malléoles est préférable aux deux opérations précédentes et mérite d'être conservée.

5° L'amputation intra-malléolaire peut remplacer avantageusement l'amputation tibio-tarsienne et pourra quelquefois être mise en usage au lieu de l'amputation sus-malléolaire.

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée.

7° L'amputation sus-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée. (*Comm.* : MM. Bégin, Jobert et Velpeau.)

Chimie physiologique. — M. *Mialhe*, candidat pour la section de pharmacie, donne lecture d'un *Mémoire sur le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale.* Après avoir rappelé succinctement l'origine et le mode de déformation des sulfates, des carbonates calcaires et des bicarbonates au sein des tissus animaux, M. Mialhe étudie l'action de ces bicarbonates sur le phosphate calcaire basique qui existe aussi dans l'économie, et il donne l'explication suivante de ces phénomènes :

« L'oxygène introduit dans l'économie par les voies respiratoires se porte sur les éléments organiques et les brûle en donnant naissance à de l'eau et à de l'acide carbonique, dont la majeure partie est immédiatement saturée par les bases alcalines contenues dans le sang (bases qui elles-mêmes, pour la plupart, sont dues à la combustion des sels alcalins à acides organiques) ; mais en même temps il se porte également sur le soufre et le phosphore existant dans les matières albuminoïdes et détermine la production d'une certaine quantité d'acides sulfurique et phosphorique, acides qui ont le pouvoir de transformer le phosphate de chaux basique insoluble en phosphate acide soluble et partant susceptible d'être réactionné par les bicarbonates alcalins contenus dans le sang, et d'être transformé en bicarbonate de chaux et en phosphate de soude et de potasse, tous composés solubles pouvant parcourir les voies circulatoires pour aller se perdre dans les urines. »

M. Mialhe rapporte une série de faits et d'expériences d'où il résulte (manifestement, selon lui) que la précipitation des sels de chaux et de magnésie a forcément lieu quand les liquides ne sont plus à l'état de bicarbonates. De sorte que le sang qui contiendrait des alcalis libres, ou simplement carbonatés, ne tarderait pas, par la précipitation continuelle des éléments calcaires, à engorger la cavité des vaisseaux sanguins, de même que les eaux riches en carbonates de chaux et de magnésie encroûtent rapidement leurs tuyaux conducteurs.

En rendant impossible dans l'économie animale l'existence des alcalis libres ou simplement carbonatés, la nature a résolu un double problème : elle a évité l'action trop caustique des liquides alcalins sur les tissus vivants, et elle a assuré la libre circulation de tous les composés à base de chaux et de magnésie introduits par les aliments et les boissons.

M. Mialhe s'attache à démontrer ensuite que le rôle de l'acide carbonique et des bicarbonates, auxquels il donne naissance, ne se borne pas à des phénomènes de dissolution ; mais qu'il est également indispensable à la combustion de certaines substances, telles que les sucres, qui, ne pouvant s'unir directement à l'oxygène, échappent à l'oxydation intra-viscérale dès que les alcalins font défaut.

L'auteur rappelle à ce propos ses opinions sur la destruction de la glycose dans l'économie animale, et résume brièvement les faits sur lesquels il s'est appuyé pour établir que cette substance ne peut se combiner avec l'oxygène sans l'intervention des éléments alcalins.

Sans nier l'influence du système nerveux sur la production de ces phénomènes, il ne saurait leur accorder la part si large que lui ont attribuée les physiologistes de l'école de M. Cl. Bernard. Pour M. Mialhe, le système nerveux n'est que la cause indirecte de l'oxydation du sucre accomplie au sein de nos organes.

Cette oxydation vitale, qui s'effectue à une basse température (37 degrés), lui paraît devoir être rapportée à un phénomène catalytique entièrement semblable à l'oxydation déterminée par certains corps poreux et condensateurs de l'oxygène, tels que le noir et l'éponge de platine. En vertu de leur porosité infinie, nos tissus agiraient à la manière de ces dernières substances, en condensant l'oxygène du sang et en le rendant propre à oxyder, à brûler des corps sur lesquels il est sans action dans les circonstances ordinaires de l'atmosphère.

M. Mialhe termine enfin son travail par ces conclusions :

1° L'acide carbonique, loin d'être un produit excrémentitiel, n'ayant aucune utilité et devant être rejeté de l'économie animale, comme on le professait jusqu'à présent, est au contraire, en raison des bicarbonates auxquels il donne naissance, l'agent le plus indispensable des phénomènes de dissolution et de circulation des éléments calcaires et magnésiens, et de combustion des matières sucrées.

2° Aussi existe-t-il toujours dans l'organisme en quantité considérable et suffisante pour assurer la réalisation des réactions importantes auxquelles il préside ; et si, par hypothèse, il venait à faire défaut, la mort en serait bientôt l'inévitable conséquence. (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

Présentation. — M. *H. Bouley* met sous les yeux de l'Académie l'œsophage d'un chien auquel il a lié ce conduit après lui avoir administré 0gr,10 d'émétique. Ce chien, qui est mort au bout de trente heures, a présenté la série des graves phénomènes morbides décrits dans la dernière séance. M. Bouley fait voir cet œsophage, afin que chacun s'assure bien que ni le pneumogastrique ni aucun de ses filets importants n'ont été compris dans la ligature.

Un second chien, auquel on avait fait boire de l'eau chaude seulement, puis lié l'œsophage, est mort après le même laps de temps, mais avec des symptômes plus terribles encore.

Enfin, un troisième chien, auquel on a lié simplement l'œsophage, est dangereusement malade ; peut-être même a-t-il succombé à l'heure qu'il est.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie générale, par M. le professeur Chomel, 4e édition, considérablement augmentée, 1856. 1 vol. gr. in-8, de 700 pages. Paris, chez Victor Masson.

Instituts de médecine pratique, de J.-B. Borsieri, de Kanilfeld, traduits, et accompagnés d'une **Étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine**, par le docteur Paul-Émile Chauffard, médecin en chef des hôpitaux de la ville d'Avignon (Fièvres et maladies exanthématiques), 1856, 2 vol. gr. in-8. Paris, chez Victor Masson.

Lettres sur le vitalisme, par le docteur P.-E. Chauffard, 1856; brochure in-8 de 152 pages. Paris, chez Victor Masson.

Défense de l'hippocratisme moderne contre les attaques du professeur Lordat, et réfutation du système des deux âmes dans l'homme, plus connu sous le nom de double dynamisme humain, par le docteur Cayol. In-8 de 34 p. Paris, Victor Masson.

Etudes sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par le docteur J.-C. Faget (de la Nouvelle-Orléans); ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, 1856. 1 vol. gr. in-8. Paris, chez Victor Masson.

(Suite et fin. — Voir les numéros 23 et 30, tome III.)

Il n'est guère possible d'analyser, dans le sens propre du mot, ni l'ouvrage de M. Chomel, ni celui de Borsieri. Le premier, en effet, embrasse dans une vue générale toute la pathologie, et le second contient, outre un *Commentaire sur l'inflammation*, l'histoire détaillée et approfondie de toutes les fièvres. Nous nous contenterons donc de faire ressortir l'esprit dans lequel chacun d'eux a été conçu, et le genre d'utilité qu'il présente.

Si les Éléments de pathologie générale étaient mis pour la première fois sous les yeux du public, nous aurions quelque chose de plus à faire; nous aurions à nous étendre longuement sur le plan adopté par M. Chomel pour la délimitation et la distribution d'un terrain aussi vaste et aussi accidenté. Ce plan est habilement conçu et exécuté avec un talent remarquable. On sait de quoi il s'agissait : rassembler tout ce qui peut être dit de général, d'abord sur chacune des divisions de la pathologie, sur les causes des maladies, leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, leurs genres, leurs espèces, leurs variétés, le diagnostic, le pronostic, l'ouverture des cadavres, la thérapeutique; puis sur les différents objets qui entrent dans chacune de ces divisions : ainsi, — dans l'étiologie, les causes déterminantes (*circumfusa*, *applicata*, *ingesta*, *excreta*, *gesta*, *percepta*), les causes spécifiques (émanations métalliques, miasmes, contages, venins), les causes prédisposantes générales (saisons, localités, habitations, etc.), les causes prédisposantes individuelles (âges, sexes, professions, habitudes, conditions hygiéniques propres à l'individu, etc.), les causes occasionnelles ou excitantes, la distinction des maladies relativement aux causes qui les produisent, le temps qui se passe entre l'application des causes et le développement des maladies; — dans la symptomatologie, les phénomènes précurseurs, préludes, signes avant-coureurs, prodromes, l'imminence des maladies; les symptômes fournis par l'habitude extérieure, par les organes de la locomotion, par la voix et la parole, par la sensibilité, par les fonctions affectives, par les fonctions intellectuelles, par le sommeil, par la digestion, par la respiration, par la circulation, par la chaleur, par les exhalations et les sécrétions, par l'absorption, par la nutrition, par les fonctions génératrices; les symptômes considérés dans la maladie, suivant qu'ils sont locaux ou généraux, principaux ou accessoires, actifs ou passifs, directs ou sympathiques; — dans le cours des maladies, le type ou continu, ou intermittent, ou rémittent; la marche aiguë ou chronique; les périodes; les circonstances qui modifient la marche des maladies, telles que l'âge, le tempérament, les révolutions diurnes, la température, les climats; et ainsi de suite pour les autres divisions. On entrevoit quelle immense quantité de matériaux de toutes sortes doit entrer dans une pareille œuvre, et combien il faut avoir l'esprit meublé d'observations, riche d'expérience, rempli de lectures, pour réunir ces matériaux, pour les disposer dans un ordre convenable, pour être en mesure d'en déterminer la signification et la valeur. A cet égard, si M. Chomel a pu, *il y a trente-neuf ans* (en 1817), accomplir une première fois ce travail avec un grand succès, quelle ressource c'était, pour une quatrième édition, que les trésors amassés d'une longue pratique fécondée par un zèle à l'épreuve de l'âge et de la fatigue! Aussi cette édition a-t-elle près du double en étendue de la première.

Nous parlons d'additions et non de retranchements ou de corrections. L'auteur a pu dire, en effet, dans son *avant-propos:* « Au milieu des immenses progrès qu'a faits la médecine dans sa partie positive, et des grandes révolutions qu'elle a subies dans ses théories, j'ai pu, dans cette nouvelle édition, ne rien retrancher d'essentiel de ce que contenait la première. » C'est là un rare mérite, qui tient beaucoup à l'esprit sévère, au bon sens de l'auteur, et, dans une certaine mesure aussi, à la destination du livre. Les Éléments de pathologie générale étaient dès le début, et sont encore aujourd'hui, — l'auteur le déclare — destinés à *concourir à l'instruction des élèves*, en même temps qu'à *faire connaître l'école de Paris;* et l'on s'y est imposé pour règle de s'abstenir de *toute idée systématique*, de se renfermer strictement *dans l'exposition des faits et de leurs conséquences rigoureuses*. Or s'il est un département de la science médicale naturellement ouvert, non pas précisément aux idées systématiques, qui ne sont sages nulle part, mais à la théorie, à l'interprétation, à la synthèse surtout, c'est assurément celui où l'on se trouvait placé. Pour n'y admettre que les faits avérés et leurs conséquences rigoureuses, il a fallu fermer la porte à bon nombre de travaux modernes de haute importance, dont le but avoué, et nous osons dire l'avantage, est de pénétrer la signification de certains actes pathologiques, de certaines lésions organiques ou de certains troubles fonctionnels. M. Chomel ne s'en cache pas: « Le rapprochement des maladies, dit-il, l'étude et la comparaison de leurs divers phénomènes, conduisent presque nécessairement à ces grandes inductions, si séduisantes pour l'esprit humain qui les accueille et les proclame avec une dangereuse facilité et une sorte d'orgueil, comme des secrets arrachés à la nature, comme des lois qui ne doivent pas reconnaître d'exceptions. » De plus, dans le domaine même de l'observation et de l'expérience, il a fallu en négliger beaucoup qui, sans avoir conquis encore l'assentiment général, méritent cependant, et par l'autorité des observateurs qui les affirment, et par la gravité des problèmes qu'ils soulèvent, de fixer fortement l'attention des savants. Nous citerons, par exemple, ce qui concerne l'inflammation et le cancer. Ces deux états pathologiques, qui n'occupent pas à eux deux cinq pages de l'ouvrage de M. Chomel, sont devenus, on le sait, dans ces derniers temps, l'objet de recherches nombreuses, pleines d'intérêt, où sont engagées à la fois l'anatomie, la physiologie et la clinique. Il est certain que de telles questions ne pourraient convenablement rester en dehors d'un traité de pathologie générale, ou n'y figurer que sous forme de notes, s'il s'agissait d'exposer l'état de la science sous tous ses aspects. Au fond, il est aisé de voir, à plus d'un passage, que M. Chomel est médiocrement favorable au genre de recherches que nous rappelons ici, et que ce n'eût pas été pour les mieux traiter qu'il leur eût accordé une hospitalité plus large. Ce serait déjà pour nous une excellente raison de ne pas lui reprocher son silence, s'il n'était juste d'ailleurs de reconnaître que le caractère du livre, tel qu'il est spécifié plus haut, ne l'obligeait pas strictement à faire davantage.

Un exposé de faits sévèrement choisis, ou constatés par l'observation générale, ou attestés à l'auteur par sa propre expérience, et presque toujours ramenés à leur signification clinique, telle est donc la substance de l'ouvrage. C'est, nous le répétons, sous ce rapport, un monument des plus précieux, où non-seulement les élèves, mais les médecins même les plus expérimentés, trouveront

à s'instruire ; car il est peu de questions du ressort de la pathologie, même *spéciale* ou *descriptive*, qui n'y soit touchée avec fermeté et autorité. Mais en même temps le lecteur est prévenu que le caractère de généralité annoncé au titre n'est jamais réalisé, dans le corps de l'ouvrage, par des vues inductives ou synthétiques ; l'est rarement même par des rapprochements simplement analogiques, et gît presque toujours dans un artifice d'arrangement et de distribution. Un exemple fera mieux saisir notre pensée. Soit la symptomatologie des maladies.. M. Chomel parcourt successivement toutes les fonctions et énumère les troubles fonctionnels que chacune d'elles peut présenter. Ainsi, relativement aux *fonctions de relation*, la force des muscles peut être augmentée ou diminuée ; il y a plusieurs sortes de paralysie, la paralysie générale, l'hémiplégie, la paraplégie ; la contractilité musculaire peut être pervertie, d'où résultent la roideur, la crampe, le soubresaut, la carphologie ; la parole présente un certain nombre d'altérations, le bégaiement, le mutisme, et ainsi de suite pour la sensibilité, la vue, l'ouïe, le goût, etc. Relativement à la fonction respiratoire, il se produit, dans la maladie, des changements relatifs à la fréquence des mouvements, à leur vitesse, au bruit de la respiration, etc. La respiration est conséquemment ou fréquente ou rare, ou vite ou lente, ou facile ou difficile, ou égale ou inégale ; elle fait entendre par le stéthoscope ou le murmure respiratoire normal ou certains bruits pathologiques, tels que les râles crépitant, sous-crépitant, muqueux, etc. En sorte que la pathologie générale n'est pas ici foncièrement différente de la pathologie descriptive, mais plutôt un composé de toutes les données particulières de la pathologie descriptive réunies et classées dans un tableau général.

Toutefois, il est certains ordres de notions que la pathologie spéciale ne saurait s'attribuer que très accessoirement, et qui trouvent leur place naturelle dans l'ouvrage de M. Chomel, où elles sont exposées avec une entente profonde du sujet et une clarté qui vient moins encore du style que des idées ; par exemple, ce qui concerne la nomenclature, la distinction des divers genres de causes, les fondements du diagnostic, du pronostic, des indications. Ce sont ces parties qui nous semblent s'assortir le mieux à l'objet propre du travail et répondre le plus complétement aux exigences d'un traité de pathologie générale. L'exposé de ces notions dans un livre *ad hoc* a-t-il une grande utilité ? M. Chomel va au-devant de l'objection, et la manière dont il y répond, quoique fort concise, nous paraît péremptoire. Les maladies ont des éléments communs, qui se traduisent, dans la langue médicale, par des termes communs. La contagion, l'infection, appartiennent à des affections diverses ; que sait-on de ces deux sources étiologiques ? Quel est le sens précis de ces deux mots ? Qu'est-ce, dans une maladie quelconque, que l'*augment*, l'*état*, le *déclin*, la *solution* ? Il est indispensable que les médecins se forment, sur toutes ces questions, des idées nettes et arrêtées. Une telle étude, d'ailleurs, porte à réfléchir, à se rendre compte des choses et des mots, et forme un bagage qui sera d'une grande utilité dans tout le reste des études médicales. M. Chomel fait ressortir cet avantage en des termes qui, bien que fort mesurés, méritent néanmoins d'être recueillis de la bouche d'un ennemi aussi déclaré de la méthode inductive. « L'étude de la pathologie générale, dit-il, ... donne lieu à des considérations qui sont très propres à développer l'intelligence, à étendre les vues de celui qui s'y livre. Elle lui montre, dès son début dans la carrière, et dans un cadre resserré, la route qu'il va parcourir..... Enfin, en rapprochant les uns des autres successivement, à des points de vue variés, leurs symptômes, leur marche, leurs causes, etc , elle tend à mettre plus en relief leurs analogies et leurs différences. »

Quand on passe des Éléments de pathologie générale aux Instituts de médecine pratique, on sent, dès les premières lignes, qu'on change d'atmosphère. Borsieri, c'est l'incarnation de ce qu'il y a de bon, de sain, d'élevé dans la tradition hippocratique ; c'est un des maîtres, et le plus fort peut-être, de la grande école des épidémistes. On présage par là le caractère de son ouvrage sur les fièvres et sur les maladies exanthématiques. Le mérite en est particulièrement — et ce mérite est inappréciable — dans une description fidèle, à la fois large et minutieuse, des symptômes morbides, dans une distinction, profondément sentie et rendue, des phases diverses que parcourt une maladie, dans l'indication des caractères les plus propres à la distinguer d'autres maladies plus ou moins analogues, dans une habileté supérieure à surprendre, soit parmi les conditions étiologiques, soit dans la phénoménalité symptomatique, les signes d'un pronostic favorable ou défavorable, enfin dans l'ampleur avec laquelle sont tracées les règles du traitement. Voilà, nous le reconnaissons volontiers, ce que Borsieri faisait mieux à Faenza et à Milan qu'on ne fait de nos jours à Paris et même à Montpellier. On ne trouverait nulle part un tableau aussi complet, aussi fidèle, aussi instructif, aussi magistral de la variole ou de la miliaire. Des deux tomes dont se composent les Instituts, celui qui comprend les *maladies exanthématiques fébriles* est particulièrement admirable, en ce sens que la science moderne, si elle en pourrait retrancher certaines idées propres à la médecine italienne du XVIII[e] siècle, n'aurait presque rien à y ajouter. C'est une série de modèles qu'on ne saurait trop proposer à l'imitation des observateurs et des nosographes.

Le tome consacré aux *fièvres* n'est pas moins remarquable pour le temps, n'accuse pas moins de science ni moins de talent ; mais la médecine de nos jours, forte des progrès accomplis dans cette partie de la pathologie, peut y signaler des distinctions arbitraires et la confusion des espèces pyrétologiques. Cette différence de valeur relative entre les deux tomes tient à des causes qui touchent précisément aux questions soulevées par M. Chauffard dans son *Introduction*.

M. Chauffard résume, dans les termes suivants, l'apparition de ce qu'il appelle le *génie* antique et le *travail* moderne : « Le premier observe un être toujours actif, plongé dans le monde extérieur, luttant contre ou sous toutes les influences qui en découlent, réagissant avec ses qualités individuelles, suivant des lois déterminées, contre le principe du mal venu du dehors ou du dedans... Le second, un être *lésé* dans une ou plusieurs de ses parties, *troublé dans les fonctions* exécutées par des organes à structure altérée, modifié dans les propriétés dont il jouit et qui sont inhérentes à l'intégrité des tissus... La maladie consiste donc *en des altérations de tissu et désordres fonctionnels ;* l'art doit tendre à les définir toutes, à réparer les unes, à corriger les autres. » Et ces deux manières de comprendre l'homme malade ont conduit le génie antique à rechercher surtout la cause, et le travail moderne à se préoccuper surtout de la lésion. Ce portrait de l'école moderne est assez exact. M. Chomel, qui, malgré la déclaration vitaliste que nous avons rappelée dans notre premier article, entend bien représenter cette école et la représente en effet, M. Chomel combat la définition vitaliste de la maladie, insiste sur la nécessité d'appuyer cette définition principalement sur la lésion de texture et accessoirement sur les désordres fonctionnels, et assigne pour but au diagnostic de déterminer d'abord l'organe malade, l'étendue du mal, le tissu élémentaire primitivement affecté, puis la nature et le degré de la lésion, puis enfin la forme symptomatique. Nous négligeons, pour le moment, la question de savoir si, avec certains vitalistes, il convient d'étendre davantage les bases du diagnostic, d'emprunter, par exemple, des éléments à l'étiologie et à la marche de l'affection. Il s'agit ici, non des circonstances qui concourent à la constitution de la maladie, mais de la maladie constituée et de ses caractéristiques. Or, ce que nous remarquons surtout dans l'opposition de la médecine antique et de la médecine moderne, après la différence que nous avons constatée et appréciée dans l'interprétation du fait de la réaction, c'est que la médecine de l'antiquité caractérise presque exclusivement la maladie par son expression symptomatique, tandis que la médecine de nos jours la caractérise à la fois par son expression symptomatique et par son expression anatomique. Or, nous invoquons ici, à l'avantage de l'école moderne, un principe indépendant de la conception première de la maladie ; c'est qu'une cause morbifère agissant sur l'organisme, y produit nécessairement des effets corrélatifs à son mode de spécificité ; que, par conséquent, si ces effets consistent en des altérations appréciables de tissu, ces altérations constituent des caractères spécifiques de la maladie. Nous ajouterons que ces caractères, par leur stabilité, sont plus sûrs, plus significatifs que ceux qui peuvent être tirés des simples troubles fonctionnels,

et que, si l'on voit des lésions de tissu en apparence semblables résulter de l'action de causes diverses, c'est que, ou bien des causes, quoique diverses, aboutissent toutes à un mode d'action identique, ou bien les lésions, semblables extérieurement, diffèrent dans leurs éléments intrinsèques, dans les phases successives de leur développement ; ce qui est un argument de plus en faveur de l'investigation anatomique. Que la cause soit, selon l'expression de M. Chauffard, *le fait majeur de la maladie*, nous le voulons bien ; mais sans nier les grands services rendus à l'étiologie par la médecine hippocratique, il nous semble qu'il faut être quelque peu prévenu pour ne pas reconnaître combien l'esprit positif de nos jours a corrigé d'abus ou fait de conquêtes sur ce terrain, et finalement la supériorité de l'étiologie moderne sur l'étiologie antique. Nous ne risquons pas de fausser les termes de la comparaison en les empruntant à M. Chauffard lui-même. Qu'admire-t-il, et avec raison, chez les anciens et chez leurs continuateurs ? La détermination de l'influence des saisons, du climat, du sol, etc., sur les genres et les espèces morbides. Quelle est l'école qui bannit une semblable étude ? Il semble peut-être à Paris que Montpellier s'en préoccupe trop, à Montpellier que Paris ne s'en préoccupe pas assez ; mais, sauf de rares exceptions qui n'engagent pas la responsabilité d'une école, l'organicisme ne croit, en aucune manière, être infidèle à ses doctrines en acceptant l'action de causes extérieures de l'ordre physique, en admettant des *constitutions médicales*, des *endémies*, marquées de caractères généraux qui commandent en grande partie la thérapeutique. L'auteur de ces lignes en a donné, la preuve par une série d'articles sur ce sujet. Quant à ce qui concerne les causes propres au sujet lui-même et qu'indique M. Chauffard, l'alimentation, l'habitation, l'âge, le sexe, le tempérament, nous ne savons vraiment chez quel hippocratiste il pourrait nous montrer quelque chose de plus positif, de plus vrai, de plus élevé, de plus profond, de meilleure qualité enfin, que ce qu'on trouve dans nos traités d'hygiène, ou, sous une forme plus abrégée, dans les ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE de M. Chomel.

A la lumière de ces remarques, nous ouvrons Borsieri, au livre des *Fièvres;* Borsieri, nous aimons à le répéter, l'un des plus grands observateurs dont s'honore la médecine, l'un de ceux que la génération moderne la plus avancée peut lire avec le plus de fruit : que voyons-nous? Privé des secours de l'anatomie pathologique, et, manifestement, peu disposé à en profiter, il s'applique à saisir dans quelques symptômes fugaces, dans quelques accidents de marche, les éléments d'une distinction entre les espèces, ou bien il se rattache à des vibices, à une pétéchie, à une macule, à sa forme, à sa couleur, aux changements qu'elle subit sous la pression du doigt, en fin de compte, à une *lésion de tissu*, accordant ainsi à l'anatomie pathologique des organes superficiels une importance qu'il ne songe pas même à attribuer, et qu'on blâme souvent l'école moderne d'attribuer, à l'anatomie pathologique des organes profonds. La conséquence de cette méthode nosologique, la voici : Quand le caractère propre de la maladie est tout anatomique *et en même temps visible à l'extérieur*, comme dans la rougeole ou la variole, Borsieri en voyant et sachant autant que les modernes et possédant, ce qui n'est pas à la disposition de tous les modernes, un esprit élevé et sagace, exécute de très belles descriptions, où il n'épargne pas les minuties sur la couleur, la forme, la consistance de l'*altération matérielle* spécifique. Sa supériorité se maintient en présence d'une classe d'affections dont le caractère propre est dans une manifestation purement symptomatique, nous voulons dire des fièvres d'accès. Mais la confusion commence quand il s'agit des fièvres continues, dont la distinction, rendue très difficile par les analogies symptomatiques (nous faisons abstraction des taches rosées lenticulaires, inconnues à Borsieri), ne peut être solidement assise que sur l'anatomie pathologique des viscères, soit sur la présence, soit sur l'absence de certaines lésions caractéristiques. Ainsi, l'auteur décrit successivement une *fièvre synoque putride* et une *fièvre lente nerveuse* ou *maligne*. La première est certainement notre fièvre typhoïde ; mais la seconde ? Ce n'est pas le typhus proprement dit (*typhus fever* des Anglais) sur lequel le traducteur de Borsieri publie en ce moment, dans ce journal même, un excellent travail; car Borsieri décrit le typhus plus loin, sous le nom de *fièvre pétéchiale*. C'est donc le typhus *nosocomial*, celui dans lequel existe une grave lésion des follicules de Peyer. Mais le typhus nosocomial et la fièvre typhoïde, c'est *au fond* la même maladie, et le *typhus fever* en diffère, au contraire, essentiellement. L'anatomie pathologique le prouve en montrant, dans les deux premières formes, comme caractère dominant, une grave lésion intestinale, qui manque dans la troisième forme. Que fait, qu'est obligé de faire Borsieri ? Il s'en prend à la chaleur de la peau, à la fréquence du pouls, à des signes enfin qui varient dans une seule et même affection, ou se ressemblent dans les affections les plus différentes. Autre remarque du même genre. Nous établissons, nous, toujours au nom de l'anatomie pathologique, une distinction radicale de nature entre la synoque simple (fièvre inflammatoire) et la fièvre typhoïde. Mais Borsieri est amené invinciblement à ne voir entre les deux affections que des différences accessoires. « Los synoques putrides, écrit-il, *ne diffèrent des non putrides que par le degré et une durée plus longue.* »

Qu'on ne dise pas que ce qu'on reproche à l'école moderne c'est moins de chercher dans les altérations organiques le caractère de certaines maladies que de faire dériver toute la maladie de ces altérations. Ce serait calomnier l'école moderne. Quand on assigne à la rougeole pour caractère spécifique une certaine élevure rouge de la peau, on ne s'engage pas à professer que toute la manifestation morbide émane de cette élevure. Pourquoi, en plaçant le caractère spécifique de la fièvre typhoïde dans le gonflement et l'ulcération des plaques de Peyer, s'engagerait-on à assigner cette altération pour point de départ de la maladie ? La pathologie organicienne affirme que toute maladie commence par une modification, appréciable ou non, des composants de l'organisme ; elle ne s'interdit pas pour cela de placer le caractère d'une maladie donnée dans telle ou telle autre altération qui pourra se former au début ou dans le cours de la maladie, sous l'action de la cause morbigène, et qui la traduira le mieux par sa constance et sa gravité. Parce qu'elle appelle *ramollissement* une certaine maladie du cerveau, elle ne prétend pas que le ramollissement soit le fait générateur de la maladie, ni sous le rapport des désordres anatomiques, ni sous le rapport des désordres fonctionnels ; et parce qu'elle donne à une autre affection le nom d'*albuminurie*, elle ne rapporte pas la totalité de la maladie à la présence de l'albumine dans l'urine.

Voilà les seules remarques que nous croyons devoir faire à l'occasion de la nouvelle édition des ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE et de la traduction des INSTITUTS DE MÉDECINE PRATIQUE. Entrer dans de plus longs détails sur le livre de M. Chomel, c'eût été, jusqu'à un certain point, insulter à une œuvre depuis longtemps classique, connue de tous les médecins, et que de récentes améliorations sont certainement destinées à populariser davantage encore. Nous tenons seulement à rappeler en terminant que, dans l'ordre des idées et des faits auxquels elle s'attache exclusivement, cette édition a été mise au niveau du progrès scientifique, grâce, nous l'avons dit, au zèle toujours éveillé de l'auteur, grâce aussi à la collaboration aussi intelligente que dévouée de M. le docteur Noël Gueneau de Mussy. Le collaborateur de l'édition précédente avait été M. Grisolle. Puisse le premier avoir un jour les mêmes motifs que le second de transmettre à un successeur une tâche honorable et qui porte bonheur ! Quant à l'ouvrage de Borsieri, il faut le lire. C'est une mine d'instruction clinique, un reflet des plus hautes qualités de l'observateur et du praticien ; et de plus on a, dans l'introduction de M. Chauffard, tout un exposé des doctrines et des méthodes de la médecine antique, exposé pris de haut, largement exécuté, tel enfin que les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE peuvent l'attendre de l'auteur des *Lettres sur le vitalisme.*

A. DECHAMBRE.

V.

VARIÉTÉS.

On écrit de Vienne à la Gazette hebdomadaire :

« La 32e réunion des naturalistes et des médecins allemands, empêchée l'an dernier par le choléra, aura lieu du 17 au 21 septembre prochain à Vienne. Le comité chargé des mesures à prendre pour la tenue de ce Congrès scientifique s'est réuni le 15 juillet. Les commissaires organisateurs, MM. les professeurs Hyrtl et Schrötter, auxquels viennent de s'adjoindre MM. les professeurs d'Ettingshausen et Rokitansky, ont fait à l'Assemblée diverses communications, dont j'extrais les renseignements suivants, qui peuvent intéresser les savants français.

» Le gouvernement autrichien a maintenu l'allocation de 20,000 florins (50,000 francs) qu'il avait mise l'an dernier à la disposition du comité. Il sera prochainement publié un programme des fêtes qui marqueront cette grande solennité scientifique.

» Les réunions générales publiques, auxquelles les dames seront admises, auront lieu dans les salles des Redoutes de la cour ; les sections tiendront leurs séances à l'Institut polytechnique.

» Tous les membres étrangers recevront de nombreux présents de bienvenue, notamment la septième édition, enrichie de vignettes sur acier, du *Guide à Vienne et dans ses environs*, par le docteur Schmydl; comme appendice à ce beau volume, la Société de zoologie et de botanique donnera son annuaire, contenant les adresses des naturalistes et des médecins. Le conseiller Knolz, doyen du Collége des docteurs, a composé et fait exécuter, pour la circonstance, une publication de luxe dédiée aux membres du Congrès ; c'est une esquisse sur l'université de Vienne, plus spécialement au point de vue de la faculté de médecine, et un aperçu des travaux du Collége depuis sa nouvelle organisation.

« L'administration autrichienne facilitera autant que possible toutes les formalités, ordinairement si rigoureuses, de circulation et de séjour. Les étrangers n'auront à exhiber leurs passe-ports qu'à la frontière ; leurs effets ne seront pas visités à la douane, et les cartes délivrées par les commissaires du Congrès leur serviront de permis de séjour, sans qu'ils aient rien à débourser. Avec ces mêmes cartes, on pourra visiter les collections, les établissements et les monuments publics. Il sera distribué une liste des collections particulières d'objets d'art et de science que leurs propriétaires mettront libéralement à la disposition des membres du Congrès. La Société des arts d'Autriche prépare une Exposition nationale, et les diverses sociétés savantes ouvriront leurs riches bibliothèques aux visiteurs.

» La commune de Vienne a fait exécuter une médaille commémorative d'une grande valeur artistique, qui sera délivrée aux membres du Congrès.

» Le ministère du commerce a décidé que des trains spéciaux conduiront les visiteurs sur le mont Semmering, où la commune de Vienne aura préparé une hospitalité que la ville de Bade leur offrira également au retour.

» Aux jours des trois séances générales publiques, de grands dîners en commun seront organisés à l'hôtel *Zum Sperl;* les autres jours, les étrangers pourront, à leur choix, se réunir en petits cercles, faire des excursions dans les environs, entrer dans la vie intime des Viennois.

» Pour parer à la difficulté de se loger dans les hôtels de Vienne, toujours encombrés dans la saison d'été, le comité, aidé par la commune, recherche tous les appartements privés qui pourront être loués, et des mesures seront prises pour qu'en touchant le sol viennois les étrangers trouvent toute espèce de renseignements sur les logements qui leur seront destinés. Déjà d'ailleurs plusieurs savants viennois, suivant en cela l'exemple donné par M. le doyen Knolz, ont spontanément offert d'ouvrir leurs propres demeures à quelques visiteurs les plus éminents.

» Le comité a arrêté comme il suit la division du Congrès en sections, et dressé la liste des personnes qui se sont offertes comme fonctionnaires :

Ire Section. — Minéralogie, géognosie et paléontologie : Introducteur, Haidinger ; secrétaire, Leydoldt.

IIe Section. — Botanique et physiologie végétale : Introducteur, Fenzel ; secrétaires, Kerner, Reissek, Pokorny.

IIIe Section. — Zoologie et anatomie comparée : Introducteur, Fitzinger ; secrétaires, Kner, Frauenfeld, Wedl.

IVe Section. — Physique : Introducteur, d'Ettingshausen ; secrétaires, Grailich, Pick.

Ve Section. — Chimie : Introducteur, Redtenbacher ; secrétaires, Pohl, Hinterberger, Schneider.

VIe Section. — Géographie et météorologie : Introducteur, Kunzek ; secrétaire, Schmidl.

VIIe Section. — Mathématiques et astronomie : Introducteur, de Littrow ; secrétaires, Hornstein, Gernert.

VIIIe Section. — Anatomie et physiologie : Introducteur, Rokitansky ; secrétaires, Engel, Patruban.

IXe Section. — Médecine : Introducteur, Skoda ; secrétaires, Sigmund, Preiss.

Xe Section. — Chirurgie, ophthalmologie et obstétrique : Introducteur, de Dumreicher ; secrétaires, Blodig, Jæger, Spæth.

G. M.

Nota. — La direction de la Gazette hebdomadaire prend la liberté d'offrir à MM. les naturalistes et médecins français qui ont l'intention de se rendre au Congrès scientifique de Vienne, de leur servir d'intermédiaire, soit pour les renseignements dont ils auront besoin, soit pour avertir MM. les commissaires de leur visite, afin qu'ils n'éprouvent, à leur arrivée à Vienne, aucune espèce d'embarras pour leur logement.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Lyon. — N° 12 (30 juin). Observation de leucocythémie, par *Bossu*. — Constitution médicale de la côte Saint-André, en 1854, par *Robin*. — Traitement du typhus à Constantinople, par *Barudel*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 6. Lettre sur les maladies du cœur, par *Forget*.—Fracture du col du fémur par coup de feu ; ouverture d'entrée et de sortie communiquant avec la fracture ; guérison, par *Glæsel*. — Clinique.

Journal de médecine de Bordeaux. — N° 6 (juin). Chlorose chez un homme, par *H. Gintrac*. — Chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle, par *Venot*. — Sur la fonction glycogénique du foie, par *Jeannel*. — Irrigateur vaginal à jet continu, par *Bitot*.

Journal de médecine de Toulouse. — Mai. Sur le rétrécissement spasmodique de l'urèthre chez l'homme, par *A. Dassier*. — Clinique. — Juin. Observation de leucocythémie, par *Sève*. — Clinique.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 12. Deux observations de myélite, par *Cades*. — Cautères et leur valeur en thérapeutique, par *Chrestien*.

Union médicale de la Gironde. — N° 6 (juin). Traitement de la fièvre typhoïde, par *Lachaze*. — Anévrysme inguinal ; ligature de l'artère iliaque externe, par *Denucé*.

Gazette médicale de l'Algérie. — 1re année. N° 6. Climatologie algérienne, par *Bertherand*. — Cas d'hydrocéphalie congénitale, par *Perrot*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Bertherand*. — Observations météorologiques, par *Reussin*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — Juin. Analyses et revues.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 17e livraison. Des tumeurs du sein chez l'homme, par *Bertherand*. — Action de l'huile de chènevis sur la sécrétion mammaire, par *Coutenot*. — 18e livraison. Occlusion accidentelle du col utérin, par *Burnotte*. — Fissure anale ; accidents sérieux ; guérison par des pilules écossaises modifiées, par *Plouviez*.

Presse médicale belge. — N° 26. De l'endocardite, par *Gros*. — Teinture de belladone contre l'angine tonsillaire, par *Van Holsbeek*.

Journal de pharmacie (Anvers). — Juin. Nouvelle application de la méthode de déplacement, par *Van Bauwel*. — Sur la préparation de l'huile iodée d'après le procédé du M. Hugounenq, par M. *Ranwez*.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 82. Hystéralgie ; antéflexion de l'utérus ; guérison, par *Alves Branco*.—Sur l'épidémie cholérique de 1855, par *F. de Oliveira Rocha*, — 83. Le choléra à l'hôpital de San José, par *Alvarenga*. — Opération de taille, par *Ferreire*. 84. Choléra de San José, par *Alvarenga*. — Botanique analytique, par *E. Baptista*. — Clinique.

La Cronica de los hospitales. — N° 12. Syphilis des enfants, par *Capdevila*. — 13. Rage : mort ; autopsie, par *Ortega*. — Cliniques et revues.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 15 AOUT 1856. — N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. — M. ROULAND, procureur général près notre Cour impériale de Paris, est nommé ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, en remplacement de M. FORTOUL, décédé.

Art. 2. — Le ministre d'État et de notre Maison est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 13 août 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre d'État, ACHILLE FOULD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 5 au 12 août 1856.

186. BÉGUERIE, Charles, né à Mauléon (Basses-Pyrénées). [*Des hémorrhagies qui se lient à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.*]

187. MARCHADIER, Jean-Baptiste-Gustave, né à Buissière-Poitevine (Haute-Garonne). [*Essai sur l'inflammation du col de l'utérus.*]

188. BERTRAND, Louis. [*Des suites immédiates de l'opération de l'hydrocèle par les injections.*]

189. LANNE, Henri, né à Auxerre (Yonne). [*De l'ophthalmie catarrhale.*]

190. ANFRAY, Victor-Robert, né à Ponts (Manche). [*De la délivrance, et de quelques accidents qui peuvent la compliquer.*]

191. AMEN, Jacques-Philippe-Jules, né à Castres (Tarn). [*De l'étiologie et de la cure radicale des hernies.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 14 août 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DU COUDE ; TRAITEMENT A OPPOSER A L'ARRÊT DU TESTICULE DANS LE CANAL INGUINAL, BANDAGE EN FOURCHE.

A part la lecture d'un rapport de M. Chevallier sur le travail de M. Reveil dont nous avons donné un résumé dans le n° 30 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et celle d'un mémoire de M. Poggiale sur *la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments*, toute la séance de l'Académie de mardi dernier a été absorbée par la question de la ligature de l'œsophage. MM. Jobert, Chatin et Bégin ont successivement pris la parole pour exposer leur contingent de faits et dans le but d'éclairer la commission chargée d'examiner la grave question soulevée par MM. Bouley et Reynal; l'Académie a entendu ensuite la lecture de deux mémoires sur le même sujet, l'un de M. Orfila, l'autre de M. Colin. L'unanimité la plus parfaite, nous devons le dire, a régné aujourd'hui parmi tous ces orateurs, touchant les conséquences de la ligature de l'œsophage : tous se sont accordés à affirmer que, pratiquée convenablement, cette opération est loin d'avoir les conséquences funestes signalées par MM. Bouley et Reynal, conséquences qui, si elles existaient véritablement, renverseraient d'un seul coup tout l'édifice de la science toxicologique si laborieusement élevé par Orfila.

A priori, et avant toute preuve expérimentale, les notions que nous possédons sur la physiologie de l'œsophage sont loin de nous faire prévoir les accidents formidables qui, d'après MM. Bouley et Reynal, succéderaient à la ligature de cet organe : les fonctions de cette portion du tube digestif, on le sait bien, sont sans importance immédiate pour la conservation de la vie; tous les jours nous voyons

les expérimentateurs enlever le cerveau, le cervelet, une portion considérable de la moelle épinière ou d'autres organes bien autrement importants pour la vie que l'œsophage, sans donner naissance à des accidents très rapidement mortels. D'un autre côté, si les assertions de MM. Bouley et Reynal étaient exactes, il serait vraiment incompréhensible qu'un expérimentateur tel qu'Orfila, dont tout le monde a connu le talent d'observation, et qui a pratiqué des centaines de fois la ligature de l'œsophage, ne se fût point aperçu des conséquences funestes que cette opération entraîne par elle-même. Mais les faits exposés devant l'Académie par MM. Jobert, Orfila, Colin ne laissent pas le moindre doute à cet égard : la ligature de l'œsophage est une opération grave, sans doute, puisqu'elle peut entraîner la mort; mais cette terminaison fâcheuse, loin d'être constante ou habituelle, ne constitue qu'une rare exception, qui trouve son explication dans des désordres locaux. Sur les deux chiens qu'a vus succomber M. Jobert, l'autopsie a montré dans un cas une vive inflammation des poumons et des plèvres, dans l'autre une collection purulente qui s'était formée derrière l'œsophage, en comprimant la trachée. M. Colin, qui a vu également un de ses chiens périr très rapidement, a trouvé, à l'inspection cadavérique, que la ligature avait embrassé avec l'œsophage un des nerfs récurrents. Mais dans aucun de ces cas la mort n'est survenue dans les douze premières heures ; il eût été impossible, par conséquent, de confondre les effets de l'opération avec ceux d'une substance soluble ingérée dans l'estomac. Sauf ces rares exceptions, les chiens guérissent de leur opération, soit que la ligature ait été enlevée au bout de douze, vingt-quatre ou trente-six heures, soit qu'elle tombe spontanément après avoir coupé les parties étreintes. Cette guérison, qui se fait tantôt par réunion immédiate des deux bouts du canal, et tantôt par formation d'une espèce de jabot intermédiaire aux deux segments, est en général plus rapide qu'on ne le penserait au premier abord; c'est ainsi que dès le sixième jour, chez un chien de M. Jobert dont la ligature était demeurée en place, la déglutition s'opérait parfaitement, et l'animal pouvait être considéré comme rétabli.

Quant aux suites immédiates de l'opération, elles sont, en général, fort simples : L'animal paraît d'abord abattu, mais rien n'annonce qu'il y ait chez lui un trouble profond des fonctions intellectuelles ou nerveuses ; il va s'assoir dans un coin, cherche quelquefois à écarter avec ses pattes l'obstacle qui le gêne, mais il montre peu d'agitation, et accourt ordinairement quand on l'appelle. Souvent, au bout d'un temps variable, il se livre à des efforts de déglutition, suivis bientôt d'efforts de vomissement, avec expulsion pénible d'un liquide épais et visqueux dont il se débarrasse difficilement ; ces efforts, qui ne se présentent pas dans tous les cas, ne durent que peu de temps, mais peuvent se répéter à plusieurs reprises. Lorsqu'on sacrifie les chiens qui semblaient devoir se rétablir, on ne trouve aucune lésion appréciable dans le tube digestif, si ce n'est, selon M. Colin, un peu de rougeur de la muqueuse rectale, que cet habile physiologiste fait dépendre de la constipation, habituelle dans ces circonstances.

Comment expliquer dès lors les faits observés par MM. Bouley et Reynal ? Il est plus que probable qu'ils dépendent du procédé opératoire mis en usage par les deux expérimentateurs d'Alfort. Orfila, et tous ceux ceux qui, après lui, ont pratiqué la ligature de l'œsophage, n'employaient jamais que des liens très fins, tels que ceux qui servent aux ligatures d'artères. MM. Bouley et Reynal paraissent s'être servis de cordons d'un certain volume. Dans un cas, M. Jobert, après avoir isolé avec soin tous les filets nerveux qui entourent l'œsophage, fit usage, pour opérer la constriction, d'un gros lien, afin de constater la différence des résultats ; son chien mourut au bout de vingt et quelques heures, et présenta à l'autopsie, derrière la trachée, un large épanchement de sang qui parut à M. Jobert avoir mis obstacle à la libre circulation de l'air dans la trachée. Un autre chien, opéré de la même manière, était sur le point de succomber aux mêmes accidents, lorsque la ligature fut enlevée: il est aujourd'hui vivant et bien portant. Cette explication nous paraît d'autant plus plausible, que la plupart des accidents et lésions mentionnés par MM. Bouley et Reynal se rapportent à l'asphyxie. Il est possible également que, malgré leur grande habileté, ces deux expérimentateurs aient quelquefois compris dans la ligature un ou plusieurs filets des nerfs récurrents.

M. Bidard (d'Arras) a adressé à la Société de chirurgie (séance du 30 juillet) l'observation d'une luxation du coude dont il avait obtenu la réduction par un moyen très simple, alors que les tractions usitées ordinairement dans ces circonstances étaient restées infructueuses. Il s'agit d'un enfant de treize ans qui s'était luxé une première fois l'articulation huméro-cubitale gauche, et chez qui la réduction avait été opérée par les moyens ordinaires. Un mois plus tard, un nouvel accident reproduisit le déplacement, mais cette fois l'enfant garda le silence sur ce qui lui était arrivé, et ce n'est que cinq semaines après qu'on fit des tentatives de réduction, qui ne produisirent pas le moindre résultat. C'est alors que M. Bidard mit à exécution le procédé suivant, qui fut couronné d'un plein succès : il engagea le petit malade à se suspendre par ses deux mains à une traverse de bois, de manière que tout le poids du corps opérât une traction sur les articulations du membre supérieur. Ces suspensions étaient prolongées pendant quinze à vingt minutes, matin et soir, et quand les forces de l'enfant étaient épuisées, un homme vigoureux appuyait de ses deux mains sur celles du malade, pour l'empêcher de tomber. Le septième jour, tout déplacement avait disparu.

M. Bidard fait remarquer que la réduction ne se fit pas d'une manière graduelle, comme on aurait pu le croire ; elle s'opéra en deux temps bien distincts. Dans le premier, compris entre la première et la neuvième suspension, le déplacement diminua progressivement; dans le deuxième temps, ce qui restait de la difformité disparut brusquement, et cela pendant la quatorzième suspension.

Ce procédé, ainsi que l'a fait observer M. Larrey, a une certaine analogie avec celui de la porte, employé autrefois par les chirurgiens ; il présente néanmoins cette différence que la réduction y est opérée graduellement ou en plusieurs temps, tandis qu'elle se fait brusquement et d'un seul coup dans le procédé ancien.

Nous croyons, du reste, avec M. Morel-Lavallée, que le chloroforme, dont il n'est pas question dans l'observation de M. Bidard, eût permis la réduction immédiate, puisqu'on l'a vu réussir dans des luxations beaucoup plus anciennes que celle dont il est ici question.

Lorsque le testicule, au lieu de descendre dans le scrotum, s'arrête à une certaine période de sa migration et demeure fixé soit à l'orifice externe, soit sur le trajet du canal inguinal, non-seulement il subit une atrophie plus ou moins marquée qui, dans tous les cas, le rend impropre à sécréter un sperme fécondant, comme l'ont démontré les observations

de M. Follin, confirmées tout récemment par celles de M. Godard; mais encore il devient le siége, notamment vers l'époque de la puberté, de douleurs souvent très vives, pour lesquelles l'art est fréquemment appelé à intervenir. Ces cas ne manquent pas d'être embarrassants pour le chirurgien, car habituellement, derrière le testicule, il se trouve une anse intestinale qui s'engage librement dans le collet non oblitéré de la tunique vaginale, et il importe beaucoup de maintenir la réduction de cette hernie. Or, si l'on applique un bandage, la pelote porte sur le testicule, le comprime douloureusement, au point de nécessiter bientôt la cessation du traitement, dans tous les cas, elle enlève toute chance de descente spontanée du testicule. Si l'on ne fait rien, le testicule pourra néanmoins rester en place, et l'on risque de voir la hernie intestinale prendre des dimensions considérables. Il importe cependant de distinguer les cas où il n'existe aucune adhérence entre l'anse herniée et le testicule, ou dans lesquels ces adhérences sont très lâches, et ceux où les deux organes sont unis ensemble par des brides étroites et solides. Dans le premier cas, on réussit fréquemment à appliquer la pelote au-dessus du testicule et à maintenir la hernie; quelquefois même, par suite des progrès du développement, le testicule descend ensuite spontanément, le collet de la tunique vaginale s'oblitère tardivement, et le malade se trouve guéri radicalement. La plupart des chirurgiens ont observé des cas de ce genre. On doit se demander si, dans ces circonstances, le testicule, descendu d'assez bonne heure, vers l'âge de la puberté, par exemple, redeviendrait apte à sécréter des spermatozoaires? M. Gosselin dit avoir par-devers lui des faits qui démontreraient que la réponse doit être négative. Le succès, dans ces circonstances, serait toujours incomplet, et jamais le testicule ne descendrait aussi bas que dans les conditions normales, les parties qui composent le cordon ne se prêtant plus à un allongement considérable. Il est probable que, outre l'époque où la descente a lieu, il doit y avoir sous ce rapport de grandes différences suivant les individus.

M. Follin, dans le double but de maintenir la hernie réduite et de pousser le testicule vers le scrotum, a imaginé une pelote en forme de fourche, dont les deux branches appuient sur les piliers du canal inguinal, et laissent entre elles un espace où se loge le testicule. Ce bandage a parfaitement réussi chez un garçon de quinze ans, présenté par M. Follin à la Société de chirurgie, le 6 août, et dont le testicule droit, arrêté dans le canal inguinal, était devenu le siége de vives douleurs. Aujourd'hui, la glande séminale a franchi l'orifice inférieur du canal, et les douleurs ont disparu. La pelote en fourche de M. Follin nous paraît offrir des avantages sur celle des bandages ordinaires.

Mais l'embarras du chirurgien sera bien plus grand encore s'il existe entre le testicule et l'intestin des adhérences qui empêchent qu'ils ne se séparent; quelquefois même, dans ces circonstances, le testicule franchit l'orifice inférieur du canal inguinal, en entraînant l'intestin avec lui; mais il remonte dans ce canal aussitôt que l'on cherche à réduire la hernie. D'autres fois, comme l'a rappelé M. Cloquet, il s'opère une sorte de décomposition des éléments de la glande séminale, dont l'épididyme reste dans le canal inguinal, tandis que le testicule proprement dit est au dehors. Dans ces cas, si l'on applique un bandage après avoir réduit la hernie, on détermine souvent des douleurs intolérables; des pelotes échancrées, n'exerçant aucune pression sur le cordon, ou même des pelotes concaves dont la concavité offre un abri au testicule, seront employées alors avec avantage.

Dans la même séance, M. Voillemier a donné lecture à la Société de chirurgie d'un mémoire intéressant intitulé : *Ponctions capillaires répétées, dans le traitement des collections sanguines ou purulentes.* Comme la discussion à laquelle cette lecture a donné lieu est loin d'être épuisée, nous examinerons le mémoire de M. Voillemier dans un prochain numéro.

Marc Sée.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Hypospadias. Établissement d'une nouvelle voie a l'émission des urines par perforation du gland a l'aide d'un trocart; succès. Observation recueillie par M. le docteur Ripoll, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

L'hypospadias, difformité assez rare, ne constitue dans la plupart des cas qu'une difficulté plus ou moins considérable dans l'acte de la fécondation; presque toujours l'émission de l'urine n'est nullement gênée, et l'individu qui en est atteint n'a qu'à prendre ses mesures en vue de la direction du jet de l'urine. Dans un certain nombre de cas même, quoique le canal de l'urèthre n'arrive pas jusqu'au sommet du gland, sa direction étant conservée, l'éjaculation du sperme peut être fécondante. Par ce double motif, il est très rare que les chirurgiens soient consultés pour un hypospadias, et bien plus rare encore qu'ils aient à faire une opération ayant pour but de rétablir jusqu'à un certain point les voies naturelles. Dans ce cas, parmi les individus qui la réclament, on ne compte guère que des adultes qui, ayant déjà l'expérience de leur impuissance, veulent y porter remède. L'observation qui va suivre est donc très intéressante, car il s'agit, non plus d'un adulte, mais d'un enfant, chez lequel l'hypospadias, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire, a mis obstacle à l'excrétion urinaire elle-même, et exigé à l'âge de quatre ans l'intervention de l'art. Ce n'est pas là d'ailleurs le seul côté curieux qu'elle présente; on va voir que la disposition particulière et exceptionnelle des parties n'a pas permis de mettre en pratique le manuel opératoire généralement conseillé par le petit nombre de chirurgiens qui ont eu à corriger cette difformité, et qu'il a fallu, tout en admettant le principe, en modifier l'application.

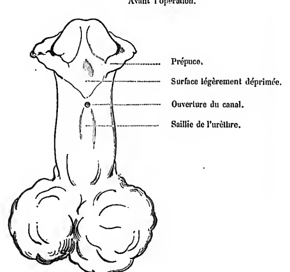
Dans le plus grand nombre des cas, en effet, quelle que soit la distance à laquelle l'ouverture du canal de l'urèthre se trouve par rapport au gland (sauf, bien entendu, les cas d'hypospadias au troisième degré), le canal se prolonge plus ou moins loin au delà de l'orifice accidentel, et se termine en cul-de-sac dans un point plus ou moins rapproché du sommet du gland; quelquefois même ce cul-de-sac est formé simplement par la muqueuse du gland, et il suffit d'une piqûre de lancette dans ce point pour reconstituer un orifice normal. Dans d'autres cas, il existe un double cul-de-sac marchant l'un vers l'autre et se rencontrant à une distance variable dans l'intervalle qui sépare l'ouverture anormale de celle qui existe au sommet du gland.

Eh bien, aucune de ces diverses dispositions, qui sont, on le comprend, on ne peut plus favorables à la réussite de l'opération lorsqu'on veut établir le canal par ponction à l'aide d'un trocart, ne s'observait chez notre petit malade. Chez

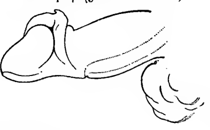
lui, le canal de l'urèthre se terminait juste à l'orifice anormal; au delà, il n'y avait plus rien. Assez souvent, il est vrai, on observe cette disposition; mais alors, au lieu de s'ouvrir, comme ici, perpendiculairement à sa direction, le canal de l'urèthre se termine par une assez large ouverture béante dans le sens lui-même du conduit; c'est même alors que, par le simple examen des parties, on peut acquérir la preuve que dans la grande majorité des cas la paroi supérieure du canal existe, et que s'il est incomplet, cela tient à un défaut de réunion sur la ligne médiane, dans une étendue plus ou moins considérable, de la paroi inférieure du canal et de la peau qui la recouvre. Il est évident, en effet, que l'on peut produire sur le cadavre cette espèce d'hypospadias, en incisant sur la ligne médiane, à partir du méat, en y comprenant le prépuce et la peau, une certaine étendue du canal de l'urèthre.

Lorsque l'hypospadias s'est présenté dans ces conditions, on a pu essayer de reconstituer la paroi inférieure du canal à l'aide de l'autoplastie; mais, chez notre enfant, le prépuce, quoique divisé sur la ligne médiane, ne semblait affecter cette disposition que pour témoigner du mode habituel de ce vice de conformation. On ne retrouvait pas cette sorte de gouttière en forme de V qui conduit à l'ouverture du canal; il y avait bien à sa place ordinaire une surface légèrement déprimée, mais c'était tout, et l'ouverture, réduite à un véritable pertuis, au lieu d'être dirigée en avant, regardait directement en bas, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin ci-joint.

Face inférieure de la verge (grandeur naturelle).
Avant l'opération.



Vue de profil (grandeur naturelle).



Du reste, voici le fait.

Obs. — Ornières (Jean), âgé de quatre ans, est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin; il a toujours joui d'une parfaite santé.

Il est affecté d'un hypospadias congénital, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, son père étant bien conformé, il semble toutefois y avoir une sorte d'hérédité : le frère de notre petit malade, plus jeune que lui, est, en effet, atteint de la même difformité, mais à un degré assez peu prononcé pour faire espérer qu'il n'en résultera pas pour lui d'inconvénients sérieux. Quoi qu'il en soit, les parents nous racontent que dès la naissance ils ont reconnu le vice de conformation des deux enfants; mais, tandis que le cadet a toujours pissé très facilement, l'aîné, qui fait le sujet de cette observation, a constamment et de plus en plus été gêné pour accomplir ses fonctions; depuis quelque temps même, il y a des moments où l'excrétion de l'urine ne s'accomplit qu'avec de grands efforts et de vives souffrances. Au moment où il nous est présenté, l'enfant n'a pas uriné depuis la veille. L'examen direct des parties sexuelles fait reconnaître les dispositions suivantes :

La verge semble un peu moins volumineuse qu'elle ne l'est ordinairement à cet âge. Relevée et tendue, elle a une longueur de 4 centimètres tout au plus. Sa face supérieure ne présente rien d'insolite.

Vue par sa face inférieure, elle offre des particularités remarquables. Ainsi, le prépuce est divisé, au niveau du frein qui n'existe pas, comme si l'on avait pratiqué dans ce point l'opération du phimosis, et forme à droite et à gauche deux ailerons qui embrassent le gland à la façon d'un col de chemise. On peut facilement rapprocher ces ailerons et reconstituer ainsi le prépuce.

Le gland est imperforé; sa face inférieure est légèrement déprimée, et cette dépression dessine assez régulièrement une sorte de losange dont l'angle inférieur, dépassant la couronne du gland, vient aboutir vers le milieu de la verge, c'est-à-dire à 2 centimètres à peu près de l'extrémité de cet organe. Là se trouve une petite dépression, au centre de laquelle on finit par découvrir un pertuis capable de recevoir tout au plus une soie de sanglier. C'est l'ouverture de l'urèthre en ce moment oblitéré.

Je parviens, non sans peine et en provoquant de vives douleurs, à faire pénétrer un petit stylet cannelé : un jet d'urine s'échappe par la cannelure, et l'enfant, après avoir uriné abondamment, se trouve soulagé.

Je constate avec le stylet qu'au delà de l'ouverture, vers le gland, il n'y a plus de canal; l'urèthre, qui fait une saillie assez considérable du côté de la racine de la verge, se termine au niveau même de l'orifice. Celui-ci est dirigé en bas, c'est-à-dire qu'il est perpendiculaire à la direction du canal de l'urèthre.

Les bourses sont ratatinées et ressemblent pour la forme, le volume et la couleur, à la moitié d'une coquille de noix. Le testicule gauche est seul descendu.

Lorsque je suppose que la vessie est entièrement vidée, je retire le stylet, et après avoir fait mettre l'enfant au bain, je fais entendre à ses parents qu'il est indispensable de faire une opération. Effrayés des dangers que je leur fais entrevoir qu'il y aurait à laisser l'enfant avec un vice de conformation qui tend tous les jours à devenir plus compromettant, ils se décident à me le confier. L'opération fut décidée et pratiquée le 8 avril 1855.

Il s'agissait d'instituer le manuel opératoire suivant un mode en rapport avec les circonstances actuelles. J'écartai l'idée de l'autoplastie, parce qu'il aurait fallu, avant de refaire le canal, commencer d'abord par dilater l'ouverture dont le rétrécissement nécessitait mon intervention, et d'autre part disséquer la peau de la verge dans une étendue très considérable. Or on sait avec quelle facilité les lambeaux faits dans cette région s'œdématient, s'enflamment, se gangrènent; et pour ma part j'ai été témoin de tels désastres dans des cas analogues, que j'éprouve une grande répugnance pour ce mode de traitement. Je donnai la préférence au moyen qui consiste à faire un canal artificiel dans l'épaisseur de la verge à l'aide d'un trocart. Restait l'exécution, et voici comment je procédai; on va voir que le résultat a justifié la manière de faire.

L'enfant étant placé comme pour l'opération de la taille, la verge est relevée, et les ailerons du prépuce, saisis entre les mors de pinces à ligature, sont tendus à droite et à gauche de manière à maintenir la verge en place. Cela fait, un stylet cannelé très délié est introduit dans le canal, et son extrémité dirigée vers la vessie.

Ainsi placé, un aide le maintient solidement fixé, la cannelure tournée vers la face dorsale de la verge. Me plaçant alors à la gauche de l'enfant, je saisis celle-ci au niveau de la couronne du gland avec deux doigts de la main gauche, et de la main droite je porte la pointe d'un trocart de 2 millimètres 1/2 de diamètre sur le sommet du gland, un peu plus près de la face dorsale que le lieu occupé habituellement par le méat. Je traverse le gland, et, glissant sous la peau, je viens placer la pointe de l'instrument dans la cannelure du stylet. Retirant alors le dard, je fais glisser la canule dans la cannelure du stylet qui me sert de conducteur, j'enlève d'abord ce dernier, puis, enfonçant un peu la canule du trocart, je m'assure que je suis dans le canal de l'urèthre. J'enlève alors la canule à son tour, et la remplace immédiatement par une bougie de gomme de 2 millimètres 1/3, qui pénètre dans la vessie. L'enfant, reporté dans son lit, est mis à un régime et dans une position convenable. Aucun accident immédiat n'a été la conséquence de l'opération ; quelques gouttes de sang ont à peine touché les instruments.

Ce mode opératoire diffère un peu, comme on le voit, de ceux qui sont généralement connus ; et si je le fais remarquer, ce n'est pas que je veuille en tirer vanité et me poser en novateur : je veux prouver seulement que souvent le chirurgien, en face de circonstances exceptionnelles, est obligé de mettre un peu du sien dans le manuel opératoire et de combler les lacunes qui existeront toujours dans la plupart des traités de chirurgie, que leurs auteurs, malgré leur bonne volonté, ne pouvant tout prévoir, ne sauraient rendre complets. Lorsque je fis l'opération, je ne connaissais pas, en effet, les succès qui appartiennent à la pratique de Dupuytren, et, en ce qui concerne spécialement le vice de conformation qui nous occupe, les traités de médecine opératoire disent peu de chose.

M. Vidal (de Cassis) (2e édition) ne cite aucun fait personnel, et dit seulement que l'on peut rétablir le canal à l'aide d'un trocart.

Pour M. Malgaigne (4e édition), les hypospadias étant divisés en trois espèces, celui de notre petit malade appartient à la deuxième, qui présente deux variétés : l'une dans laquelle on voit le canal se prolonger au delà de la fistule et se terminer en cul-de-sac près du gland, l'autre qui se distingue par l'oblitération du canal. De ces deux variétés, la première seule peut être opérée avec chance de succès.

M. Velpeau (2e édition) dit que, quant à l'hypospadias proprement dit, il n'a point connaissance qu'on en ait traité souvent par l'opération. Il doute qu'en creusant un canal à travers le gland on eût de grandes chances de succès. Du reste, ajoute-t-il, ce n'est que dans l'âge adulte qu'on serait autorisé à tenter une semblable opération. Il cite néanmoins deux succès obtenus par M. Rublach et M. Bégin. En voici les termes : « M. Bégin y a cependant eu recours, comme M. Rublach, sur un enfant qui n'urinait que par un pertuis capillaire placé à un travers de doigt en arrière de la fosse naviculaire. Un stylet étant introduit dans le canal et *dirigé vers le gland*, un trocart à hydrocèle fut porté sur le point où devait exister le méat, *enfoncé à la rencontre du stylet* jusqu'à ce qu'ils fussent en contact. La canule fut laissée en place ; le lendemain, on lui substitua un conducteur de Ducamp de gomme élastique. La fistule se cicatrisa et guérit. »

Il résulte de cette description qu'il s'agissait de la variété opérable de M. Malgaigne, et non pas d'un cas analogue à celui qui nous occupe. Puisque le stylet fut *dirigé vers le gland* dans l'opération de M. Bégin, c'est que le canal existait au delà du pertuis. Il était complétement oblitéré chez notre enfant.

Boyer (4e édition) dit que quand l'urèthre se continue vers le gland au delà de la fistule, on peut tenter et espérer la guérison, mais que quand le canal est oblitéré, il est superflu de faire observer que la chirurgie ne peut rien contre ce vice de conformation.

A. Bérard (*Dictionnaire en* 30 *volumes*), malgré le succès de M. Rublach et ceux de Dupuytren, que je vais rapporter tout à l'heure, pense que ces sortes d'opérations ont si peu de chance de réussite qu'elles ne doivent être tentées que rarement.

Dans Sabatier (édition de 1822-1824, Sanson et Bégin), malgré le succès obtenu par Dupuytren, et qui y est rapporté, pensant qu'à cause de sa sensibilité et de sa vascularité extrêmes le gland ne saurait être traversé sans danger par un trocart, l'auteur dit que l'espèce d'hypospadias qui fait le sujet de notre observation, est un *malheur auquel il n'y a point de remède*. Il est vrai que la première opération pratiquée par Dupuytren avait provoqué des accidents terribles et que le malade n'était pas guéri au moment où l'auteur écrivait ; mais nous voyons dans l'article HYPOSPADIAS du *Dictionnaire en* 15 *volumes*, signé de M. Bégin, que le premier malade de Dupuytren guérit, et qu'une seconde opération, pratiquée de la même manière, eut le même résultat heureux.

Lorsque je pratiquai moi-même l'opération que je rapporte, je ne connaissais pas les deux faits de Dupuytren, et j'éprouvai, lorsque je les découvris, un sentiment bien légitime de satisfaction en pensant que mon initiative m'avait rapproché de ce grand chirurgien. Dupuytren, je crois pouvoir l'affirmer, est, en effet, le seul qui à l'aide d'un trocart ait eu l'idée de refaire le canal de l'urèthre absent. La description de ses deux opérations prouve qu'il a eu affaire à deux cas analogues au mien. Seulement, plus hardi que moi, Dupuytren alla franchement à la rencontre du canal sans stylet conducteur. Son procédé opératoire ne diffère de celui que j'ai employé que par ce seul détail. Comme moi il réussit, et cependant il eut l'idée malheureuse (dont je n'eusse certes pas tiré parti alors même qu'elle m'eût été connue) de cautériser immédiatement le nouveau canal avec un fer rouge en roseau. Les accidents furent formidables, et ce ne fut pas seulement l'opération qui fut compromise, le malade manqua perdre la vie.

Chez mon petit opéré, tout s'est au contraire assez bien passé, comme on va le voir par la suite de l'observation.

L'opération avait été pratiquée à neuf heures du matin ; à ma première visite, à quatre heures du soir, le petit malade est dans un état très satisfaisant. Je remplace la bougie par une sonde à demeure du même diamètre.

9 avril. — La nuit a été excellente. Un peu d'inflammation existe sur la face inférieure de la verge ; l'urine passe par la sonde. Je cautérise légèrement l'ancienne ouverture et applique à son niveau, pour en favoriser l'oblitération, une bandelette de diachylon autour de la verge. — Tisane de graine de lin ; bouillon.

10. — État général bon. La bandelette a eu un mauvais résultat : elle a déterminé l'œdème du prépuce d'une façon si considérable, que je suis obligé de faire quelques mouchetures. De plus, en l'enlevant, je m'aperçois que la peau a été comprimée sur la sonde, et il y a un commencement de mortification au niveau du méat. La sonde, probablement obstruée, ne laisse pas couler l'urine ; celle-ci s'échappe en jet entre les parois du canal nouveau et la surface de la sonde. Je la remplace par une nouvelle de 3 millimètres de diamètre. Je laisse le pertuis libre de tout pansement, et fais appliquer sur la verge des compresses imbibées d'eau de Goulard. — Même régime.

11 et 12. — Rien de nouveau ; tout va bien. Chose curieuse, le testicule droit est descendu dans le scrotum.— Tisane et potages.

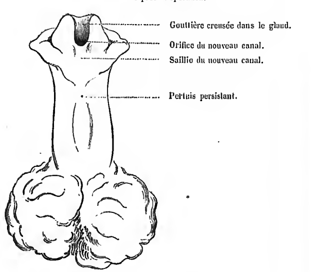
13. — La sonde s'est obstruée de nouveau ; l'urine s'écoule par l'ancien pertuis et entre la sonde et le canal. Nouvelle cautérisation ; nouvelle sonde qui pénètre avec la plus grande facilité.— Nourriture légère.

14. — État général bon. L'urine passe par la sonde ; le pertuis est presque fermé ; mais je remarque que la muqueuse du gland qui formait la paroi inférieure d'une portion du nouveau canal disparaît comme par suite d'une espèce de résorption, de telle sorte que le méat que j'ai pratiqué s'agrandit aux dépens de cette muqueuse. — Même régime.

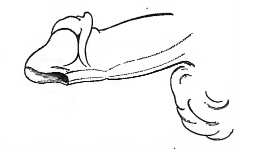
15. — Tout va bien ; mais l'enfant, fort indocile, ne veut plus rester dans son lit. On a toutes les peines du monde à l'y maintenir. Une fois il a enlevé sa sonde; son père l'a replacée lui-même avec facilité.

16. — Je trouve le malade levé et sans sonde ; le canal est imparfaitement formé ; mais pendant l'émission des urines, quelques gouttes suintent par l'ancien pertuis. Nouvelle cautérisation ; nouvelle sonde. — L'enfant est rendu à son régime habituel.

Face inférieure de la verge (grandeur naturelle).
Après l'opération.



Vue de profil (grandeur naturelle).



Les jours suivants, l'indocilité du malade augmente ; on ne peut plus le tenir, et plusieurs fois par jour on est obligé de lui remettre la sonde. Cela ne se fait qu'en le violentant, et, de crainte de le rendre malade, les parents me prient de la supprimer définitivement. J'y consens, à condition que le père passera deux fois par jour, et maintiendra chaque fois pendant une heure, une bougie de 3 millimètres. Je pratique une nouvelle cautérisation, mais avec des efforts tels, que les parents me prient d'en rester là ; ils espèrent, maintenant que le canal est fait, que l'ancienne ouverture s'oblitérera spontanément. A partir de ce moment (2 mai), je cesse de voir le malade d'une manière régulière.

Vers le mois de juin, je l'examine de nouveau et constate que les choses sont dans le même état. Pendant quelques jours après ma dernière visite, on a passé la dernière bougie, mais depuis une vingtaine de jours on n'a plus rien fait. L'enfant urine parfaitement par le nouveau canal, et le jet a une direction normale ; mais quelques gouttes coulent toujours par le pertuis considérablement réduit, mais encore béant. Le nouveau canal s'est cependant un peu rétréci.

De temps en temps j'ai revu l'opéré. Les choses se sont maintenues dans le même état ; il y a quelques jours encore, j'ai constaté que rien n'était changé à l'heureuse situation de l'enfant.

L'opération ayant été pratiquée il y a bientôt un an, et aucun soin n'ayant été donné depuis neuf mois, on peut raisonnablement penser que cet état persistera.

Ainsi, comme on le voit, aucun accident n'a suivi l'opération, et il est permis de penser que si, au lieu d'être chez lui, l'enfant eût été soigné à l'hôpital, la guérison de la fistule eût été complète. Il n'en est pas moins bon à constater que, même avec des soins consécutifs insuffisants, le nouveau canal s'est organisé et a persisté, ce qui, rapproché des deux faits de la pratique de Dupuytren, dément cette opinion préconçue et généralement admise, que le nouveau canal formé par la méthode opératoire que j'ai mise en usage ne persiste pas, et qu'après avoir exposé pendant un certain temps la vie des malades, on finit par les retrouver à une époque plus ou moins éloignée dans le même état qu'auparavant.

Du mal de mer et de son traitement, par le docteur Henri Blanc, médecin sanitaire, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, etc.

L'homme, soumis à tant d'influences diverses, éprouve à chaque instant, de la part des agents extérieurs, des perturbations plus ou moins violentes qui jettent un trouble momentané ou permanent dans le libre exercice de ses fonctions. Ces maux, livrés la plupart du temps à l'empirisme vulgaire, attirent à peine l'attention de l'homme de l'art. De là les nombreuses difficultés dont leur thérapeutique est entourée et leur oubli du cadre nosologique ; aussi le mal de mer, la plus cruelle et la plus fréquente de ces exagérations physiologiques, est à peine connu et abandonné aux mains trompeuses du charlatanisme. Cette lèpre de la médecine trouve ainsi une voie assurée pour satisfaire son ignorante rapacité, et le peuple, sa proie favorite, succombe d'autant plus facilement, qu'il ne trouve nulle part des avis salutaires qui le mettent à l'abri des nuisibles atteintes de ces drogues merveilleuses qui remplissent la quatrième page des journaux.

Chaque jour, chaque instant les rapports nouveaux qui lient entre eux les peuples s'agrandissent et se développent. Le commerce, cette richesse des nations, visite les contrées lointaines et couvre le monde entier des produits de l'industrie européenne ; des colonies se forment partout ; des milliers d'hommes, partis il y a quelques jours à peine des rives de France et d'Angleterre, reviennent au milieu de nous après avoir foulé en vainqueurs le sol de la Crimée ; de toutes parts on va et l'on vient, et les voyages, cette terreur de nos pères, sont devenus, en même temps qu'un moyen de gloire et de fortune, un noble passe-temps

et un des plaisirs les plus recherchés. Voyez aussi quel peuple immense habite ces maisons flottantes, comme la mer semble porter avec fierté ces innombrables vaisseaux qui ombragent ses ondes de leurs blanches voiles, comme elle cède, noble et belle, devant l'écume de l'aube, et frémissante sous les rudes coups de l'hélice !

Il est facile, on le voit, de calculer le nombre considérable de personnes que le mal de mer plonge, pendant de longs voyages, dans un état d'angoisses et de souffrances parfois terribles.

Causes de la fréquence et de l'intensité du mal de mer. — Heureusement, tout le monde n'est pas courbé sous ce joug cruel, et le tribut de la mer n'est pas payé par tous. Mais les exceptions ne sont pas bien nombreuses dans toute l'étendue du mot; seulement il existe plusieurs degrés, plusieurs formes dans la fréquence et dans l'intensité des atteintes du mal. Si l'on veut approfondir les causes qui portent leur action sur ces deux faits, fréquence et intensité, on trouve beaucoup d'incertitude à côté de quelques probabilités qui tiennent à l'âge et au sexe, au tempérament et à l'habitude.

Age. — Une remarque que j'ai pu faire souvent, et que les personnes qui naviguent depuis longtemps m'ont confirmée, c'est que les enfants en bas âge ne sont pas généralement atteints du mal de mer; mais, s'il est vrai qu'il n'y a pas de règle sans exceptions, celle-ci du moins en offre rarement. Les personnes très âgées, peu nombreuses il est vrai, que j'ai eu l'occasion d'observer, m'ont présenté la même immunité, et ici encore, les deux extrêmes de la vie offrent cet accord qui se voit si souvent en médecine. Parmi les autres âges, les différences sont moins tranchées; cependant, à part d'autres circonstances que nous signalerons plus loin, l'âge mûr vient en seconde ligne pour la rareté et le peu d'intensité du mal, laissant à la jeunesse et à la virilité la fréquence et la gravité.

Sexe. — Il y a peu de femmes qui résistent au mal de mer, et c'est surtout chez elles que l'on observe ces perturbations nerveuses qui les jettent dans des états souvent alarmants. Cependant, un point important à signaler est celui-ci : on rencontre des femmes qui, placées dans des circonstances exceptionnelles, échappent presque seules au mal de mer, et d'autres, qui, au début d'un voyage, souffraient cruellement, et qui étaient en proie à des douleurs intolérables, passent rapidement de cet état à une tranquillité parfaite, et voient toutes leurs fonctions s'accomplir avec une régularité étonnante.

Tempérament. — En première ligne, nous placerons, et à une grande distance des autres, tant pour la fréquence que pour l'intensité, le tempérament nerveux, et surtout le tempérament mixte lymphatico-nerveux. Ce tempérament, type de tant de femmes, explique en partie leur triste prérogative. En seconde ligne vient le tempérament lymphatique pur et le tempérament mixte lymphatico-sanguin. Le tempérament sanguin pur affecte généralement une forme à part, et est de tous celui qui offre les plus nombreux exemples d'immunité.

Habitude. — La dernière cause qui manifeste son influence, tant sur la fréquence que sur l'intensité du mal de mer, c'est l'habitude. Tout dans la nature se ressent de cette influence, et l'homme, dans quelque condition qu'il soit placé, puise en elle une forme nouvelle, se modifie si profondément, en un mot, cette seconde nature remplace tellement la première, la vie en reçoit une telle impression, qu'elle est prolongée ou diminuée suivant que l'habitude qui le domine est bonne ou mauvaise.

L'homme voué dès son enfance à la vie nautique n'éprouve pas la plus légère atteinte des influences que la mer provoque : c'est son élément, son milieu, et il ne se doute pas même qu'il puisse exister une différence entre sa manière de vivre et celle des autres hommes. Si la vie maritime est entreprise plus tard, soit pendant l'adolescence, soit pendant la virilité, le même fait se renouvelle, mais non plus d'une manière aussi générale ni aussi complète. Ainsi, on voit des gens éprouver le mal de mer malgré de longues années de navigation, et je pourrais citer bien des personnes, de braves et hardis marins, sur qui l'habitude, contractée trop tard, n'a eu aucune prise. Remarquons toutefois que, si l'habitude, lorsqu'elle n'est prise qu'à un certain âge, n'a pas le pouvoir de détruire complétement l'influence de la mer, elle en diminue toujours les atteintes, et rend au moins supportables les douleurs qu'elle provoque. Malgré les lumières que les circonstances que nous venons d'examiner peuvent jeter sur les causes de la fréquence et de l'intensité du mal de mer, il y a encore beaucoup d'obscurité, des faits si bizarres, quelquefois si contradictoires, que nous sommes forcés d'avouer notre ignorance à ce sujet, et de rattacher ces circonstances soit aux causes générales qui provoquent ou entretiennent le mal de mer, soit à des conditions particulières qui échappent à notre examen.

Causes du mal de mer. — Les causes qui provoquent et entretiennent le mal de mer peuvent être rangées en deux catégories :

1° Les mouvements du navire; l'influence morale;

2° L'impression produite par les odeurs; la chaleur; l'imitation; un état saburral du tube digestif.

Les navires à voiles étant peu employés par les voyageurs, et comme, du reste, ils ressemblent, sous beaucoup de points, aux bâtiments à hélice, on pourra facilement, sauf quelques différences peu importantes, leur appliquer ce que nous disons de ces derniers.

Les bâtiments à vapeur sont rangés en deux classes, à aubes et à hélice; leurs formes bien différentes, les mouvements propres à chacun nous forcent à examiner à part leur influence sur la production du mal de mer.

Roulis et tangage. — On sait qu'un navire est susceptible de deux mouvements : un latéral, qui porte le nom de roulis, un antéro-postérieur qui est le tangage. Les bâtiments à aubes tanguent plus qu'ils ne roulent; le contraire a lieu pour les bâtiments à hélice. Ceci se comprend facilement : les roues et les tambours opposent une certaine résistance à l'eau et empêchent le mouvement de rotation d'être porté très loin, tandis que les bâtiments à hélice, qui sont arrondis sur leurs flancs, décrivent un arc de cercle beaucoup plus considérable. D'un autre côté, ces derniers étant généralement très longs, ils sont soulevés par plusieurs lames à la fois dans le sens antéro postérieur, ce qui rend le tangage presque nul, avantage qui n'est pas partagé par les bâtiments à aubes, leur longueur étant généralement beaucoup moindre.

Mouvements propres aux navires. — Les mouvements propres à chacun d'eux sont aussi d'une certaine importance. Par un temps calme, le bâtiment à aubes ne fait éprouver aucune secousse; mais quand il roule, le choc produit par la résistance des tambours est souvent très violent et aggrave notablement le mal de mer. L'hélice est quelquefois très douce et peu sentie; mais, le plus souvent, elle fait éprouver au navire un ébranlement continuel, qui à lui seul peut provoquer le mal de mer.

Le roulis, surtout lorsqu'il est porté très loin, est beaucoup

plus souvent une cause de mal de mer que le tangage; on aura donc plus à redouter cet inconvénient sur un bâtiment à hélice, surtout si son hélice fait éprouver en même temps cette vibration dont nous venons de parler. Heureusement, le roulis, sur ces navires, est beaucoup plus doux que sur un bâtiment à aubes, à cause du choc des tambours; et si, d'une part, on souffre plus facilement du mal de mer sur les premiers, l'intensité et la durée du mal, toutes les circonstances étant les mêmes, seront portées beaucoup moins loin que sur les autres, et l'habitude plus facilement acquise.

Roulis et tangage réunis. — C'est lorsque les deux mouvements, le roulis et le tangage, se combinent, que l'on observe les cas les plus graves et les plus douloureux.

Influence morale. — L'influence morale produit à elle seule, sur les personnes impressionnables, bien plus facilement le mal de mer que les autres causes réunies. La pensée d'éprouver un cruel malaise que l'on a déjà ressenti, ou que d'autres ont dépeint avec terreur, suffit pour provoquer le mal de mer. La vue d'un objet suspendu, qui éprouve un léger mouvement vibratoire, l'idée seule d'être sur mer, produisent le même effet. Un capitaine des M. I. me disait dernièrement qu'un matin, étant allé chez un de ses amis qui devait partir pour l'Afrique, cette personne fut prise à terre de vomissements, rien qu'à l'idée du voyage. Que de fois j'ai vu des personnes devenir malades, rien qu'en s'entretenant du mal de mer! Bien souvent aussi, la crainte d'un sinistre a guéri radicalement des personnes que rien ne pouvait calmer.

Odeurs. — L'odeur de l'huile et du suif employés dans la machine, celle des aliments ou des matières vomies, prédisposent puissamment au mal de mer et le provoquent quelquefois.

Chaleur. — La chaleur, l'air souvent fétide des cabines, produisent les mêmes effets, et entretiennent les vomissements, malgré la suppression des autres causes.

Imitation. — L'imitation, ici comme dans bien d'autres faits pathologiques, joue un grand rôle; la vue d'une personne malade donne souvent le coup de grâce et abat les plus courageux. Maintes fois j'ai vu tout le monde dînant tranquillement, malgré un léger roulis, et, au bout de quelques instants, tout le monde partir, parce qu'une personne plus impressionnable ou plus craintive avait donné le signal en quittant la table.

État saburral des voies digestives. — En dernier lieu, nous placerons un état saburral des voies digestives; mais lorsque cette cause agit seule, il est rare que le mal persiste après quelques vomissements de matières muqueuses et bilieuses.

(*La fin à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ZOOLOGIE. — *Note sur une nouvelle espèce de filaire trouvée sous la peau d'un guépard*, par M. *Valenciennes*. — Ce guépard, originaire du Kordofan, après avoir séjourné au Caire et à Alexandrie d'Égypte, est arrivé à la ménagerie le 19 avril 1856. Il périt dans la dernière quinzaine de juillet, et l'on trouva, sous la peau des quatre membres et sous le ventre, quinze ou vingt de ces longues filaires. Elles étaient contournées, ou repliées, ou pelotonnées dans le tissu cellulaire; l'une d'elles avait fait une perforation à la partie interne de la jambe gauche, un peu au-dessus de l'extrémité du tibia. La plupart de ces vers sont blancs, longs de $1^{m},50$ à $1^{m},70$; d'autres étaient un peu plus courts. Leur corps, déprimé, a $1^{mm},60$ de largeur. La tête, atténuée, est percée à son extrémité arrondie sans papilles: c'est la bouche. La queue, très grêle, est recourbée en petit crochet, sans aucun appendice ou ailes latérales. Le canal digestif, rempli d'une matière jaunâtre, paraît fin comme un long cheveu blond à travers les téguments. En les ouvrant, l'auteur a pu suivre un seul ovaire aussi long que le corps, aboutissant à un orifice vulviforme, à un demi-millimètre en arrière de la bouche, ayant dans le milieu du corps trois cinquièmes de millimètre, et atténué vers la queue en un fil très délié. L'ovaire est droit et ne s'enroule pas autour de l'intestin. L'auteur a remarqué quelques boursouflures, mais il croit qu'elles ont été occasionnées par la pression de ses doigts, quand il ouvrait la cavité abdominale.

D'un bout à l'autre, ce sac ovarien était rempli de petits helminthes microscopiques, dont les plus grands n'avaient pas un dixième de millimètre, et le plus grand nombre avait de 0,50 à 0,70 de millimètre. M. Valenciennes n'a vu d'œufs que dans la portion filiforme de l'ovaire; ces petits grains, presque ronds, n'avaient que 0,04 à 0,01 de millimètre. La filaire du guépard est donc vivipare.

Les filaires ont été observées rarement dans les mammifères et dans ces conditions qui rappellent assez exactement celles du ver de Médine. Ainsi, on ne paraît pouvoir citer avec quelque certitude de filaire sous-cutanée que l'observation de Rosa, faite en 1794, qui trouva des filaires sous la peau d'une fouine, dans la région dorsale, et une observation du musée de Vienne. Rudolphi trouva plusieurs fois des filaires dans les poumons des mammifères, et il vérifia que ceux d'une martre étaient vivipares.

Celle-ci, selon M. Valenciennes, diffère de celles que renferme le musée de Paris: elle a la tête plus effilée que celle du *Filaria medinensis*; son corps aplati la distingue des espèces tirées des poumons des mammifères. Elle se distingue de toutes par un seul ovaire. M. Valenciennes lui donne le nom de *Filaria æthiopica*.

CHIMIE MÉDICALE. — M. *Nicklès* (de Nancy), à propos d'une communication récente de MM. Calvert et Moffat, réclame la priorité de l'emploi du carbo-azotate de potasse en faveur de M. Braconnot, qui a établi les propriétés thérapeutiques de l'acide picrique, par des expériences qui remontent à plus de vingt-six ans.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: — *a.* Un rapport de M. le docteur *Le Cœur*, de Caen, sur une épidémie de variole compliquée de rougeole et d'angine, qui a régné en mai et en juin 1856 sur les jeunes soldats du 41e de ligne, en garnison dans cette ville. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département du Pas-de-Calais. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit: — *a.* Des observations sur la rage, par M. *Valentin*, de Vitry-le-François (M. Renault, *rapporteur*). — Deux mémoires de M. le professeur *Tigri*, de Vienne, l'un sur la pathologie générale du choléra-morbus, l'autre sur le sang et sur l'urine. (Renvoi à une commission déjà nommée, à laquelle M. *Lecanu* est invité à s'adjoindre.) — *c.* Une observation relative à un rétrécissement de l'urèthre, par M. le docteur *Pons*, de Bez. — *d.* Des lettres de candidature au titre de membres correspondants, par MM. les docteurs *Crozant*, *Chapel* et *Chassinat*. — *e.* Une lettre de M. le docteur *Heurteloup*, relative au concours du prix d'Argenteuil. — *f.* Une note intitulée: *Deux mots sur le traitement des cataractes sans opération*, par M. le docteur *Guépin*, de Nantes. (*Comm.*: M. Velpeau.) — *g.* Des renseignements complémentaires sur une épidémie de variole, par M. le docteur *Laforêt*. (*Commission des épidémies.*)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Poggiale*, dans laquelle l'auteur s'efforce de prouver que, contrairement aux assertions de M. Mialhe, il a rapporté exactement une expérience de MM. *Bernard* et *Lehmann* relative à l'injection de la glycose et du carbonate de soude dans la jugulaire. Il ajoute que les faits publiés par MM. Bouchardat, Lehmann, Bernard, de Becker et Reynoso, et les expériences qui lui sont propres condamnent nettement à ses yeux la théorie de M. Mialhe sur le diabète. (*Renvoi à la commission déjà nommée.*)

M. le *Président* fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur *Vabet* (du Mans), membre correspondant.

Physiologie expérimentale. — M. *Jobert* (de Lamballe) entretient l'Académie d'une série d'expériences qu'il vient de pratiquer tout récemment sur des animaux et dans lesquelles la ligature de l'œsophage lui a fourni des résultats bien différents de ceux qu'a obtenus M. Bouley.

Un de ces chiens, après quelques efforts de vomissements, a rejeté un liquide spumeux et filant qui était sans doute de la salive mêlée à du mucus; puis il a présenté de l'abattement; mais à partir du cinquième jour l'appétit et la gaieté sont revenus, et aujourd'hui, douze jours après l'opération, le chien n'offre plus aucun trouble fonctionnel.

Un second chien mourut au bout de quatre jours après avoir présenté les mêmes symptômes que le précédent, mais un abattement plus profond et plus opiniâtre. L'autopsie n'a rien offert de particulier qu'un commencement de cicatrisation entre les lèvres de la division œsophagienne.

Un autre chien a eu pendant six jours de la tristesse, du malaise, quelques efforts de vomissements, qui ont abouti à l'expulsion d'une grande quantité de liquide muco-salivaire. Le septième jour l'animal a pris de la nourriture. En ce moment il va bien.

Un dernier chien a succombé le quatrième jour, au milieu de phénomènes graves de suffocation. A l'autopsie on a trouvé le tissu de l'œsophage enflammé, ainsi que les lésions propres à une pneumonie lobulaire intense.

M. Jobert, en faisant ressortir la différence des résultats des expériences de M. Bouley et des siennes, cherche à l'expliquer par l'emploi de procédés différents peut-être. Il rappelle à ce propos combien le choix des instruments, la nature des matières à ligature, l'étendue et la direction des incisions, la manière de rechercher l'organe, de le saisir et de l'étreindre, peuvent exercer d'influence sur une opération, et sont capables de produire une issue favorable ou malheureuse. Or, comme le lui a fait remarquer M. Trousseau, le lien dont M. Bouley s'est servi dans ses expériences était beaucoup plus volumineux que le simple fil à ligature d'artère, que M. Jobert a employé. C'était un cordon de tablier, et cette circonstance n'est certainement pas indifférente, puisqu'elle a pour conséquence la production d'une ecchymose derrière la trachée et peut-être la compression de ce conduit.

M. *Velpeau* voudrait que la commission ne perdît pas de vue le côté essentiel de la question : c'est que la ligature de l'œsophage, quand même elle est suivie d'accidents, ne donne lieu à la mort que tardivement. Et comme ce qui importe surtout, c'est de distinguer ces accidents de ceux d'un empoisonnement, il est évident que les dangers éloignés de la ligature ne portent aucune atteinte aux résultats consignés par Orfila dans son ouvrage; car c'est dans l'espace de quelques heures que les animaux succombent après l'administration d'un poison.

M. *Chatin* a eu l'occasion de se convaincre de l'innocuité que présente la ligature de l'œsophage dans un tiers des cas. Il a conservé pendant longtemps deux chiens auxquels il avait pratiqué deux fois cette opération.

Lectures et Mémoires.

Chimie médicale. — M. *Chevallier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Carentou* et *Trousseau*, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Reveil* intitulé : « *Recherches sur l'opium.* » Le rapporteur approuve les modifications que M. Reveil a apportées au procédé d'essai des opiums proposé par M. Guillermond; il loue le soin avec lequel l'auteur a fait les analyses d'un grand nombre d'échantillons d'opium, ainsi que ses remarquables recherches, desquelles il résulte que la morphine et les autres alcaloïdes de l'opium sont tout à fait étrangers aux phénomènes que produit cette substance quand on la fume.

Pour tirer cette conclusion, M. Reveil se base sur ce qu'il n'a pas trouvé d'alcali organique dans les produits de la combustion, et sur l'amertume très prononcée des bases organiques. Or, aucun des auteurs ayant écrit sur les fumeurs d'opium, n'a signalé la sensation d'amertume comme ayant été ressentie par les fumeurs : tous s'accordent à dire, au contraire, que ces fumées sont douces et agréables. L'auteur pense que les phénomènes physiologiques et toxiques produits par les fumées de l'opium doivent être attribués en grande partie au principe vireux insaisissable, au cyanhydrate d'ammoniaque, et surtout à l'oxyde de carbone.

La commission propose : 1° de remercier M. Reveil pour son intéressant travail; 2° de renvoyer ce mémoire au comité de publication. (*Adopté.*)

Physiologie expérimentale et toxicologie. — M. *Orfila*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, donne lecture d'une *note sur la ligature de l'œsophage à propos d'une communication récente de* MM. Bouley et Reynal.

Première expérience. — Ligature simple de l'œsophage sur un chien de petite taille, pratiquée le 21 décembre. Tristesse et abattement : Mort dans la nuit du 29 au 30.

Deuxième expérience. — Même opération sur un chien maigre et très jeune, le 15 mai. Mort le 23 mai sans autre symptôme que de l'abattement.

Troisième expérience. — Même opération. L'animal est pendu au bout de quarante-trois heures. A l'autopsie, on ne découvre pas d'autres lésions que celles de la mort par asphyxie.

Quatrième expérience. — Ligature de l'œsophage, qui est levée quarante heures après. Le lendemain le chien a repris son appétit et sa gaieté. Quatre jours après l'animal est trouvé mort à côté des restes d'un lapin qui avait été empoisonné, la veille, par la strychnine.

Cinquième expérience. — Ligature de l'œsophage et administration de 9 grammes d'acétate de morphine en deux fois à un jour d'intervalle. Mort du chien quatre-vingt-seize heures après la première opération.

M. Orfila fait ressortir la conformité des résultats de ces expériences, qui datent d'une époque antérieure au travail de MM. Bouley et Reynal, avec les faits avancés par l'auteur du *Traité de toxicologie.* Les chiens auxquels Orfila liait l'œsophage, ceux qui font l'objet des cinq observations précédentes, retournent à leurs habitudes de santé, vivent encore plusieurs jours, guérissent même complétement si la ligature est levée après vingt-quatre ou trente-six heures, tandis que les animaux opérés par MM. Bouley et Reynal éprouvent des symptômes graves et meurent au bout de quelques heures.

A quoi tient une si grande différence? Le mémoire de MM. Bouley et Reynal ne permet pas de découvrir, dit M. Orfila, la cause de cette contradiction.

Des expériences comparatives et les nouvelles études que l'Académie a ordonnées nous donneront la clef de l'énigme, et consolideront, sans doute, les bases de la toxicologie, qui ont résisté déjà à de si rudes épreuves.

Chimie appliquée. — M. *Poggiale* lit un travail intitulé : *Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments (premier mémoire)*. L'auteur étudie successivement :

1° Le *blé*, dont la composition peut être représentée, en moyenne, par les nombres suivants : amidon et dextrine, 63,03; matières azotées, 14,40; matières grasses, 1,90; matières fixes, 1,70; ligneux, 4,20; eau, 14,50. Total, 100.

2° Le *riz*, qui ne contient que 7,800 de matières azotées et 0,235 de matières grasses; d'où il résulte que le riz employé seul

n'est pas un aliment substantiel, et qu'il doit toujours être associé aux aliments azotés.

3° L'*orge*, qui est beaucoup moins nutritive que le froment, ainsi que l'ont établi des expériences faites sur les animaux.

4° et 5° L'*avoine* et le *seigle*, assez pauvres en matières azotées et en matières grasses.

6° Le *maïs*, qui renferme 9,905 de matières azotées et 6,680 de matières grasses. C'est un aliment agréable, substantiel, et d'une digestion facile.

L'auteur termine cette première partie de son travail par l'analyse des haricots blancs ordinaires, des pois secs, des fèves, des lentilles, des pois chiches et des lupins. (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

M. *Colin*, chef des travaux anatomiques à l'école d'Alfort, lit un travail intitulé : *Des effets de la ligature de l'œsophage sur les animaux de l'espèce canine.* L'auteur expose dans ce mémoire les résultats des recherches auxquelles il s'est livré depuis quinze jours, dans le but de résoudre les deux questions suivantes :

1° L'œsophage peut-il demeurer lié assez longtemps pour permettre à l'observateur d'étudier l'action d'un agent introduit dans l'estomac? Et les effets de la ligature peuvent-ils empêcher de reconnaître ceux de la substance ingérée?

2° Quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination?

M. Colin décrit le procédé qu'il a suivi, et indique les précautions qu'il est nécessaire de prendre dans la ligature de l'œsophage.

Il a opéré sur dix chiens, et sur trois seulement il a remarqué, au bout de dix minutes, des efforts de déglutition alternant avec des efforts de régurgitation, puis la réjection d'une salive gluante et écumeuse accumulée dans le pharynx. L'auteur attribue ces accidents à une trop forte traction exercée sur l'œsophage, à l'application du lien un peu trop près du thorax, et enfin au tiraillement des cordons nerveux. Ce sont là, suivant M. Colin, des phénomènes passagers qu'il est facile d'éviter, et qui ne sauraient être pris en sérieuse considération dans les expériences de toxicologie. Plus tard il ne survient non plus dans l'état de l'animal, ni dans ses fonctions, aucun trouble qui puisse masquer aux yeux de l'observateur les effets d'un agent vénéneux ou d'un contre-poison.

Si l'on vient à ôter la ligature après douze, vingt-quatre, trente, quarante heures, en ayant soin de ne pas tirailler l'œsophage gonflé et induré au voisinage du lien, et même coupé, soit en totalité, soit dans une partie de sa circonférence, l'animal peut immédiatement boire du lait, manger de la bouillie, même de la viande en petits morceaux.

Dans les jours qui suivent l'enlèvement du lien, la tuméfaction des bords de la plaie diminue; celle-ci se resserre et bientôt se cicatrise, si toutefois les aliments ne s'y frayent pas une voie, dans le cas où le conduit œsophagien a été coupé.

Lorsqu'on tue l'animal ou lorsqu'il meurt, un, deux ou trois jours après l'opération, on ne trouve pas de lésions ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, si ce n'est une légère injection partielle de la muqueuse du rectum due sans doute à la constipation.

Les expériences de M. Colin confirment donc pleinement les expériences propres d'Orfila, celles qui ont été citées par MM. Bégin, Jobert et Robert, et enfin celles que l'on doit à M. Sédillot. Elles démontrent que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec les précautions convenables, n'apporte pas de perturbation grave dans l'état de l'animal, ni de troubles sensibles dans les fonctions digestives, et ne fait point naître de lésions gastro-intestinales.

Pour résoudre la seconde question, M. Colin n'a pu pratiquer que quatre expériences. En faisant abstraction d'un cas dans lequel la mort résultait de la ligature d'un nerf récurrent et du pincement d'un pneumogastrique, il s'est assuré qu'il est possible d'étudier l'action des substances toxiques ou des contre-poisons, même sur les animaux dont on n'enlève pas la ligature de l'œsophage. Si ces animaux peuvent mourir des suites de l'opération faite de cette manière, c'est au bout d'une période tellement longue qu'elle laisse à l'observateur tout le temps nécessaire pour suivre, dans toutes ses phases, l'action d'une substance donnée.

Du reste, il n'y a aucune utilité à procéder de cette manière, et M. Colin, s'appuyant sur l'absorption rapide d'une substance soluble ingérée dans l'estomac, pense que les toxicologistes seraient bien inspirés s'ils enlevaient le lien constricteur au bout de dix à douze heures.

M. Colin croit pouvoir conclure de ses recherches « que la ligature de l'œsophage, faite comme elle doit l'être, ne peut fausser les données fournies par les expériences physiologiques et toxicologiques, attendu qu'il n'y a point parité, sous aucun rapport, entre les effets de cette ligature et ceux qui dérivent de l'ingestion dans les voies digestives d'une substance irritante ou toxique. Les notions acquises à la science, avec le secours de cette opération, conservent toute leur signification et leur valeur.

Suivant l'auteur, les accidents graves et la mort qui résultent de cette opération doivent tenir à l'une ou à plusieurs des causes suivantes : 1° la ligature de l'un ou des deux nerfs vagues et celle des récurrents; 2° le tiraillement, la dilacération, le pincement de ces nerfs; 3° la blessure de vaisseaux qui peuvent verser assez de sang pour comprimer les nerfs laissés intacts; 4° la trop grande étendue donnée à la plaie, dans laquelle les nerfs mis à découvert peuvent vivement s'irriter; 5° la traction trop considérable exercée sur l'œsophage, laquelle peut entraîner un emphysème à l'entrée de la poitrine, à la base du cœur et dans les médiastins. (*Renvoi à la commission nommée.*)

PRÉSENTATION. — M. *Maisonneuve* présente à l'Académie le malade auquel il a pratiqué, il y a quelques mois, l'ablation totale du maxillaire inférieur. Ce jeune homme porte maintenant une mâchoire artificielle qui lui permet de suppléer convenablement à celle qui lui a été enlevée.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 24 MARS 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Etudes sur la rate.

Dans le courant de l'été 1855, M. Gerlach, professeur à Erlangen, pratiqua l'extirpation de la rate sur un assez grand nombre de chiens, de chats, de cochons d'Inde, de lapins, de souris blanches et de grenouilles. De tous ces animaux, ce sont les grenouilles qui supportent le mieux cette opération, il est très rare d'en voir périr une; les jeunes chats et les jeunes chiens résistent également assez bien. Un jeune renard mâle survécut près d'une année à cette mutilation, et périt d'une maladie qui ne se rattachait nullement à l'opération qu'il avait subie. Il s'était parfaitement bien développé, les désirs vénériens, notamment, n'avaient rien perdu de leur énergie; il cherchait fréquemment à s'accoupler avec une chienne qu'on avait enfermée avec lui, quoiqu'en général les rapports sexuels entre les renards et les chiens soient assez rares. Quelques physiologistes, au contraire, ont observé une diminution de l'appétit vénérien chez les animaux qui avaient subi cette opération. A l'autopsie, M. Gerlach trouva, au grand cul-de-sac de l'estomac, la cicatrice radiée qu'on y trouve toujours après l'extirpation de la rate, et qui est produite par la ligature du ligament gastro-splénique. Les ganglions du mésentère n'étaient pas hypertrophiés et ne présentaient rien d'anormal.

Les lapins, les cochons d'Inde et les souris blanches succombèrent tous du deuxième au sixième jour après l'opération. A l'autopsie, M. Gerlach put toujours constater les modifications des ganglions du mésentère que Mayer avait déjà signalées. Dans les cas où la mort était survenue deux à trois jours après l'extirpation de la rate, ces organes étaient le siége d'un engorgement considérable, et se trouvaient dans un état non douteux d'hypérémie; lorsque les animaux avaient péri quatre à six jours après l'opération, non-seulement les ganglions du mésentère étaient encore tuméfiés, mais on y trouvait en outre des dépôts de pigment, principalement chez les lapins blancs et les souris blanches. De quelle

manière ces dépôts de pigment s'y étaient-ils formés si rapidement? M. Gerlach pense que, par suite de l'hypérémie considérable de ces ganglions qui est une conséquence immédiate de l'extirpation de la rate, le liquide sanguin s'extravase dans le tissu mou de ces organes, et que les globules sanguins y sont métamorphosés en pigment.

Les modifications des ganglions du mésentère dont nous venons de parler, s'observent constamment à la suite de l'extirpation de la rate. M. Gerlach crut pouvoir en conclure qu'il y avait des rapports physiologiques entre la rate et ces ganglions, et, prenant en considération les rapports anatomiques qui existent entre l'estomac et la rate, il pensa que cette dernière pourrait bien remplir à l'égard du premier des fonctions analogues à celles que les glandes mésentériques remplissent à l'égard du tube intestinal. Cette supposition devient encore plus séduisante lorsqu'on considère que ce sont notamment les liquides introduits dans l'estomac qui en disparaissent avec une rapidité si étonnante, et que la rate se gonfle pendant la digestion. On pouvait donc admettre avec assez de raison qu'au moyen du grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques qui font communiquer ces deux organes, les liquides passaient en grande partie directement de l'estomac dans la rate, et de là dans le torrent de la circulation. Des expériences ultérieures cependant ont prouvé que cette supposition n'était rien moins que fondée. M. Gerlach injecta dans l'estomac de lapins qu'il avait soumis pendant quelque temps à une abstinence complète, des quantités considérables (100 grammes environ) d'une solution de cyanure de potassium; cinq minutes après, les animaux furent tués et ouverts immédiatement. La partie inférieure du côlon et le foie furent coupés en morceaux, bouillis avec de l'eau et filtrés. Au moyen du sulfate de fer, la présence du cyanure de potassium put être constatée dans cette décoction, tandis que la rate, traitée de la même manière, n'en montrait aucune trace. Il résulte de ces expériences que les liquides introduits dans l'estomac arrivent bien plus rapidement dans le sang en passant par les radicules de la veine porte qu'en passant par la rate, et que cette dernière n'a pas, vis-à-vis de l'estomac, la signification d'une glande mésentérique.

Sous un autre point de vue encore, les expériences de M. Gerlach ont donné un résultat intéressant. Ce physiologiste a observé que, chez les grenouilles, il s'établit d'une manière constante, après l'extirpation de la rate, un travail de régénération de cet organe. En effet, ayant examiné un grand nombre de ces animaux six à huit semaines après l'opération, il trouva constamment une rate de formation nouvelle; mais, au lieu d'occuper la place de l'organe extirpé, elle se trouvait placée à la petite courbure de l'estomac. Là, il existait un corps rond, de nouvelle formation, qui avait la couleur et presque aussi le volume de la rate normale des batraciens Au microscope, M. Gerlach y trouva en très grande quantité les cellules à corpuscules sanguins, qui sont l'élément caractéristique de la rate.

Quoique ces expériences ne donnent pas de renseignements positifs sur les fonctions de la rate, on peut cependant en tirer les conclusions suivantes :

1° Bientôt après l'extirpation de la rate, les ganglions du mésentère deviennent le siége d'une tuméfaction et d'une hypérémie considérables;

2° Peu de temps après, il s'y forme des dépôts considérables de pigment;

3° Ce n'est que longtemps après l'extirpation de la rate que les ganglions du mésentère reviennent à leur état normal;

4° La rate ne contribue pas à la résorption directe des liquides introduits dans l'estomac;

5° Chez les grenouilles, la rate se reproduit.

Dr A. Martin.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la simulation des maladies mentales, par le docteur Snell, directeur de l'asile d'Eichberg (duché de Nassau).

Parmi les problèmes que soulève la médecine légale des aliénés, celui de la simulation n'est pas un des moins importants; et, malgré les travaux auxquels il a donné lieu, les règles établies ne permettent pas toujours de découvrir la fraude. On ne pourra, du reste, arriver à des données suffisamment complètes et certaines qu'après avoir, par l'analyse et le rapprochement d'une masse imposante de faits particuliers, épuisé en quelque sorte la liste des stratagèmes mis en usage. Marc, un de ceux qui se sont occupés de ce sujet avec le plus de soin, est lui-même resté fort en deçà du but. Il le sentait si bien que, dans son *Traité de la folie au point de vue légal*, il annonçait, sur la simulation des maladies mentales, le plan d'un grand ouvrage dont la mort malheureusement a prévenu l'exécution.

M. Snell, évidemment, n'a point prétendu combler cette lacune. Dans son mémoire, basé sur trois observations personnelles, il s'est borné à déduire de ses impressions quelques aperçus pouvant servir de guide à l'appréciation dans la solution des difficultés.

Il est d'abord à remarquer que ces prétendus insensés avaient tous adopté la forme stupide. Ce cas est assez commun, car la nullité ou la bêtise sont plus faciles à imiter que des types de divagation dont on a d'ailleurs moins souvent les exemples sous les yeux.

Mais le propre de la plupart des simulateurs est l'exagération. Pour ne point tomber sur cet écueil, il faut habileté et expérience. Les inculpés soumis au jugement de M. Snell n'ont point eu ce tact. Tous les trois systématiquement faisaient des réponses inexactes, méconnaissaient les personnes qui les entouraient, se trompaient sur les choses les plus simples, commettaient en additions de chiffres les plus grossières erreurs, particularités qui ne se rencontrent jamais à ce degré d'uniformité et de précision chez les vrais aliénés.

Cette physionomie générale indique déjà pour l'expert une première nécessité : connaître à fond les diverses variétés de la folie afin de pouvoir par la confrontation découvrir les faux symptômes et confondre l'artifice.

Moyennant cette condition, le succès est à peu près certain quand le simulant ignore les maladies mentales, étant par cela même porté à croire que toutes les manifestations intellectuelles doivent être tout à fait l'inverse de ce qu'elles sont dans l'état de santé. C'est juste la contre-partie logique de cette autre tendance vulgaire qui rejette l'aliénation toutes les fois qu'elle ne s'accompagne point d'une extravagance notoire.

L'obstination dans le silence est embarrassante pour le médecin. Rarement, il est vrai, le simulant persiste longtemps dans un rôle désagréable et souvent sans issue. Dans plusieurs cas, M. Snell a obtenu plus ou moins tardivement des aveux. Une seule fois la résistance a été telle qu'il est resté en doute sur la véritable situation mentale. On voit, en effet, des natures énergiques qui semblent soutenir un défi. M. Ferrus a mentionné le cas d'un nommé Gérard, contrefaisant le dément stupide, et qui, pendant quatorze mois, a tenu la science en échec avec autant de fermeté que d'adresse.

Dans beaucoup de folies, l'apparition éclatante des symptômes est précédée d'une transformation de la sensibilité affective que la ruse ne songe pas à feindre. Cette circonstance peut devenir un élément de lumière lorsque, comme dans une prison, on assiste à l'invasion des phénomènes. M. Snell a été mis ainsi sur la voie d'une simulation.

Il serait également possible, à la même période, de tirer de l'état du sommeil une indication précieuse, ses lois, impérieuses pour l'homme sain, cessant d'assujettir l'aliéné, chez lequel, au début, l'insomnie est si ordinaire.

Aucune particularité n'est oiseuse. On doit, interrogeant le physique comme le moral, comparer soigneusement l'individu suspect

avec lui-même, tenir compte des changements survenus dans ses fonctions corporelles, de ses maladies antérieures, de ses tendances habituelles, de son caractère plus ou moins dissimulé, de son degré d'instruction, de ses écrits, etc., etc.

De cet ensemble de renseignements habilement commentés et convenablement rapprochés, il est rare qu'il ne jaillisse pas de preuves suffisantes pour édifier l'expert. Un moyen dont ne parle pas M. Snell et qui ne manque guère son effet est, par des questions captieuses, de faire tomber ceux qu'on examine dans de grossières erreurs. Une petite fille de sept ans simulait l'épilepsie; Sauvages lui demande si, au moment des crises, elle ne sentait pas un vent passant de la main à l'épaule et de l'épaule à la cuisse : « Oui, » répond-elle effrontément. « Qu'on fouette cette misérable », s'écrie le médecin. A l'instant, elle confesse son artifice.

Ce cas fournit aussi un exemple du succès de l'intimidation. On a souvent recours à ce système pour réduire des volontés trop opiniâtres. Mais quels procédés adopter? Jusqu'où est-il permis de pousser les épreuves, et de la menace d'une application douloureuse ou dangereuse, de passer à l'exécution? Indépendamment des cautères, des moxas, des ustions directes, des piqûres, etc., quelques médecins ont employé l'opium à hautes doses, d'autres le chloroforme. L'humanité autorise-t-elle, sans le consentement des intéressés, des expérimentations qui peuvent compromettre la vie?

Entre les droits sacrés des individus et ceux de la société, il y a, sans contredit, des limites à fixer. Mais ce n'est pas le lieu d'aborder un problème qui mérite assurément d'être approfondi. Contentons-nous de dire ici que la commination fictive ou réelle, proposée surtout comme méthode extrême de curation, si elle échoue quelquefois, intervient souvent d'une manière efficace. « Parbleu ! » s'exclame un chirurgien chargé de dévoiler un de ces simulateurs, « voilà une belle occasion de renouveler une opération qui a guéri un cas aussi grave. Qu'on m'apporte les instruments nécessaires; nous allons châtrer cet homme. » La guérison n'attendit pas la fin des préparatifs. Les auteurs contiennent plusieurs faits analogues. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, avril 1856.)

Prolapsus du placenta (sortie du placenta avant le fœtus), par M. E. de Siebold.

Quelques accoucheurs allemands ont donné le nom de *prolapsus du placenta* et ont consacré un chapitre spécial à la sortie du placenta avant le fœtus, soit que cet organe ait été inséré sur le col, ou qu'il se soit détaché du fond de l'utérus. C'est de cette dernière origine, fort suspecte, comme on en va juger, qu'on fait provenir le placenta dans le cas présent.

Obs. — Dorette L..., âgée de vingt-huit ans, primipare, détenue à la maison de correction de Berlin, enceinte de six mois, éprouva, dans l'après-midi du 6 juillet 1855, de violentes coliques et des douleurs de reins. Elle en attribua la cause aux violents mouvements qu'elle avait faits le matin pour atteindre une fenêtre grillée située à une assez grande hauteur dans sa prison, afin de pouvoir faire ses adieux à son amant, détenu comme elle, et qu'on transférait dans un autre lieu. Ces douleurs durèrent jusqu'au 8 juillet, où dans la soirée il se déclara une légère hémorrhagie, qui cependant, au bout de trois quarts d'heure, devint plus sérieuse. On appela une sage-femme, qui, se contentant de faire appliquer quelques compresses d'eau vinaigrée sur les parties, fit demander le docteur Aug. Varenhorst.

A son arrivée, à sept heures, il trouva la malade en proie à de violentes douleurs; cependant l'hémorrhagie s'était arrêtée. En touchant, il constata une dilatation du col de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Dans cette ouverture était engagé un corps qu'il diagnostiqua immédiatement pour être le placenta. En continuant à introduire le doigt, il parvint, mais assez difficilement, sur les membranes, et toucha une partie de fœtus qu'il reconnut pour les pieds. L'hémorrhagie se trouvant arrêtée et l'état de la malade aussi satisfaisant que possible, le docteur Varenhorst se décida à attendre. Il quitta la malade afin de chercher un appareil pour le tamponnement.

A peine trois quarts d'heure s'étaient-ils écoulés, que le placenta parut à la vulve, la franchit, et fut suivi aussitôt des talons de l'enfant. Le dégagement du fœtus se fit rapidement. L'enfant, du sexe féminin, ne donna aucun signe de vie, mais à sa coloration on put juger que la mort était récente. La femme D... l'avait encore parfaitement senti remuer le 6 au matin. Il pesait, avec le placenta, 2 livres 1/2; pesé seul, 1 livre 1/2; le placenta, 16 onces. La longueur du fœtus était de 12 pouces, la circonférence de la tête de 8 pouces. Les suites de couches furent normales.

L'auteur pense que le placenta n'était point inséré sur le col, mais qu'il y a glissé le long des parois de l'utérus après avoir été détaché du fond de l'organe par les mouvements brusques qu'avait faits cette femme pour s'élever du sol. On sait que l'insertion du placenta sur le col a été longtemps méconnue. On supposait que l'organe détaché en totalité du fond de l'utérus tombait sur le col, et que les adhérences qu'on rencontrait étaient produites par du sang coagulé. Depuis Levret, cette ancienne erreur a été universellement abandonnée. Il serait difficile d'établir par des faits réellement probants qu'on soit allé trop loin, et celui qui précède ne semble pas de nature à modifier les idées qui ont cours, et faire admettre que dans la sortie du placenta avant le fœtus l'organe peut exceptionnellement venir du fond de l'utérus ou d'un autre point, lorsque, comme dans le cas présent, la perte est déterminée par une cause accidentelle, une violente secousse, par exemple.

Si l'observation qui précède ne montre pas un exemple bien concluant de la chute du placenta sur l'orifice utérin, elle montre au moins une particularité bien digne d'attention : c'est le peu de gravité de la perte sanguine, bien que le décollement total du placenta ait existé pendant un temps probablement assez long avant l'expulsion du fœtus, et qu'aucun traitement sérieux ne soit intervenu. Ce fait vient ainsi grossir la liste déjà fort considérable des faits sur lesquels M. Simpson s'est fondé pour proposer le décollement complet et l'arrachement du placenta dans les cas où son insertion vicieuse sur le col a produit une perte sérieusement compromettante pour la vie de la mère. Chose bien digne de remarque et qui vient encore à l'appui de la proposition de l'accoucheur écossais, c'est que l'expulsion du placenta avant le fœtus est loin d'avoir toujours été fatale à ce dernier. On rencontre çà et là, dans les recueils d'observation, des cas où le placenta se présentant le premier sans hémorrhagie, ou au moins sans hémorrhagie compromettante, était suivi plus ou moins immédiatement de l'expulsion d'un fœtus vivant; on a même vu la version pratiquée tout de suite après la sortie du placenta, amener un fœtus vivant. Mais, au lieu de faits isolés, rappelons en masse et groupés ceux rassemblés par M. Simpson, qui sont au nombre de cent quarante et un, qu'il a divisés en quatre catégories. Dans les quarante-sept faits de la première catégorie, l'hémorrhagie cessa ou diminua beaucoup immédiatement après l'expulsion du délivre; il s'était écoulé dix heures au plus et dix minutes au moins entre l'expulsion du délivre et la naissance de l'enfant. Il y eut quarante et un mort-nés; les renseignements manquent sur les autres enfants. Toutes les femmes, trois exceptées, se rétablirent. Dans les vingt-quatre faits de la seconde, il s'est écoulé un peu moins de dix minutes entre l'expulsion du placenta et celle du fœtus : neuf enfants mort-nés, deux putréfiés, onze vivants, deux fois absence de renseignements; toutes les mères se rétablirent, excepté trois. Dans les vingt-neuf cas de la troisième, l'expulsion de l'enfant suivit immédiatement celle du délivre : quatorze mort-nés, onze enfants vivants; absence de renseignements pour les autres. Toutes les mères, excepté une, se rétablirent. Enfin, dans dix cas où le temps qui a séparé la sortie du placenta de la naissance de l'enfant n'a pas été noté, trois mères sont mortes et neuf enfants ont survécu. (*Monatsschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr.*)

Sur le traitement chirurgical des polypes de la matrice, par le docteur J. Spaeth.

Les méthodes opératoires usitées généralement dans l'extirpation des polypes de la matrice sont la ligature, l'excision et la torsion. A laquelle des trois faut-il donner la préférence? A l'une ou à l'autre, disent les auteurs, suivant les circonstances. Mais si l'on consulte la pratique des chirurgiens qui ont publié leurs résultats,

on est fort étonné de trouver des contradictions inexplicables au premier abord. On voit, par exemple, que la ligature, qui n'a donné que des guérisons à tel opérateur, n'a guère procuré que des insuccès à tel autre. A quoi cela tient-il? Évidemment à ce qu'ils n'ont point opéré dans les mêmes conditions. De l'examen de ces conditions, M. Spaeth tire cette conclusion, que le danger ou l'innocuité des méthodes opératoires ne réside point dans ces méthodes elles-mêmes, mais bien dans les circonstances où elles sont employées.

M. Spaeth pose en principe que *les polypes de l'utérus ne doivent être opérés qu'à l'époque où ils ont franchi le col de la matrice*, à moins qu'il n'y ait péril en la demeure. En attendant ce moment favorable, le chirurgien devra se contenter d'appliquer une médication palliative. L'heure de l'opération étant venue, il est assez indifférent de recourir à l'excision ou à la ligature. La première se recommande par la promptitude des résultats ; les hémorrhagies qu'elle peut déterminer sont aussi rares que l'infection purulente succédant à la ligature. Le volume du pédicule, son insertion élevée ne peuvent décider le choix entre ces deux méthodes, qu'ils rendent également dangereuses. Souvent l'étroitesse des organes génitaux, la difficulté de porter des ciseaux sur le pédicule, ou même l'effroi qu'inspire à la malade la vue de l'instrument tranchant, mettront le chirurgien dans la nécessité de pratiquer la ligature.

Mais il est des cas où la violence des accidents est telle qu'il est impossible d'attendre que le polype ait franchi le col utérin, et que la seule chance de salut pour la malade est dans une opération immédiate. Dans ces cas, l'auteur conseille la torsion, si le pédicule est étroit, la ligature, si ce pédicule a un certain volume; l'excision offrirait beaucoup plus de dangers que la ligature. (*Oesterreich. Zeitschr. f. pract. Heilkunde*, 6 juin 1856.)

Sur l'emploi thérapeutique de l'acide carbo-azotique, et sur sa propriété de colorer les parties cutanées, par M. CALVERT.

L'acide carbo-azotique, appelé aussi acide nitropicrique, résulte de l'action de l'acide nitrique sur l'indigo, l'aloès et diverses autres substances. Il est connu vulgairement sous le nom d'*amer d'indigo* ou *de Welter*, chimiste qui découvrit ce corps en 1809. Aujourd'hui il est préparé en grand et se trouve dans le commerce : c'est un des produits secondaires de la distillation de la houille dans la fabrication du gaz d'éclairage. Cet acide est cristallisable en prismes, soluble dans l'eau bouillante, l'alcool, l'éther et les acides minéraux. Il a cette propriété remarquable de former avec la potasse un sel peu soluble, et constitue un des meilleurs réactifs qui permettent de distinguer cet alcali de la soude.

L'acide carbo-azotique pur n'a pu être administré à des malades; car il donne lieu à des crampes d'estomac. Les carbo-azotates de fer, d'ammoniaque, expérimentés dans divers cas de céphalalgie, de fièvre intermittente, d'hypochondrie, ont donné, dit l'auteur, de très bons résultats. Associé à de l'acide gallique et à de l'opium, le carbonate d'ammoniaque aurait guéri plusieurs diarrhées rebelles.

Quoi qu'il en soit de ces propriétés curatives des carbo-azotates, qui nous semblent loin d'être établies rigoureusement, un phénomène des plus intéressants et qui se manifeste d'une manière constante chez les personnes auxquelles on administre les carbo-azotates, c'est une coloration jaunâtre du tégument cutané et des muqueuses. Cette coloration apparaît au bout d'un temps qui varie entre trois et seize jours, suivant les individus, après une ingestion totale d'un gramme de sel, en moyenne; elle disparaît deux ou trois jours après que le produit a cessé d'être administré. Les malades deviennent jaunes comme s'ils étaient atteints d'un ictère intense; de même que dans cette affection, les muqueuses, et la conjonctive en particulier, partagent la coloration de la peau. L'auteur s'est assuré, par un procédé très délicat, que l'urine est la voie par laquelle l'acide carbo-azotique est éliminé de l'organisme.

Il serait intéressant d'étudier avec soin les propriétés physiologiques de ces préparations, qui pourraient peut-être figurer utilement dans la thérapeutique. (*Journal de pharmacie et de chimie*, juillet 1856.)

Sur la transformation des acéphalocystes en tænias, par le docteur KÜCHENMEISTER.

Nous reproduisons, d'après le n° 20 du *Wiener medizinische Zeitung*, une partie d'une note communiquée par le savant médecin de Zittau, et servant de complément aux publications antérieures de ce praticien sur la parenté qui unit les cysticerques aux tænias. (Voyez *Gazette hebd.*, t. II, p. 204.)

« 1° La transformation du *cysticerque celluleux* en *tænia solium* a été démontrée par une expérience faite, dans le courant de l'année dernière, sur un meurtrier condamné à mort.

» Quant aux cysticerques *tenuicollis* du cou, on trouva, huit à douze jours après leur ingestion, le jour de l'autopsie, trois segments de *tænia solium* avec des crochets, dont le plus long, sur les pièces qui viennent de m'être envoyées de. . . . . ., a environ un demi-pouce de long. Du pigment en granulations épaisses se montra très distinctement à la tête d'un des tænias ; un autre présentait sur la tête jusque vers le cou, du pigment brun, noir et jaune, tel qu'on le trouve chez le tænia développé. Les poches n'étaient pas encore visibles; mais elles manquent souvent également sur les jeunes *tænia solium*, chez lesquels le pigment n'est pas encore développé. »

Le mérite d'avoir le premier avalé des cysticerques de cochon, en vue de produire des *tænia solium*, appartient à Leuckart (de Giessen), qui en effet en obtint des tænias.

Sous ce rapport, cependant, le docteur Möller (d'Altona) avait pris les devants : il avait ingéré plusieurs cysticerques *tenuicollis* (du mésentère du cochon ou des ruminants). Mais aucun tænia ne s'est formé dans l'intestin humain, tandis que j'en ai tiré facilement de l'intestin du chien, et qu'en donnant à manger des œufs de semblables tænias à des agneaux, j'avais vu se produire des milliers de cysticerques dans le mésentère et dans le foie de ces animaux.

De l'action de l'huile de chènevis sur la sécrétion mammaire, par M. CONTENOT.

Il ne s'agit ici que d'une application topique. M. Contenot a mis hors de doute, par des observations très nombreuses, que cette substance, employée en embrocations sur les mamelles, jouit de la propriété de diminuer toujours, quelquefois d'arrêter la sécrétion du lait.

Le mode d'emploi exige quelques précautions : il faut que l'huile soit récente, obtenue par expression ; on la fait chauffer, et on en oint abondamment le sein toutes les deux ou trois heures, en le recouvrant ensuite de ouate.

La galactorrhée, ou sécrétion laiteuse exagérée, peut avoir lieu avec écoulement de lait au dehors, ou avec rétention de ce liquide. C'est dans ce second cas que l'action de l'huile de chènevis est plus marquée. Elle amène, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, une diminution de moitié dans la sécrétion lactée.

Si l'inflammation de la glande est déjà franchement développée, l'huile de chanvre ne l'arrête pas; cependant il convient encore d'y avoir recours, car elle agira favorablement sur la partie saine de la glande. En s'opposant à ce que cette dernière fonctionne à un degré exagéré, elle préviendra l'inflammation que cet excès de travail aurait pu y produire.

Ce médicament, selon M. Contenot, est tellement actif, qu'il faut se garder de l'employer sans lui associer quelques laxatifs. Deux faits de métastase laiteuse grave, consécutive à son administration (et portant l'une sur l'axe cérébro-spinal, l'autre sur l'un des membres inférieurs), qui ne furent amendées que par le rétablissement de la fonction supprimée, montrent avec quelle prudence il faut manier un agent qui paraissait aussi inoffensif. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 17e liv., p. 517.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude pratique, rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au XVIII^e^ siècle; appréciation des travaux et éloge de Lepecq de la Cloture, par le docteur Max Simon. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de Rouen. — Paris, 1 vol. in-8, chez J.-B. Baillière.

Des fièvres sudatoires (*febres helodes*), **suette, suette miliaire, fièvre miliaire, fièvre miliaire sporadique et épidémique, certaines formes de fièvre puerpérale, fièvre pernicieuse diaphorétique des auteurs**, par le docteur Marc Borchard. — Broch. in-4; Paris, 1856.

Quelques considérations sur la suette miliaire épidémique, thèse présentée à la Faculté de médecine de Montpellier le 7 décembre 1855, par M. Boissat-Mazerat.

Si, par impossible, il existe des médecins qui pensent que les études historiques et les appréciations critiques des écrivains qui nous ont précédés sont des choses de luxe et bonnes seulement à amuser les courts loisirs du praticien, nous nous empressons de leur signaler l'ouvrage de M. Max Simon comme la démonstration la plus évidente de leur erreur, et comme la preuve la plus positive que de pareils travaux sont, au contraire, éminemment utiles à la pratique intelligente et rationnelle de notre art. Est-il, en effet, un autre moyen d'ajouter à notre propre expérience l'expérience des autres? Peut-on raisonnablement croire que la comparaison de nos idées actuelles en pathologie et en thérapeutique avec les notions acquises par nos devanciers soit inutile à la solution des grands problèmes qui se posent continuellement sous nos yeux? Bien vain et bien inintelligent serait celui que de semblables croyances domineraient! La clinique elle-même, cette science dont les générations modernes ont le droit de s'enorgueillir, a tout à gagner à ces études rétrospectives; car, ainsi que le dit M. Max Simon, « transporter la clinique dans l'histoire, ce n'est pas se priver des lumières qu'ont projetées sur la médecine les découvertes modernes, ce n'est pas placer la tradition avant l'expérience directe, sacrifier le principe immortel du libre examen, en matière de science, à l'autorité; c'est tout simplement déplacer pour un instant le champ de l'observation et étudier à un autre point de vue les faits qui se passent tous les jours sous nos yeux. » La vraie philosophie médicale, non pas celle qui se nourrit d'hypothèses nuageuses et qui prend les rêves de son imagination pour les réalités de la science, mais celle qui prend pour point de départ l'observation rigoureuse des faits, qui les étudie sous toutes les faces pour en déduire ensuite les lois générales qui les gouvernent, cette philosophie ne peut se passer des études historiques, sans lesquelles elle ne considère que les faits actuels, abstraction faite de leur liaison nécessaire avec les faits passés.

C'est ainsi que M. Simon, en analysant les ouvrages de Lepecq de la Cloture, ce laborieux et consciencieux épidémiographe du XVIII^e^ siècle, a trouvé sur sa route et pris à corps toutes les questions pathologiques et thérapeutiques les plus débattues de nos jours, celles, par exemple, du traitement de la fièvre typhoïde, de la réduction à l'unité des diverses formes des fièvres continues, de la contagion de la fièvre typhoïde, de l'antagonisme prétendu qui existerait entre cette maladie et les fièvres intermittentes, de la substitution des pyrexies graves à la variole par suite de la vaccination; toutes questions pleines d'actualité et qui sont journellement discutées dans la presse et dans les académies.

La première question générale qu'il rencontre et qu'il discute, est celle de la méthode, c'est-à-dire des moyens de parvenir à la vérité dans la médecine. Elle a la priorité, non-seulement parce que dans l'ordre des idées elle précède toutes les autres, mais parce qu'en réalité elle les domine toutes, puisque de ce premier problème plus ou moins bien résolu dépendent les déductions logiques de toutes les autres questions, et qu'elle est par conséquent le fondement de toute certitude en médecine. Il critique tout d'abord la méthode numérique, qui se croit en droit d'affirmer qu'elle est le seul moyen d'arriver à la vérité médicale; il démontre sans peine que la statistique n'est autre chose qu'une manière d'observer plus rigoureuse, et que d'ailleurs, malgré sa prétention de repousser toute idée théorique et de n'admettre que le fait, elle ne peut cependant échapper à la nécessité indispensable de croire que les phénomènes pathologiques sont soumis à des lois fixes, ce qui est une idée théorique dont la conception est entièrement du ressort de l'intelligence. La discussion à laquelle se livre à ce sujet M. Simon est tracée de main de maître, et nous a vivement frappé par la sûreté du raisonnement, par l'élévation de la pensée et par la sévérité de la démonstration. Il conclut ainsi: « L'observation est donc, dans mon humble opinion, la méthode fondamentale des sciences; mais elle est loin d'être tout et ne dispense pas du génie ceux qui prétendent en reculer les limites. » Nous avouons que cette conclusion ne nous satisfait pas entièrement et qu'elle ne nous paraît pas contenir tout ce qui ressort de la discussion qui la précède.

Une seconde question, générale comme la première, que M. Max Simon aborde avec hardiesse, est celle de la force vitale ou des forces cosmiques de l'organisme. Ici l'auteur, sans passer en revue tous les systèmes de philosophie médicale, attaque d'abord le naturisme hippocratique, professé par Lepecq de la Cloture. Il critique ensuite ceux qui ne veulent voir dans l'organisme rien de plus que la matière et les forces communes de la matière, et leur reproche de ne pouvoir expliquer les phénomènes qui s'y produisent par le fait unique de ce *substratum* et du jeu de ces dernières forces, ce qui serait cependant le seul moyen de démontrer la réalité de cette vue philosophique. Il combat M. Liebig, qui paraît croire que c'est seulement à l'état peu avancé des sciences physico-chimiques qu'il faut s'en prendre si cette démonstration fait défaut quant à présent, et lui déclare que ce n'est là qu'un sophisme et qu'il y a entre le monde organique et le monde inorganique une barrière infranchissable à tous les artifices de la science. Il en conclut qu'il faut admettre dans l'organisme, comme une nécessité logique, un principe de vie, une force profondément distincte de toutes les autres forces de la nature. Il ajoute que ces forces ont une réalité très effective et qui ne se perd pas dans une sorte de mysticisme physiologique où l'organisme et le monde avec lequel il est en conflit permanent ne sont plus, en quelque façon, que de simples aptitudes, de simples opportunités, à un certain point de vue de simples monades. Il admet que les forces communes de la matière prennent comme cause une part importante aux phénomènes de l'organisme vivant. Ainsi M. Simon est un animiste éclectique: il admet un principe vital d'un ordre différent des forces de l'ordre brut, mais en même temps il admet l'intervention comme cause de ces mêmes forces. Quoi qu'on puisse penser de cette manière de voir, l'auteur la présente avec un grand talent d'exposition, une logique serrée et une science profonde et de bon aloi.

Il arrive maintenant à la doctrine pathologique de Lepecq de la Cloture, et trouve de nouveau à exercer sa critique pleine de verve contre l'hippocratisme servile du médecin normand. Il lui reproche d'avoir considéré d'une manière absolue la maladie comme une réaction de l'organisme contre un principe délétère qui s'y est accidentellement introduit; d'avoir généralisé l'idée, vraie en de certaines limites, de la spontanéité de l'organisme dans la résolution des affections morbides; d'avoir fait dépendre cette résolution de mouvements critiques réguliers, constants et subordonnés à une élaboration des humeurs; d'avoir fait dériver presque exclusivement les maladies épidémiques des qualités sensibles de l'air, etc., etc. Remarquez qu'en tout ceci M. Simon ne reproche à Lepecq que d'avoir exagéré la portée d'idées vraies au fond, que de les avoir acceptées d'une manière absolue; car lui-même, fidèle à son éclectisme, les admet dans de certaines limites. En pathologie et en thérapeutique, comme en philosophie, il repousse l'empirisme. « Je suis, dit-il, de ceux qui craignent de voir la médecine se réduire à un grossier empirisme. Au delà des faits, il y a la loi qui les régit, il y a des théories partielles qui les

expliquent, et la tradition saine de la science contient ces lois, nous transmet ces théories. Il ne s'agit que de les en dégager et de les perfectionner avec toutes les ressources de la science moderne. » Il regarde comme démontrée par l'observation la tendance à la guérison spontanée des maladies dues à un simple traumatisme; mais ces faits, à son sens, n'épuisent pas toute la notion de la maladie, et à côté d'eux il y a les affections à caractères spéciaux, les maladies fortement individualisées où cet élément commun devient tout à fait secondaire; il y a encore les diathèses, la spécificité épidémique qui sont tout autre chose qu'une réaction et qui sont pourtant le fond de la maladie. Il en est de même des crises; il en admet l'existence, mais non pas d'un manière permanente et régulière. Ainsi la spontanéité de l'organisme dans la résolution des maladies et leur jugement par des crises ne sont vrais pour M. Simon que jusqu'à un certain point; mais le concours de l'organisme et l'intervention de la force vitale lui semblent nécessaires pour assurer l'efficacité des médications les plus rationnelles.

M. Simon fait ressortir ensuite une confusion généralement commise aujourd'hui, bien que déjà M. le professeur Andral en ait fait justice. Il s'agit de l'idée d'une maladie générale nettement définie, d'une fièvre catarrhale, bilieuse, inflammatoire ou putride qui domine toutes les manifestations morbides, leur imprime une marche particulière et commande exclusivement le traitement qui leur est applicable. Cette doctrine est faussement attribuée à Hippocrate, qui n'en dit pas un mot, tandis qu'elle appartient pleinement aux médecins des XVII^e et XVIII^e siècles. L'idée d'Hippocrate est plus simple et toujours vraie; elle ne fait que constater l'influence des saisons sur l'organisme vivant. M. Simon reproche à Lepecq de s'être dirigé dans sa pratique d'après les vues trop exclusives de cette doctrine des médecins des XVII^e et XVIII^e siècles. Il lui reproche même d'avoir exagéré ces idées, qu'il attribuait d'ailleurs faussement à Hippocrate. Le défaut de cette doctrine, c'est de ne tenir compte que des qualités sensibles de l'air et des conditions atmosphériques, en laissant dans l'ombre les influences locales et topographiques.

Après la discussion des questions générales, M. Simon s'occupe des diverses épidémies observées par Lepecq de la Cloture, et en fait le sujet d'un examen critique détaillé. C'est ici surtout que les réflexions qui commencent cet article, trouvent leur principale application, c'est-à-dire que l'auteur fait sortir de la méditation des ouvrages du savant épidémiographe des enseignements précieux pour la pratique.

Il signale d'abord une lacune considérable dans l'observation de Lepecq; elle est relative à l'anatomie pathologique: les ouvrages de Lepecq ne contiennent pas de recherches nécroscopiques. Quoiqu'il pense qu'on ne saurait pousser trop loin l'analyse de l'organisme humain, M. Simon n'en déclare pas moins que l'anatomie pathologique, qui nous a trop éblouis dans ces derniers temps, ne montre que le côté extérieur de la vie morbide: et par conséquent il se garde bien de considérer comme stérile un travail pathologique ou thérapeutique accompli en dehors de cette science.

Une première épidémie, observée au Gros-Theil, est l'objet d'une excellente étude clinique. Sous le rapport étiologique, Lepecq regarde cette épidémie comme une forme insolite de la constitution catarrhale de l'année 1770, où elle produit ses ravages. Pour lui, c'était une fièvre putride vermineuse. M. Simon critique cette étiologie et ce diagnostic; il ne voit là qu'une fièvre typhoïde épidémique, c'est-à-dire née d'une cause spéciale et ayant par conséquent une impulsion et une gravité spéciales. Il nous serait impossible de suivre notre auteur dans la discussion de toutes les questions de pratique qu'il traite ici; il faut lire son livre pour se faire une idée juste de la manière dont il envisage chaque point; rien n'échappe à son investigation savante. Nous en dirons autant pour l'épidémie de Louviers qui eut également lieu en cette année 1770, et qui fut aussi, selon M. Simon, une fièvre typhoïde que Lepecq appelle fièvre putride, exanthématique et pestilentielle. Mais nous nous arrêterons un instant sur le caractère de cette éruption, qui se montra fréquemment dans l'épidémie de Louviers.

D'après le rapport des médecins de cette localité, la miliaire était devenue commune depuis quelques années, et, à leurs yeux, c'était une maladie spécifique qui survenait parfois comme crise heureuse ou impuissante, mais qui existait souvent seule comme unité morbide nettement définie. Aujourd'hui, personne n'admet que la miliaire puisse constituer une individualité pathologique, et tout le monde la regarde comme un simple épiphénomène. Mais il existe une maladie épidémique qui a plusieurs fois désolé notre pays, et qui s'accompagne à peu près constamment de cet épiphénomène: nous voulons parler de la suette, que la plupart des médecins considèrent comme une affection définie, comme une entité morbide spéciale.

M. le docteur Borchard, dans un trop court travail qu'il vient de publier, après avoir fait une revue historique des principales épidémies de suette observées en Europe et s'être arrêté un instant sur celle de la Dordogne qu'il eut mission d'observer en 1841, pose à cette occasion une série de questions de la dernière importance, que nous eussions été heureux de le voir discuter, sinon résoudre, ce qui ne nous paraît pas possible dans l'état actuel de la science. Mais, pour connaître sa pensée sur ce sujet, nous avons relu le rapport qu'il fit sur cette épidémie à la Société de médecine de Bordeaux, et nous y avons vu que, pour lui, la cause de la suette miliaire est dans les effluves des eaux stagnantes, agissant sous l'influence de certaines conditions barométriques et électriques, sur des localités que le voisinage des forêts soustrait, jusqu'à un certain point, à l'influence des vents. Cette vue étiologique l'amène à regarder la suette comme devant être rattachée aux fièvres graves dues à l'impaludation, eu égard aussi au type rarement continu et beaucoup plus souvent rémittent ou intermittent qu'elle affecte. Ces idées du médecin de Bordeaux nous semblent de nature à attirer de nouveau l'attention des observateurs sur cette maladie; car la suette n'est point encore définitivement classée dans nos cadres nosologiques, et il y a des médecins qui nient son existence comme entité pathologique.

A la vérité, M. Boissat-Mazerat, qui s'est trouvé également témoin de cette épidémie de la Dordogne, a émis d'autres idées que M. Borchard. Dans sa thèse inaugurale, il la définit: une maladie générale, *totius substantiæ*, spécifique. Mais cette définition, qui pourrait facilement s'appliquer à d'autres affections, n'est certainement pas suffisante pour donner à la suette ses caractères nosologiques, et pour justifier l'opposition de ce médecin aux idées émises par d'autres observateurs qui ont rangé la suette au nombre des fièvres pernicieuses ou intermittentes. Ce qui nous frappe à la lecture des histoires de cette maladie, c'est l'absence de lésions anatomiques constantes, et le manque complet de signes extérieurs caractéristiques propres à différencier la suette de toutes les autres affections; car nous ne pouvons admettre comme tels la fièvre, la sueur et l'éruption miliaire, que cependant M. Boissat-Mazerat nous donne comme pathognomoniques. Ce défaut de lésions constantes et de signes extérieurs spéciaux nous semble rendre impossible, quant à présent, le classement nosologique de la suette. Cette question, comme nous le disions plus haut, touche aux points les plus importants de la pathologie, et il faut de nouvelles études pour la résoudre.

L'espace nous manque pour achever de rendre compte de l'excellent livre de M. Max Simon. Mais nous ne pouvons terminer cet article sans dire, sous forme d'appréciation générale, ce que nous en pensons. Nous devons d'autant plus le faire que, n'ayant pas l'honneur de connaître M. Simon, nous en serons plus libre dans l'expression de notre pensée. A notre avis, c'est un des meilleurs ouvrages de médecine qui aient paru dans ces derniers temps: c'est un livre plein d'idées lumineuses, justes et élevées. Critique hardie et ferme, quoique bienveillante et polie, jugement sûr, science profonde, logique serrée, observation sévère, érudition peu commune, discussion substantielle et allant droit au but sans longueurs ni verbiage, telles sont les qualités qui en rendent la lecture attachante et du plus vif intérêt. Ajoutons à cela une exposition habile, une forme littéraire remarquable et à laquelle nous sommes peu habitués en médecine, une grande clarté, malgré quelques tendances au néologisme et une méthode qui permet de

suivre sans peine la pensée de l'auteur au milieu des discussions les plus ardues, et nous n'aurons fait que rendre à l'auteur la justice qui lui est due, sans même lui payer la dette du plaisir que la lecture de son livre nous a procuré.

Dr René Briau.

Nous recevons, au moment de mettre sous presse, de nouveaux renseignements relatifs au Congrès scientifique de Vienne. — Nous nous bornons aujourd'hui à rectifier une erreur que nous avions commise dans notre dernière communication. Les séances du Congrès seront ouvertes le mardi 16 septembre, et dureront jusqu'au lundi 22 du même mois.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archiv f. Ophthalmologie. — IIe vol., 1re et 2e partie. Contributions anatomiques à l'ophthalmologie, par *H. Müller*. — Contributions à l'étude de l'appréciation des distances d'après la convergence des axes oculaires, par *H. Meyer*. — Observations sur la mydriase artificielle, par *W. Zehender*. — Sur l'amaurose dans les maladies de Bright, avec dégénérescence graisseuse de la rétine, par *Heymann*. — Cataracte noire, par *E. Müller*.

Archiv f. pathologische Anatomie und Physologie, de Virchow. — Juin 1856. Sur la paralysie musculaire, comme cause des difformités articulaires, par *Tulenburg*. — Contribution à l'étude des parasites végétaux qu'on trouve sur l'homme, par *Virchow*. — Corps amylacés dans le poumon, par *Friedreich*. — Métastases calcaires, par *Virchow*.

Deutsche Klinik. — Nos 23 à 26. — 23. La substance musculaire entre l'oreillette gauche et la veine cave inférieure, par *Luschka*. — 24. Sur la compression des carotides dans l'épilepsie, par *H. Reimer*. — Deux cas de rupture de l'aorte, par *Schweigger*. — Gangrène de la rate transmise des animaux à l'homme, et réciproquement, par le professeur *Krause*. — 25. Contribution nouvelle à la thérapeutique physiologique des paralysies et des contractures, par *Remak*.—Réponse, par *Friedmann*. — 26. Trois cas d'hydrophobie chez l'homme, par *Wagner*.

Journal f. Kinderkrankheiten. — Mai et juin 1856. Sur l'alimentation des petits enfants, par *Küttner*. — Sur le ramollissement gélatineux de l'estomac chez les petits enfants, par *le même*.

Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — Mai et juin 1856. Compte rendus de la Société d'obstétrique de Berlin. — Un cas de grossesse tubaire, par *Hirsch*. — De l'ovariotomie et des injections iodées dans l'hydropisie de l'ovaire, par *Fock*. — Deux cas de rupture de la matrice, par *Mangold*.

Nederlandsch Weekdlad voor Geneeskundigen (Amsterdam). — No 22. Diagnostic des maladies des capsules surrénales.—23. Du diagnostic de la grossesse avec *placenta prævia*, par le docteur *K...* — 24. Observation d'un cas de lésion de la moelle, par le docteur *Fabius*. — 25. De l'arsenic dans le traitement des maladies de la peau.

Œsterreichische Zeitschrift fuer practische Heilkunde. — Nos 21 à 27. — 21. Influence de l'acide carbonique sur la motilité de l'utérus, par le professeur *Braun*. — 23. Sur le traitement chirurgical des polypes utérins, par *J. Spæth*. — 25. Sur le catarrhe de la muqueuse du sinus maxillaire, par *Heider*. — 26 et 27. Endocardite dans la chorée. — Péricardite dans le rhumatisme musculaire. — Délire et trouble passager de l'intelligence dans le rhumatisme articulaire aigu, par *Pleischl*.

Schweizerische Zeitschrift. — 1856. 2e cahier. Sur l'inflammation de la membrane du tympan, par *Tcharner*.

Wiener Medizinische Wochenschrift. — Nos 24 à 26. Une lettre à M. Ricord, par *Schlesinger*. — 26. Un cas de luxation du fémur en dedans et en haut, sur la face postérieure de la portion horizontale du pubis, par le professeur *Robert*. — 27. Sur les indications thérapeutiques des rates mobiles, par *Küchenmeister*. — 28. Un accouchement quinquégémellaire, par le docteur *J. Pleischer*, à Pest. — Élimination d'un calcul vésical par la formation d'un abcès, par *A. Toscano*.

Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — Nos 25 à 29. — 25. Sur la jusquianine, par *Schraff*. — 26. Sur les nodules des valvules auriculo-ventriculaires de l'homme, par *Albin*. — 38. Sur l'histoire du développement du goître, par *Heechl*. — 29. Sur la blennorrhagie et la syphilis à Téhéran, et sur les méthodes de traitement de ces maladies qui y sont en usage, par *J.-E. Polak*.

Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — Mai et Juin 1856. Du traitement de la périostite, par *Michaelis*.

Zeitschrift f. Klinische Medizin, de Günsburg. — Juillet 1856. Trois cas de luxation du cristallin resté transparent, par *Förster*.— Les blessés et les opérations pratiqués à l'hôpital militaire de Péra, en l'année 1855, par *Cambay*.

Charleston Medical Journal and Review. — 1856. Mai. De la fièvre jaune, par *Mackall*. — Érosion gangréneuse des côtes. — Fièvre jaune de Norfolk, par *Williman*.

Dublin Medical Press. — No 913. Spécimens de la pratique médicale ancienne, par *Donovan*.

Edinburgh Medical and Surgical Journal. — Juin. Ouverture anormale de l'extrémité interne de la trompe de Fallope, par *Matthews Duncan*. — Chirurgie à la guerre de Crimée, par *Macleod*.—Paralysie et atrophie musculaires chez un cheval, coïncidant avec l'obstruction artérielle, par *J. Barlow*. — Expériences sur la glycérine, par *Lauder Lindsay*.— Juillet. Observations de chirurgie, par *Syme*. — Sur la colite épidémique des troupes de *Newera Ellia*, par *A. Smith*.—Revue ophthalmologique, par *R. Hamilton* et *B. Bell*.— Chirurgie de Crimée, par *Macleod*.— Mécanisme des bruits du cœur dilaté, par *E. Gairdner*.

Medical Times and Gazette. — No 312. Carie du tibia et de la partie supérieure du péroné ; résection du genou ; guérison avec parfait usage du membre. — 313. Vision dans le strabisme, par *Holthouse*. — Accouchement difficile ; rupture du vagin ; chute de l'intestin ; guérison, par *J. Dickson*. — Traitement moderne des maladies chroniques de la peau, par *T. Hunt*.— 314. Deux cas de symptômes tétaniques causés par l'antimoine, par *J. Elliotson*. — Pathologie de la coqueluche, par *Hyde Salter*. — 315. Traitement dans le cas de *placenta prævia*, par *H. Oldham*. — Cas d'empoisonnement par la strychnine, par *J. Startin*.

The Lancet. — No 25. Extraction du cristallin dans les cas de pupille artificielle ou d'oblitération de la pupille, compliquée de cataracte, par *G. Critchett*. — Constatation de la strychnine dans une solution d'émétique, par *W. Ogle*. — Observations de plaies de tête et de poitrine par armes à feu, par *Birnie*. — Pathologie utérine, par *E.-J. Tilt*. — Sur l'hydrophobie, par *N. Radcliffe*. — 26. Chimie médico-légale de la strychnine, par *H. Letheby*. — Observations de maladies du rectum, par *Ahston*. — Sur un cas de lithotomie, par *Greenhow*. — Vol. II, no 1. Chirurgie militaire, par *T. Burgess*. — Note sur l'asphyxie et l'apnée, par *Marshal Hall*. — Sur les ganglions nerveux de l'utérus et du cœur, par *Snow Beck*. — Jaunisse des enfants, par *Lewit*. — Sur quelques formes de maladies urinaires, par *H. Thompson*. — Rétrécissement de l'urèthre ; calcul vésical ; fistules ; lithotomie, par *Seth Gill*. — Tentative de suicide par la noix vomique, par *John Horan*. — 2. Chimie médico-légale de la strychnine, par *Letheby*. — La vraie moelle épinière et le vrai sympathique, par *Marshall Hall*. — Déviations utérines, par *Tilt*. — Action de la strychnine sur la moelle, par *G. Harley*. — Sur la diarrhée qui a sévi en Crimée, par *W.-M. Muir*. — Traitement des ulcères des jambes, par *Westlake*. —Résection de la tête et du col du fémur, par *E.-G. O'Leary*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — No 23. Sur l'ozone atmosphérique, pendant l'épidémie cholérique de Milan, par *G. Strambio*. — 24. *Idem*. — Avantages des saignées locales dans les affections de l'utérus, et gangrène consécutive à la *phlegmatia alba dolens*, par *A. Contini*. — 25. Sur l'amputation du pénis, par *A. Gherini*. — 26. De la fièvre et des fièvres, par *Pignacca*. — Cas de momification spontanée, par *Tarchini-Bonfanti*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — No 26. Sur le système vasculaire dans les tissus physiologiques et dans les carcinomes (suite), par *Maschi*. — 27. *Idem*. 29. *Idem*. (Le no 28 manque.)

Gazzetta medica italiana (Toscana).—No 25. Valeur des conditions morbides locales dans les fièvres essentielles, par *L. Fallani*. — Sur la préparation de l'onguent mercuriel, par *E. Villoresi*. — Choléra de Pise, par *G. Puccianti*. — 26. *Idem*.— Fièvres essentielles (suite), par *Fallani*.— Sur l'hydroalcoolat d'absinthe, par *Sanbenini*. — 28. (Le no 27 manque.) Leçons de *Buffalini*. — Observations démontrant la contagiosité du choléra, par *Benini*, *Martinuzzi* et *Ristori*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 15 juin. No 11. Sur la miliaire, par *Sella*.

Il Filiatre Sebezio. — Avril. Recherches sur le système artériel et veineux, par *Palusciano*.— Incapacité matrimoniale par impuissance, par *Zarlenga*.—Endocardite par métastase scrofuleuse, par *le même*. — Sur le musée d'anatomie, par *Della Ghiaje*.

Livres nouveaux.

Considérations administratives et médicales sur l'asile public d'aliénés Saint-Athanase, à Quimper. — Revue économique de 1840-1855 et service clinique en 1855. Quatrième compte-rendu par MM. les docteurs *Follet* et *Baume*. Grand in-8 de 104 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

Éloge historique de M. P.-N. Gerdy, lu à la Société de chirurgie le 2 juillet 1856, par le docteur *Paul Broca*. Grand in-8 de 66 pages. 1 fr. 50

Mémoire sur la dilution du sang par l'éther sulfurique soufré, comme moyen préventif et curatif du choléra, par le docteur *A.-L. Roux*. In-4 de 16 pages. Paris, imp. de Bailly.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, t. III, in-8 de 616 pages, avec 1 pl. Paris, J.-B. Baillière. 8 fr.

Die Cholera in der Schweiz (Le choléra en Suisse), par le professeur *Hermann Lebert*, Grand in-8 de 93 pages. Francfort, Meidinger. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere (Recherches sur l'histoire naturelle de l'homme et des animaux), publié par *Jac. Moleschott*. 1er vol., fasc. 2, grand in-8, pages 133 à 258, et 1 pl. Le 3e fascicule terminera le t. 1er. Francfort, Meidinger. Paris, Victor Masson.

Verhandlungen der physicalisch-medicinischen Gesellschaft (Mémoires de la Société d'histoire naturelle et de médecine) in *Würzburg*. VIIe vol., fasc. 1. In-8 de 144 pages, avec 1 pl. Würzburg, Stahel.

De graviditate extra-uterina. Accedit descriptio memorandæ cujusdam graviditatis tubæ fallopianæ sinistræ. Scripsit Dr *Ferd. Bernard. Guill. Sommer*. In-4, cum tabula ænea. Greifswald, Koch. 3 fr.

Relazione della commissione sanitaria de Milano sul cholera-morbus, nell' anno 1855. In-folio de 192 p. Milan, G. Pirola.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 22 AOUT 1856. — N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 13 au 20 août 1856.

144. (*Thèse en chirurgie*). LALLOUR, Émile-Maximilien-Yves, né à Quimper (Finistère). [*De la pourriture d'hôpital en général, et de celle observée sur les blessés de l'armée d'Orient en particulier.*]

192. ROBERT, Hippolyte-Noël-Étienne-Joseph, né à Ligny (Nord). [*Du cancer de la langue.*]

193. REVEIL, Pierre-Oscar, né à Villeneuve (Landes). [*Recherches sur l'opium. Des opiophages et des fumeurs d'opium.*]

194. DOCAT, Jean-Pierre-Benoît, né à Sarragachies (Gers). [*Quelques considérations sur le choléra-morbus épidémique observé dans l'arrondissement de Bar-sur-Seine (Aube), pendant les mois de juillet, août, septembre 1854.*]

195. DEZARNAULDS, Pierre-Louis, né à Cadillac (Gironde). [*De l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.*]

196. BAUBONNE, Antoine, né à Gray (Haute-Saône). [*De la fièvre intermittente.*]

197. VIGNARD, Edmond-Louis-Joseph, né à la Roche-Bernard (Morbihan). [*Étude sur la bronchite capillaire à l'occasion d'une épidémie observée dans les hôpitaux de Nantes.*]

198. PERELLY, Louis. [*De la fièvre typhoïde.*]

199. TRIPIER, Auguste-Élisabeth-Philogène, né à Saint-Léger (Yonne). [*De l'excrétion urinaire. Quelques considérations sur l'action des diurétiques.*]

200. PEPIN, Jules, né à Notre-Dame de-Fresnay (Calvados). [*De l'influence du régime et de la température dans la production des maladies.*]

201. TONNELIER, Armand-Alexandre, né à Leugny (Yonne). [*De la dysentérie.*]

202. MAILLIARD, Émile-Victor, né à Verzy (Marne). [*De l'état puerpéral, et de son influence sur les maladies.*]

203. AMIAUX, Henri-Casimir, né à Glimes (Belgique). [*Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes, et de leur traitement.*]

204. DUVAL, Charles Joseph, né à Huitry (Eure). [*Des hydrocèles congénitales.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 21 août 1856.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS : TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS. — TRAITEMENT DES CREVASSES DU SEIN CHEZ LES NOURRICES. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

Le grand nombre de communications et de discussions intéressantes dont se nourrissent les séances de la *Société médicale des hôpitaux de Paris* ne nous permet pas d'y consacrer un espace suffisant ; mais nous nous faisons un vrai plaisir, et nous considérons comme notre devoir de critique, de faire souvent des emprunts aux BULLETINS de la Société. Le n° 3 (IIIe série), qui vient de paraître, nous offre cette fois l'occasion de relever deux communications de M. le docteur Legroux, toutes deux d'une notable importance pratique.

On ne sait que trop l'impuissance de l'art contre l'œdème des nouveau-nés. Chose remarquable, il y a peu de dissidence sur les conditions pathogéniques de cette maladie ; les indications qui en ressortent sont assez claires ; les moyens de remplir ces indications se présentent d'eux-mêmes : ils sont nombreux ; et pourtant les résultats obtenus sont loin d'être encourageants. Est-ce qu'on se trompe sur le caractère de l'affection, ou bien est ce que les remèdes, quoique rationnels, ne possèdent pas une énergie suffisante ?

L'œdème des nouveau-nés est évidemment de nature atonique. Il se présente surtout chez les enfants débiles, chez les avortons ; sa cause occasionnelle la plus fréquente est l'action du froid : il se caractérise par une algidité croissante, la lenteur de la circulation, la couleur violacée des téguments, la gêne toute passive de la respiration, l'engourdissement général, etc. Si donc l'emploi des frictions stimulantes, des bains de vapeur aromatiques, des toniques et des excitants à l'intérieur, échoue presque toujours, il y a lieu de penser que l'insuccès tient à un défaut de proportion entre

le degré d'action des moyens thérapeutiques et le degré d'affaissement de la vitalité, ou bien encore à ce que ces moyens ne répondent pas assez directement, par leur mode d'action, aux exigences les plus pressantes de la maladie. C'est ce que démontrent les résultats du nouveau traitement institué par M. Legroux. L'habile médecin de l'Hôtel-Dieu, sans faire le procès aux traitements pharmaceutiques, à ceux qui ont spécialement pour but de réveiller la vitalité par une stimulation médicamenteuse, a pensé qu'il vaudrait mieux donner le branle, pour ainsi dire, par un moyen mécanique, aux grandes fonctions de l'organisme, à la circulation, à l'absorption, à la respiration, et compter sur la solidarité qui unit ces diverses fonctions pour continuer et multiplier les premiers effets obtenus. En effet, ranimer la circulation générale, c'est faciliter l'hématose et les échanges de liquides dans la trame des tissus; ranimer la respiration, c'est faciliter le jeu du cœur et de tout le système circulatoire. Puis, quand le mécanisme a été une fois mis en mouvement dans toutes ses parties, la vitalité elle-même, par un enchaînement circulaire de causes et d'effets, la vitalité se réveille à son tour sous l'action d'un courant sanguin plus rapide, et pénètre les tissus de globules plus riches. Pour produire ces effets, M. Legroux emploie: 1° le massage, 2° des mouvements de flexion et d'extension imprimés aux membres et au tronc lui-même, 3° la respiration artificielle provoquée par des pressions latérales de la poitrine. « Sous l'action du massage, dit-il, on voit rapidement la peau passer de la teinte bleue cyanique à des nuances rosées; le froid glacial remplacé par une douce chaleur en partie communiquée par la main de l'opérateur, et probablement aussi ranimée par les modifications produites dans la circulation locale, tandis que les cris, graduellement plus intenses, accusent le rétablissement des actes respiratoires. En même temps les parties perdent de leur dureté, deviennent plus souples, et parfois *l'œdème semble fondre sous la main.* »

On comprend que le nombre et la durée des opérations doivent varier suivant l'intensité des cas. En général, elles doivent être de quatre à cinq minutes et être répétées six ou huit fois par jour.

Les résultats obtenus par ce traitement, et dont M. Legroux a présenté un spécimen à la Société, sont on ne peut plus encourageants. Comme l'a dit l'un des membres, M. Hervieux, dans une pareille affection, où les efforts de la nature ne se montrent pas, tout succès thérapeutique appartient à l'art. Mais, d'un autre côté, le succès le plus incontestable autorise-t-il, parce qu'il a été obtenu en stimulant les grandes fonctions de l'organisme, à repousser absolument d'autres moyens dont le mode d'action est tout autre : notamment la déplétion sanguine? Nous ne saurions être d'accord sur ce point avec M. Hervieux. Des faits qu'il connaît aussi bien que nous, et dont les plus concluants appartiennent à Valleix, attestent les bons effets produits par des applications de sangsues, tantôt substituées à la saignée en raison de l'âge des malades et posées soit au siége, soit aux membres, tantôt placées au voisinage des parties spécialement engorgées, par exemple derrière les oreilles. On dit qu'une soustraction de sang est un mauvais moyen de réveiller la caloricité; mais il ne faut pas oublier que ce sang est mal hématosé, qu'il stagne en de certaines régions, et que, dans de telles conditions, il est pour la vitalité une cause d'oppression et non plus un stimulant physiologique. L'enfant se trouve alors, à de certains égards, dans une situation analogue à celle de l'asphyxié, chez qui le meilleur moyen de relever les forces est de soustraire du sang. Au reste, il est bien évident que les évacuations sanguines, dans l'œdème des nouveau-nés, ne peuvent être qu'un moyen accessoire, répondant à des indications particulières et n'ayant qu'un cercle restreint d'applications.

— L'autre communication de M. Legroux est relative au traitement des ulcérations et crevasses du mamelon chez les nourrices. Tout le monde sait à quelles angoisses une si mince affection condamne certaines femmes, et combien les nécessités de l'allaitement ont rendu la cure difficile. M. Legroux expose lui-même dans les termes suivants le moyen qu'il a imaginé et qui paraît lui avoir rendu les plus grands services.

« L'idée m'est venue d'envelopper le mamelon d'un épiderme artificiel, sur lequel se passerait l'effort de succion. La baudruche m'a paru très propre à remplir cette indication. Seulement il fallait l'agglutiner à l'aide d'une substance insoluble dans la salive, le lait, la transpiration cutanée. Le collodion, rendu élastique par l'addition de 50 centigr. d'huile de ricin et 1 gramme 50 centigr. de térébenthine par 30 grammes, nous a rendu ce service.

» A l'aide d'un pinceau, on étale au pourtour du mamelon une couche mince de cette substance, dans un rayon de quelques centimètres. On applique par-dessus une pièce de baudruche percée de quelques trous d'épingle au niveau du mamelon pour laisser passer le lait. On évite d'étendre le collodion sur le mamelon, qui en serait très douloureusement impressionné.

» La vaporisation rapide de l'éther amène une prompte dessiccation du collodion et l'agglutination presque immédiate de la baudruche. Le mamelon se trouve ainsi plus ou moins affaissé par la baudruche qui le recouvre et qui se tend en se desséchant.

» Lorsque l'on veut approcher l'enfant du sein, on mouille avec de l'eau sucrée le bout du mamelon. La baudruche qui le recouvre devient molle et souple, se prête à l'ampliation de ce petit organe, tout en préservant les ulcères et crevasses contre les efforts de la succion. L'allaitement se fait alors avec une extrême facilité, avec peu de douleurs, et dans l'espace de quelques jours, les ulcères et crevasses sont guéris.

» S'il arrive que, pendant une succion active, la baudruche se crève, on la remplace. Il y a des femmes qui n'apportent que mauvaise volonté dans l'allaitement de leurs enfants; elles mettent aussi de la résistance à l'emploi du moyen, pour n'être pas contraintes de remplir leur devoir de mères. Mais, avec de la surveillance, on parvient presque toujours à le leur faire supporter et à atteindre le but. Quant aux autres, elles se trouvent immédiatement délivrées des cruelles souffrances que leur causait l'allaitement, et peuvent allaiter leurs enfants comme si elles n'avaient éprouvé aucun accident du côté du sein.

» On peut dire qu'avec ce moyen il n'y a plus d'ulcères ou crevasses du mamelon. »

— Un petit orage est venu troubler un instant, mardi dernier, l'atmosphère ordinairement si tranquille de l'Académie de médecine. Et c'est la question de la ligature de l'œsophage, que l'on croyait assoupie jusqu'après la présentation du rapport de la commission, qui a produit cette agitation au sein de la savante Compagnie.

M. Bouley, avec une verve et un feu extraordinaires, a répondu aux orateurs de la séance précédente; puis, sans tenir compte des observations du président, qui voulait que la discussion fût ajournée, M. Jobert a réussi à se faire écouter, et a répliqué avec non moins de chaleur à l'argumentation du savant professeur d'Alfort. Les conversations sont ensuite devenues générales, et le tumulte est arrivé à son comble; plusieurs membres à la fois ont demandé la parole; au milieu du bruit, M. Malgaigne a en vain cherché à interroger M. Bouley sur la manière dont ce dernier fait la ligature de l'œsophage. Les questions se croisaient, les inter-

pellations s'entre-choquaient; enfin, la voix retentissante du président est parvenue à dominer la tempête, et l'Académie, après avoir voté la proposition de M. Velpeau, relative au renvoi de la discussion, est rentrée dans son calme ordinaire.

Il s'agit maintenant d'examiner les faits et arguments nouveaux qui ont été produits.

M. Bouley s'est attaché à démontrer l'exactitude des deux propositions suivantes : 1° La ligature de l'œsophage est toujours une cause prédisposante de vomissements; quelquefois elle devient une cause déterminante dont l'action est immédiate. 2° Les efforts de vomissement sont plus énergiques quand il y a des substances ingérées dans l'estomac ; ils sont violents quand ces substances ont des propriétés émétiques. Ce sont ces efforts continus qui, par leur violence ou leur durée, amènent la mort. A l'appui de ces propositions, M. Bouley invoque de nouvelles expériences qu'il a faites. Sur quatre chiens dans l'estomac desquels il avait ingéré de l'eau tiède, il a pratiqué la ligature de l'œsophage : tous les quatre sont morts dans l'espace de vingt-quatre à quarante heures. Trois autres chiens, chez lesquels la ligature de l'œsophage avait été précédée de l'ingestion de 10 centigrammes d'émétique, ont succombé au bout de dix-huit à vingt-quatre heures. M. Bouley a cependant rencontré une exception : un gros chien, opéré dans les mêmes conditions que les quatre premiers, n'a point fait d'efforts de vomissement; étonné de ce fait, M. Bouley lui a injecté 5 centigrammes d'émétique dans les veines, et même alors les efforts ne se sont pas montrés. Il y a donc, dit M. Bouley, des chiens *réfractaires au vomissement*, et il est probable que, par un hasard singulier, MM. Jobert et Orfila sont tombés sur une série d'animaux de cette nature. Cette explication trouvera probablement beaucoup d'incrédules, car elle fait supposer que tous les expérimentateurs, et ils sont nombreux, qui n'ont pas observé les effets attribués par MM. Bouley et Reynal à la ligature de l'œsophage, n'ont rencontré que des chiens réfractaires au vomissement. Il ne faut pas oublier que la question n'est pas neuve, qu'Orfila avait institué tout exprès des expériences pour répondre à des objections soulevées par MM. Devergie et Giacomini, et qu'il concluait (*Traité de toxicologie*, t. I, p. 46) : « Il est avéré, par plus de cinquante expériences, dont plusieurs ont été faites publiquement à l'amphithéâtre de la Faculté, devant un nombreux auditoire, et en présence de plusieurs membres de l'Académie de médecine, que si, après avoir isolé l'œsophage en le séparant de la trachée-artère et des filets nerveux qui l'accompagnent, on le lie, et qu'on maintienne la ligature pendant vingt-quatre ou trente-six heures, les animaux n'éprouvent qu'un léger abattement et un peu de fièvre; dès que la ligature est enlevée, les chiens boivent, ne tardent pas à manger, et sont parfaitement rétablis. » M. Bouley soutiendra-t-il que toutes ces expériences ont porté sur des animaux réfractaires au vomissement? S'il en était ainsi, il est certain que les faits prétendus exceptionnels seraient plus nombreux que ceux qui constituent la règle. Mais parmi les chiens opérés par M. Jobert, plusieurs ont eu des efforts de vomissement ; ceux-là donc n'étaient pas réfractaires au vomissement, et cependant M. Jobert nous dit qu'ils ont guéri, bien que la ligature n'ait point été enlevée. Dans quelle catégorie M. Bouley les rangera-t-il? Dans celle des chiens impressionnables, ou dans celle des chiens réfractaires?

M. Bouley a cru trouver des arguments en faveur de sa doctrine dans l'ouvrage d'Orfila lui-même ! Attribuant à tort, dit-il, à la substance ingérée les effets qui dépendent de la ligature de l'œsophage, l'auteur du *Traité de toxicologie* a été conduit à conclure de ses expériences que le nitre, ce sel que les médecins administrent journellement à la dose de 10, 20, 30 et même 60 grammes, produit des effets mortels chez le chien, quand il est donné à la dose de 8 et 4 grammes ; que le sous-nitrate de bismuth est toxique à la dose de 3 grammes, tandis qu'on sait que M. Monneret fait prendre sans inconvénient à ses malades des quantités beaucoup plus considérables de cette substance. Pour ce qui est du nitre, M. Bouley oublie que ce sel n'est pas administré en une seule dose, qu'il est donné en dissolution assez étendue (15 à 60 grammes pour 700 à 1000 grammes d'eau) dans une tisane que les malades boivent dans le courant de la journée. Dans les expériences d'Orfila, au contraire, le nitre a été administré *en poudre* et en une seule prise ; or, dans ces conditions, il ne répugne nullement d'admettre, conformément aux conclusions d'Orfila, que cette substance exerce sur les parois de l'estomac une action tout irritante, qui se traduit par les lésions suivantes, observées à l'autopsie sur deux chiens, dont l'un avait reçu 8 grammes, l'autre 4 grammes de nitre : « L'estomac contenait une assez grande quantité d'un fluide épais et filant; la membrane muqueuse offrait dans toute son étendue une couleur rouge pourpre, parsemée dans quelques endroits de points noirs ; la tunique sous-jacente était d'un rouge vif. » Des lésions si évidentes et si graves n'auraient certes pas échappé à la foule des expérimentateurs, si elles résultaient uniquement de la ligature de l'œsophage. M. Bouley sait aussi, d'un autre côté, qu'administré à dose considérable, le nitre détermine une dépression dans le système nerveux qui en fait un sédatif puissant. Or 4 ou 8 grammes de nitre, absorbés très rapidement par un petit chien, constituent une dose énorme, dont la présence simultanée dans le sang doit produire des accidents graves et même la mort. Les faits pathologiques que rapporte Orfila à la suite de ses expériences nous laissent peu de doute à cet égard. Un homme avala par méprise 48 grammes de nitre : il mourut en dix heures. Une femme en prit 32 grammes dans un verre d'eau, avec addition de 64 grammes de sirop ; la mort eut lieu en trois heures, et à l'autopsie on trouva l'estomac enflammé et parsemé de taches noires. La double action du nitre, administré en poudre ou en solution très concentrée, ne saurait donc être contestée.

Il en est autrement du sous-nitrate de bismuth. L'expérience journalière nous apprend que cette préparation peut être administrée à des doses énormes sans le moindre inconvénient, qu'elle est complétement inerte et incapable par conséquent de produire l'inflammation de l'estomac et du duodénum et moins encore la mort. Faut-il pour cela reconnaître que tous ces accidents dépendent de la ligature de l'œsophage? Avant d'admettre cette interprétation il serait nécessaire de savoir si le blanc de fard mis en usage était bien pur. On On sait, par exemple, qu'il devient toxique s'il est mis en contact avec une substance acidule, telle que la crème de tartre.

Quant au sulfate de zinc, M. Bouley ne conteste pas qu'à la dose de 30 grammes il puisse produire des accidents graves, dont la mort est souvent la conséquence ; mais il soutient qu'une dose beaucoup moindre, jointe à la ligature de l'œsophage, peut donner lieu aux mêmes effets. C'est précisément ce qu'il importe de démontrer.

Il reste, en définitive, à se demander pourquoi la ligature de l'œsophage donne à MM. Bouley et Reynal des résultats si désastreux, tandis qu'elle semble beaucoup moins grave,

exécutée par d'autres mains. Nous avions espéré un moment, avec M. Jobert, trouver un commencement d'explication dans le procédé opératoire mis en usage; mais en présence de la déclaration faite par M. Bouley qu'il se servait d'un fil ciré pour faire la ligature, une autre cause doit être invoquée. Quelle est-elle? Nous ne saurions le dire, et c'est là l'*x* qu'il s'agit de dégager. Dans tous les cas la commission devra rechercher quelle peut être l'influence exercée par une ligature plus ou moins volumineuse, un fait de M. Jobert paraissant indiquer qu'un gros lien peut produire des accidents spéciaux. Il importe également qu'elle distingue les cas où l'œsophage a été simplement lié, et ceux où il a été ouvert soit au-dessus de la ligature, comme cela a été fait dans un certain nombre d'expériences d'Orfila, soit au-dessous comme M. Martin Magron nous a dit avoir opéré dans les vivisections qu'il a pratiquées. En faisant une ouverture au-dessous de la ligature, on permet à l'animal de rejeter par le vomissement les liquides accumulés dans l'estomac et l'on écarte l'une des causes de mort invoquées par M. Bouley; en la pratiquant au-dessus, les liquides salivaires et muqueux, sécrétés en grande abondance après l'opération, trouvent un écoulement par la plaie du cou, au lieu de s'accumuler dans le pharynx, d'où ils pénètrent peut-être dans les voies aériennes en produisant une véritable asphyxie. Il faudrait enfin que chaque série d'expériences fût faite sur des animaux dont l'estomac est vide et sur d'autres auxquels on aurait ingéré une substance inerte ou vomitive. Ce n'est que de cette façon qu'on arrivera à préciser l'influence qui doit être attribuée à chacune des circonstances de l'opération, et qu'on trouvera l'explication des résultats contradictoires obtenus par des physiologistes également habiles et recherchant la vérité avec la même bonne foi. Sans donc nous prononcer d'une manière absolue pour l'une ou l'autre opinion, nous attendrons les lumières dont la commission ne tardera pas à éclairer la question.

A. DECHAMBRE et MARC SÉE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU MAL DE MER ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur Henri BLANC, médecin sanitaire, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, etc.

(Suite et fin. —Voir le numéro 33, t. III.)

Symptômes.

Il y a de nombreuses nuances dans l'appareil symptomatique que revêt le mal de mer, nuances assez tranchées pour nous autoriser à admettre plusieurs degrés et plusieurs formes de cette maladie. Ainsi que nous le verrons, ces différences portent surtout sur la gravité des symptômes, et sur leur réunion en certains groupes presque constants.

Premier degré, quelquefois constituant une forme à part. — Généralement, le mal de mer débute par une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de vertiges et d'un sentiment de constriction au niveau des tempes. La face se colore, des bouffées de chaleur alternent avec un sentiment de froid; la peau est moite et chaude, le pouls lent et un peu concentré; peu à peu la congestion cérébrale diminue, la face pâlit, prend une teinte jaunâtre; un malaise général s'empare de l'individu; il est accablé, incapable d'aucun mouvement, et dans un état de prostration extrême. Il n'y a pas de vomissements, mais un dégoût profond pour les aliments. Arrivés à ce point, les phénomènes que nous venons de décrire restent stationnaires dans quelques cas, et constituent alors une forme à part, qui n'est pas très rare, et qui se rencontre surtout chez les personnes à tempérament sanguin.

Autre variété du premier degré. — Quelquefois, cependant, le mal de mer débute par des vomissements précédés à peine d'un léger malaise, et ne présentant aucun des phénomènes que nous venons de décrire dans cette première forme, qui constitue aussi le premier degré, lorsque les symptômes suivants se développent.

Deuxième degré, constituant la forme la plus générale. — Après un certain laps de temps, généralement assez court, une douleur épigastrique très pénible se déclare. L'estomac est distendu, douloureux; des éructations ont lieu, suivies de vomissements, soit de matières alimentaires, soit de mucosités si l'individu est à jeun. Les contractions de l'estomac sont brusques et violentes, et d'autant plus douloureuses, que l'estomac a été plus complétement vidé. Quelques instants après survient un soulagement notable. Il y a encore quelques éructations; mais la douleur épigastrique a disparu, la céphalalgie et les vertiges diminuent, le corps est couvert de sueur, et un bien-être que l'on ne peut exprimer succède à cette crise douloureuse.

Telle est la forme la plus fréquente du mal de mer. C'est la moins douloureuse et celle qui existerait presque seule, si les malades employaient alors des moyens rationnels et convenables.

Quelquefois ce calme est de peu de durée; la même série de phénomènes que nous venons de décrire se renouvelle plusieurs fois de suite, et se termine toujours de la même manière. Dans quelques cas, surtout chez des femmes à tempérament nerveux très prononcé ou chez des sujets profondément débilités, le mal continue sa marche envahissante, et le troisième degré commence.

Troisième degré. — Ce degré se caractérise par les symptômes suivants: Les vomissements, loin de soulager le malade, le plongent dans une prostration plus grande encore; aux matières muqueuses succèdent d'abord de la bile, puis du sang, quelquefois pur, d'autres fois mélangé aux sécrétions stomacales; la douleur épigastrique devient intolérable; les vertiges vont toujours en augmentant; les yeux sont hagards, la face décolorée, la peau froide; les plus tendres sentiments sont éteints; l'instinct même de la conservation a disparu, et souvent des crises nerveuses viennent clore ce triste tableau.

Si nous résumons en quelques mots les faits que nous venons d'énoncer, nous voyons que le mal de mer présente trois degrés ayant leurs signes distinctifs, et qu'un des degrés n'entraîne pas nécessairement la présence de l'autre; ce qui permet de reconnaître au moins deux formes bien distinctes, ou trois degrés différents, qui offrent un grand intérêt au point de vue thérapeutique.

La première forme est caractérisée par une congestion cérébrale, une prostration extrême, et par l'absence de vomissements.

La deuxième forme a pour signes pathognomoniques une douleur épigastrique et des vomissements qui amendent rapidement tous les autres symptômes.

Le troisième degré (qui n'est pas une forme à part, puisqu'il n'existe jamais d'emblée et qu'il ne complique que la

deuxième forme) a pour caractère spécial la persistance de tous les symptômes du début, mais à un plus haut degré d'intensité, et des vomissements incoercibles, coexistants avec un spasme général.

Il y a quelques phénomènes fonctionnels que nous avons omis à dessein, parce qu'ils se rencontrent plus ou moins dans tous les cas, et même chez des personnes nullement influencées par la mer. Ce sont : une constipation souvent très opiniâtre, l'apparition des menstrues chez les femmes, et, dans quelques cas, une difficulté assez grande dans la miction.

Le mal de mer se comprend aisément, ramené ainsi à toute sa simplicité, et divisé en formes bien distinctes qui cependant se relient entre elles. Ce n'est plus ce protée insaisissable et cet obstacle contre lequel se brise toute la puissance médicale. Dire que cela suffit pour conduire à des guérisons radicales, toujours et dans tous les cas, certes non ! Une pareille prétention serait erronée, et un semblable langage ne peut être tenu que par l'ignorance ; mais on arrive, en se guidant sur l'étude consciencieuse des faits, à un résultat en tout point digne de l'attention de l'homme de l'art ; car si nous sommes forcés de nier les guérisons que le charlatanisme proclame, nous pouvons avouer hautement que nous soulageons presque toujours.

Traitement.

Ai-je besoin de démontrer l'inutilité des prétendus spécifiques tour à tour vantés, et que le temps, ce cri de la vérité, a fait reconnaître comme faux et trompeurs. Il faut le dire avec regret, la plupart de ces drogues ne font de bien qu'à ceux qui les vendent, du moins dans la généralité des cas. Une même formule, souvent bizarre, s'adresse à tous ; et si elle soulage quelquefois, que de fois aussi est-elle inutile et même nuisible ! Certaines pastilles, certaines potions contiennent de légers excitants, par exemple de la menthe, ce qui peut être avantageux dans quelques cas, mais pour le moins inutile dans bien d'autres. De même, bien des appareils ont été imaginés pour produire une douce compression de l'estomac, ce qui diminue parfois d'une façon notable les souffrances de cet organe ; mais le même reproche s'adresse à ce moyen, qui ne s'attaque qu'à un seul symptôme de la maladie, qui peut manquer souvent ; et comme on peut très facilement et par mille moyens obtenir le même résultat, on a eu tort de faire d'un morceau d'amadou une panacée sans pareille.

Si je blâme ainsi cette triste spéculation, qui se rit de la douleur et de la souffrance, c'est que j'en ai si souvent vu les abus, que je puis tout au plus leur accorder d'agir quelquefois sur le moral. Les formes diverses et les différents degrés du mal de mer comportent quelquefois une médication tout à fait opposée.

Traitement du premier degré. — Dans la première forme (ou premier degré), il faut distraire le malade, chercher à agir sur son moral, soit par des paroles d'espoir, soit en excitant son amour propre; s'il est couché, le forcer à se lever et à se promener au grand air; lui faire tenir la tête découverte, et lui faire prendre de légers diaphorétiques, qui stimulent en même temps légèrement le tube digestif, une infusion de thé, par exemple. Si, malgré ces moyens, la céphalalgie et les vertiges persistaient, ou si l'individu était trop abattu pour se permettre un exercice quelconque, il faudrait faire alors des applications froides sur la tête, donner un pédiluve, et, en dernier ressort, provoquer les vomissements.

Ceci semblera une hérésie à bien du monde; mais si l'on réfléchit au soulagement immédiat qui suit généralement les vomissements, si l'on songe que ceux-ci ne deviennent pénibles que par leur continuité (fait qui n'est jamais à craindre dans cette forme), on n'hésitera pas à employer un moyen qui m'a réussi bien souvent. Ajoutons, toutefois, qu'il est rare d'être obligé d'arriver à cette extrémité, les autres moyens amenant généralement une amélioration assez sensible pour permettre au temps d'achever la guérison.

Traitement du deuxième degré. — Dans la seconde forme (ou deuxième degré), il faut agir de différentes manières, suivant l'état dans lequel se trouve l'individu après les premiers vomissements. Si le bien-être continue, il devra rester au grand air, mais immobile pendant un certain temps ; prendre d'abord quelques gorgées d'eau *légèrement* acidulée avec du suc de citron; puis, si le mieux persiste, de légers calmants, de préférence liquides, et éviter tout ce qui pourrait renouveler les atteintes du mal ; si, au contraire, les vomissements n'amenaient pas un résultat aussi satisfaisant, et si les premiers symptômes avaient une tendance à se reproduire, il faudrait conseiller au malade de se coucher et de ne pas éviter la reproduction des vomissements, ceux-ci étant généralement suivis d'une rémission assez longue pour lui permettre de supporter quelque boisson légèrement calmante, qui, jointe à la fatigue que les efforts ont produite, plonge le malade dans un sommeil bienfaisant.

Il arrive quelquefois, chez des personnes à jeun depuis quelque temps, ou dont les organes digestifs sont débilités, que les vomissements débutent d'emblée, sans autre trouble manifeste ; et comme, dans ce cas, ils ont souvent une tendance à devenir très fréquents, il faut agir spécialement contre eux. Pour cela, on devra faire respirer au malade des odeurs fortes et aromatiques; lui faire prendre, en petite quantité à la fois, des aliments liquides et frais; établir une légère compression sur l'épigastre ; éloigner du malade les causes qui provoquent les vomissements (du moins celles qu'il est en notre pouvoir de conjurer); maintenir la tête haute et fraîche, pendant que le reste du corps, et surtout les extrémités, seront soumis à une bonne chaleur.

Traitement du troisième degré. — Si le troisième degré survient avec son douloureux cortége, le repos le plus absolu est alors nécessaire ; il faut éviter le moindre bruit, n'adresser aucune question au malade, car les efforts qu'il ferait pour parler pourraient exaspérer les vomissements. Il faut surtout reconnaître si les vomissements répétés ne proviennent pas d'une faiblesse de l'estomac : dans ce cas, malgré la répugnance du malade, il faudrait le forcer à prendre des aliments, et les renouveler dès qu'ils seraient vomis ; car une partie en est toujours conservée et amène bientôt une amélioration sensible. Si l'on s'aperçoit qu'ils sont contre-indiqués, il faut s'en abstenir momentanément, s'adresser à la sensibilité anormale de l'estomac, et combattre le spasme général. Il faut donner alors des cuillerées d'eau gazeuse ou d'eau gommeuse froide, et appliquer sur l'épigastre les compresses trempées dans l'eau froide, en ayant soin de les renouveler dès qu'elles s'échauffent. Presque toujours ce moyen arrête les vomissements et calme comme par enchantement la douleur épigastrique, ce qui permet d'administrer des antispasmodiques et des calmants, par exemple, quelques gouttes d'éther et de laudanum dans une cuillerée d'eau froide.

Tels sont les divers moyens qui, employés avec discernement, peuvent donner de bons résultats, soulager bien des

douleurs, et enlever en partie au mal de mer son cachet de gravité.

Il y a plusieurs points sur lesquels nous insisterons en terminant ce travail :

1° Lorsque les vomissements existent, il ne faut jamais laisser l'estomac vide; car les douleurs sont d'autant plus violentes que la vacuité de l'estomac est plus complète.

2° Les aliments devront toujours être pris froids et en petite quantité à la fois : c'est l'unique moyen de les conserver. La forme liquide est généralement préférable. Il faut rejeter tous les fruits (excepté les oranges bien mûres et les pruneaux), les conserves et les corps gras, ces substances ne pouvant être digérées, dans l'état d'irritation où se trouve l'estomac.

3° Enfin, surveiller l'alimentation pendant quelques jours, chez les personnes qui ont été en proie à un mal de mer violent (1).

NOTE SUR LE HAMAC, OU NOUVEL APPAREIL A SUSPENSION POUR LES FRACTURES ET LES BLESSURES GRAVES DU MEMBRE INFÉRIEUR, par le professeur H. SCOUTETTEN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz. — Lu à l'Académie de médecine dans la séance du 19 août 1856.

Si la simplicité des appareils est un mérite réel, nous pouvons espérer que celui que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie appellera l'attention des praticiens. Une expérience de quatorze années nous a permis d'en apprécier les avantages, et les résultats heureux que nous en avons obtenus dans la campagne d'Orient nous déterminent, nous dirons presque nous obligent, à ne pas différer plus longtemps de soumettre ce nouveau moyen de traitement des fractures à l'appréciation et au jugement des médecins habiles et consciencieux.

Depuis les temps les plus reculés, on s'ingénie à trouver le moyen de diminuer les douleurs et à faciliter le pansement des membres fracturés et des plaies qui accompagnent souvent ce genre d'accident.

Au commencement de ce siècle, Sauter, chirurgien de la ville de Constance, eut l'heureuse pensée, en 1812, d'appliquer la suspension des membres fracturés pour diminuer les inconvénients de l'immobilité (2). Il se servait d'une planchette mobile, suspendue au plafond de l'appartement à l'aide de cordes préalablement fixées aux quatre angles de la planche.

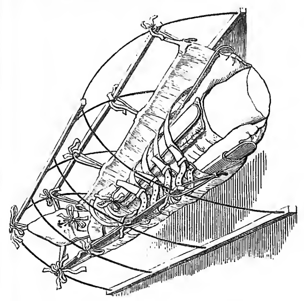
Mayor, de Lausanne, a fécondé cette idée première en apportant des modifications et en donnant des développements successifs à l'appareil de Sauter. A la planchette de bois, Mayor substitua un cadre de fil de fer terminé à sa partie inférieure par un montant qui, lorsqu'il est relevé, sert à appuyer et à fixer le pied. L'extrémité supérieure a un appendice qui s'abaisse, forme plan incliné et sert de point d'appui à la cuisse (3).

La suspension est opérée au moyen de cordes fixées à chacun des angles de l'appareil et qui vont aboutir à une autre corde verticale qui sert à la suspension; celle-ci est fixée au plafond ou à une traverse placée au-dessus du lit du malade : une poulie, sur laquelle glisse la corde verticale, est encore nécessaire pour donner de la mobilité à l'appareil et l'élever à des hauteurs différentes.

Mayor a cru devoir employer un mot grec pour dénommer son appareil; il l'a appelé hyponarthécie. Il établit ensuite une division qui comprend l'hyponarthécie simple et celle qui est unie à la suspension.

Malgré les avantages incontestables de la suspension, il faut reconnaître qu'on en fait rarement usage et que les difficultés de l'installation la rendent presque impossible dans les hôpitaux.

Voici un appareil qui supprime toutes les difficultés, qu'on peut établir en tous lieux, qui n'exige pas de frais exceptionnels et dont le maniement est si facile qu'il paralyse les maladresses ou les rend sans inconvénients.



J'appelle cet appareil *le hamac* parce qu'il rappelle la forme et le mode d'installation de ce genre de suspension. Il se compose d'un cerceau ordinaire et d'un morceau de linge.

Le cerceau doit avoir quatre demi-cercles de fil de fer et cinq traverses de bois; deux de ces traverses servent à fixer les demi-cercles de fer; la traverse supérieure maintient les distances; les traverses latérales produisent aussi cet effet, mais elles servent encore à soutenir les cordons attachés à la pièce de linge.

Le morceau de toile forme un parallélogramme dont le grand côté a soixante centimètres; le petit côté en a quarante. Les bords des deux grands côtés sont repliés sur eux-mêmes pour former une coulisse dans laquelle doit glisser une baguette de bois et mieux une tringle de fer; disposition adoptée pour donner à toute la surface du linge une parfaite égalité de tension.

Quatre cordons doubles sont fixés à la pièce de linge en observant une distance égale à celle qui sépare les montants de fer.

Un chausson de toile, lacé sur le cou-de-pied, porte aussi trois cordons doubles ; deux sont placés latéralement, le troisième est à la partie supérieure; ils servent à maintenir le pied dans une direction convenable.

(1) Parmi les conseils donnés par l'auteur, il en est un sur l'opportunité duquel nous nous permettrons d'élever un doute ; c'est le conseil de *faire lever* le malade atteint du mal au premier degré, et de *tenir la tête haute* quand le mal est au second degré. Se coucher dès les premiers vertiges, et se coucher la tête un peu basse, nous a toujours paru le meilleur moyen d'éviter des accidents plus sérieux. Nous pouvons même dire que notre expérience personnelle ne nous laisse aucun doute à cet égard. A. D.

(2) Sauter (J.-N), *Anweisung, die Beinbrüche der Gliedmassen*, etc. Constance, 1812, in-8.

(3) Mathias Mayor, *Chirurgie simplifiée*, t. II, p. 301.

Lorsque tout est préparé, que le membre est pansé, on glisse sous lui la pièce de linge, on la soulève et on l'attache, à l'aide des cordons, à la traverse moyenne du cerceau en lui donnant l'obliquité qu'on juge convenable.

On peut encore mettre un petit coussin sous le membre avant de le poser sur le hamac, mais on peut aussi s'en dispenser; souvent les malades le demandent eux-mêmes.

Cet appareil se prête facilement à plusieurs modifications: lorsqu'on doit faire un pansement douloureux, exigeant de grandes précautions et la suppression presque complète des mouvements, on pratique une ouverture à la pièce de linge, on lui donne la dimension nécessaire pour que la plaie soit facilement mise à découvert; lorsque le pansement est terminé, on relève la pièce de linge détachée et qui forme une véritable porte qu'on ferme en la retenant à la traverse de bois à l'aide de cordons attachés à son bord libre.

Si la plaie est au talon, on se borne à abaisser la partie inférieure de l'appareil en déliant les cordons qui y correspondent et en retirant les tringles vers le haut.

Lorsqu'on juge nécessaire de continuer l'extension de la partie inférieure de la jambe, on ajoute une tringle de fer ou simplement un morceau de bois qui s'appuie sur les traverses longitudinales auxquelles on le fixe à l'aide de liens.

L'usage de cet appareil a permis de lui reconnaître les avantages suivants :

Le membre reposant sur un morceau de toile s'y place facilement; l'élasticité du tissu se prête aux inégalités de la forme et permet que toutes les parties soient également soutenues. Aussi, à la fin du traitement, les membres fracturés ne sont pas déformés comme cela a lieu quand on se sert de tout autre appareil.

L'air, qui constamment circule en liberté sous l'appareil, empêche que le membre ne s'échauffe.

La douleur du talon ne se produit jamais, avantage immense qui évite aux blessés des agitations, des nuits pénibles et souvent la fièvre.

Tout l'appareil étant mobile, il suffit de saisir le cerceau d'une main pour que le malade puisse être transporté d'un lit à un autre, ou assis sur un fauteuil, l'appareil étant soutenu par une chaise mise à côté.

Lorsqu'on juge utile d'arroser constamment le membre blessé, l'irrigation se fait avec facilité et sans inconvénient pour le lit. On pose un bassin sous l'appareil, ou on arrange un morceau de toile cirée qui, se rattachant à l'un des côtés de l'appareil, forme un plan incliné qui rejette l'eau au dehors.

En somme, cet appareil, soumis à toutes les épreuves, a répondu à tous les besoins; il nous a permis de faire transporter, de Constantinople en France, des blessés qu'on aurait été forcé de laisser dans leur lit, exposés aux dangers de l'infection et péniblement impressionnés par le spectacle douloureux qui sans cesse les environnait.

L'un des exemples les plus intéressants que je puisse rappeler est celui d'un brave colonel d'artillerie, M. R..., qui reçut en Crimée une blessure faite par un boulet qui lui emporta le tiers inférieur du péroné gauche et une grande partie des autres tissus placés à la hauteur de cette région.

La pourriture d'hôpital se mit dans la plaie, les douleurs étaient excessives, la seule pensée d'un mouvement imprimé au membre donnait des agitations nerveuses; le blessé lui-même restait immobile sur son lit dans la crainte de remuer sa jambe; les nuits étaient sans sommeil, la fièvre s'activait, le danger était extrême. J'applique le hamac, les douleurs se calment, les pansements deviennent faciles, le sommeil reparaît, les forces se relèvent et bientôt le blessé quitte Constantinople, emportant son appareil qui lui permet de faire sans inconvénient une longue traversée, bientôt suivie d'une guérison complète (1).

III.

REVUE CLINIQUE.

Tumeur hétéromorphe du poumon coïncidant avec une tumeur encéphaloïde de l'abdomen. — Lésions organiques multiples chez un vieillard.

Le 10 mai 1856, entre à l'infirmerie générale de Bicêtre, service de M. Duplay (médecine), le nommé Lecouteux (Pierre), âgé de soixante ans, ancien ouvrier sur les ports ; constitution sèche, robuste.— Son père est mort après une paralysie ; sa mère d'une fluxion de poitrine. — Habituellement d'une forte santé, il est revenu sain et sauf après huit ans de service militaire dans l'île de Madagascar, en 1829. — En 1850, ses yeux sont atteints d'une double cataracte. — Quelques années avant il avait été frappé d'hémiplégie, subitement, du côté gauche, et depuis la sensibilité était revenue, mais le mouvement ne s'était pas rétabli, et il avait conservé des maux de tête. — Enfin, en 1854, il avait eu une pneumonie, sans pouvoir se rappeler de quel côté. (Saignée et vomitifs.)

Trois mois avant son dernier séjour à l'infirmerie, il entre dans le service de médecine à la suite de quelques vomissements. A cette époque, il avait peu d'appétit ; les selles et les urines étaient normales ; les vomissements, fort rares du reste, étaient bilieux. La face était pâle, légèrement jaunâtre, mais n'offrant aucunement la coloration jaune-paille attribuée à la cachexie cancéreuse. Il n'y avait pas de fièvre. Mais on trouvait au côté droit de l'abdomen, entre les côtes et la crête iliaque, une tumeur d'abord grosse comme un œuf, non inégale, assez dure, offrant une certaine mobilité, peu douloureuse, s'avançant peu à peu vers l'ombilic, mais paraissant également isolée du foie, de l'estomac et même de l'intestin. Elle était, en apparence du moins, très superficielle : on se borna, à cette époque, à traiter le malade par l'eau de Vichy et les émollients. Il ne tarda pas à quitter l'infirmerie ; son état était sensiblement amélioré.

Trois mois après il revient dans le service. Couché au n° 21 de la salle Sainte-Foy à l'infirmerie générale, il présente alors les symptômes suivants :

Aspect extérieur. — Face jaune-paille. Altération des traits. Affaiblissement extrême ; émaciation générale.

Fonctions digestives.—Soif intense. Enduit jaunâtre de la langue. Bouche amère le matin. Quelquefois un peu de hoquet. Il vomit souvent d'une manière irrégulière et ne prend aucun aliment. Pas de selles. (Tisane de saponaire. Fréquents purgatifs, presque constamment inefficaces. Lavements purgatifs inefficaces aussi. Diète.)

Système nerveux. — Hémiplégie gauche. Intelligence nette. Morosité. Sommeil fréquent. Céphalalgie quelquefois.

Respiration. — Râles muqueux abondants des deux côtés, surtout à gauche, à la base. La sonorité paraît un peu diminuée en arrière du même côté ; on y entend les battements du cœur. Vibrations thoraciques conservées. *Pas de souffle.*

Système circulatoire. — Battements du cœur normaux. Pouls fort, vibrant, régulier, assez fréquent, plus manifestement fébrile à l'arrivée que plus tard. Légère chaleur à la peau.

Sécrétions. — Régulières. Urine jaune foncé, paraissant normale.

État de l'abdomen. — A la superficie de l'abdomen, entre l'ombilic, les dernières côtes et la crête iliaque droites, siége un renflement très sensible à la vue, offrant à peu près 8 centimètres de diamètre. On circonscrit alors bien plus nettement qu'autrefois la

(1) L'appareil est déposé à l'Hôtel-Dieu, où il va être mis en usage par M. Jobert.

tumeur, dont le volume égale celui de la tête d'un enfant de quatre ans. Assez mobile et assez superficielle, sans changement de coloration ni de température de la peau, d'une rénitence élastique, cette tumeur, peu douloureuse, offre à un certain moment sous la main une crépitation marquée, indice de péritonite partielle. (Quinze sangsues font disparaître cette crépitation.) La tumeur offre la sensation de tissus mous. La matité n'y est pas aussi absolue que celle de la cuisse, par exemple, mais elle est incontestable. L'auscultation ne donne aucun résultat.

Peu à peu au milieu de l'aggravation de tous ces symptômes, au milieu surtout des douleurs et de la constipation que ni les émollients locaux, ni les purgatifs les plus énergiques (huile de ricin, eau de Sedlitz, huile de croton, 2 gouttes) ne peuvent réprimer, il survient un œdème du membre inférieur gauche, et le malade meurt deux jours après en vomissant un caillot peu considérable entouré d'un sang rosé, spumeux, peu abondant.

Son dernier séjour à l'infirmerie a été de quinze jours. Je pratique l'autopsie le lendemain de la mort, vingt-quatre heures après.

Autopsie. — Pâleur générale. Face terreuse, plombée. Œdème de la verge et du membre inférieur. La tumeur abdominale paraît plus mobile et moins proéminente que dans la vie.

Cerveau. — La dure-mère est rougeâtre et les vaisseaux qui la tapissent congestionnés. En l'ouvrant, 18 grammes de sérosité s'échappent. Légères opacités arachnoïdiennes. Pie-mère presque partout œdématiée et comme gélatineuse. Je recueille environ 12 grammes d'une sérosité incolore et limpide qui siégeait entre les circonvolutions ; celles-ci sont petites et resserrées ; la superficie du cerveau paraît comme lavée.

Vus en place, les ventricules latéraux sont très dilatés, ainsi que les trous de Monro. J'y recueille 35 grammes de sérosité.

La membrane ventriculaire est tapissée de petites productions dures, blanches, du volume d'un grain de mil, qui la rendent rugueuse au toucher. A la corne frontale du ventricule droit, se voit, au dedans de la membrane ventriculaire, une membrane foncée d'un brun jaunâtre, épaisse de 1 millimètre, résistante, bien que d'un aspect gélatineux, et qui n'offre au microscope que des fibres de tissu cellulaire gonflées, œdématiées.

Cœur. — Il est petit, dur, et ses parois épaisses sont envahies surtout à gauche par un commencement d'hypertrophie concentrique très manifeste.

Tube digestif. — Intestins, estomac et foie sains. Vésicule distendue par une bile noirâtre.

La tumeur, située au-dessus du foie et du côlon transverse, immédiatement en dedans du côlon ascendant, recouverte par le péritoine qui lui forme une enveloppe adhérente, refoule à gauche les intestins distendus par des gaz. Elle n'offre à sa surface que très peu de fausses membranes. Son poids est de 1700 grammes. Sa structure, très élémentaire, se compose d'une épaisse coque fibroïde renfermant une bouillie épaisse, tout à fait analogue pour les caractères physiques à la substance cérébrale ; au milieu de cette substance où le microscope ne découvre que des cellules cancéreuses ordinaires, on trouve certains points de consistance plus solide et de coloration rouge noirâtre, qui rappelle l'aspect des foyers d'apoplexie cérébrale en voie de cicatrisation.

Appareil respiratoire. — Il contient la partie la plus curieuse des lésions et a été examiné avec soin par M. Dezanneau, interne de M. le docteur Desprez, et moi.

Le poumon droit est à peu près sain, sauf quelques traces d'emphysème.

Le poumon gauche est sain et crépitant dans le lobe inférieur. Le lobe supérieur presque entier est envahi par un tissu particulier très dur, très criant sous le scalpel, offrant à la coupe, de manière à s'y méprendre, l'aspect des tubercules non ramollis. Il gagne aussitôt le fond du vase, si l'on en jette une portion dans l'eau.

L'*examen microscopique* montre, comme partie fondamentale, une proportion à peu près égale d'éléments fibro-plastiques et de cytoblastions.

1° Les éléments fibro-plastiques se présentent presque tous sous l'apparence de corps fusiformes très allongés, renfermant chacun un noyau ovoïde, long de 0mm,008 environ et large de 0mm,006. Mais il y a en outre quelques cellules fibro-plastiques ovoïdes, granulées, renfermant un noyau analogue à celui des corps fusiformes ; ces cellules, sous l'influence de l'acide acétique pâlissent singulièrement et montrent leur noyau d'une façon beaucoup plus distincte. Il n'y avait pas de noyaux fibro-plastiques isolés.

2° Les cytoblastions, au moins aussi nombreux que les éléments fibro-plastiques, étaient sous forme de noyaux *sphériques* ayant en moyenne 0mm,005, présentant rarement des nucléoles distincts, mais remplis en partie de très fines granulations moléculaires. L'acide acétique les rendait plus foncés.

3° En outre, dans quelques points de la pièce anatomique, M. Desanneau trouva des corpuscules de tubercule, à forme anguleuse, d'un diamètre de 0mm,007 à 0mm,009, pâlissant sans acide acétique et aussi par cet acide, couverts de granulations foncées.

4° Enfin, entre ces divers éléments, il y avait un assez grand nombre de granulations moléculaires libres, quelques gouttelettes graisseuses, et çà et là de rares fibres de tissu cellulaire.

L'observation précédente offre un ensemble de faits non moins remarquables sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui des phénomènes morbides qui en ont été l'expression sur le vivant.

Du côté de la symptomatologie, le caractère presque négatif des signes physiques vers le poumon, l'absence complète et régulièrement constatée du souffle, la présence d'une tumeur occupant tout un lobe pulmonaire et ne se traduisant que par ces trois phénomènes : râles bullaires humides, perception des battements du cœur en arrière et au sommet, diminution douteuse de la sonorité, l'ensemble, dis-je, de ce petit nombre de signes est précisément remarquable par leur caractère négatif.

Mais les résultats de l'autopsie ne sont pas d'un moindre intérêt. Des deux tumeurs, abdominale et pulmonaire, la première est de nature simple, encéphaloïde, franchement hétéromorphe. La seconde, dont la présence pendant la vie était difficile à soupçonner, offre l'aspect physique des masses tuberculeuses réunies par infiltration, dans la période de crudité. Mais l'absence de cavernules et de points ramollis dans une masse si considérable, la dureté de ce tissu morbide, détournent déjà de cette idée. En effet, l'examen microscopique montre à peine quelques corpuscules de tubercule, mais deux éléments dominent dans la tumeur : 1° le fibro-plastique proprement dit, élément essentiellement hétéromorphe ; 2° les cytoblastions, élément essentiellement homœomorphe, qu'on retrouve à l'état physiologique dans plusieurs de nos tissus et en particulier dans le tissu pulmonaire, et dont la description a été donnée avec une grande exactitude par M. Robin. Les problèmes les plus difficiles de l'anatomo-pathologie micrographique se représentent donc à propos de cette tumeur : pourquoi cet amas de cytoblastions dans un point du poumon plutôt que dans un autre ? N'a-t-on pas pu prendre plus d'une fois pour des tubercules du sommet une tumeur d'origine élémentaire analogue ? Enfin n'y a-t-il pas là un fait de plus tendant à faire admettre comme possible cette transformation des tissus homœomorphes en hétéromorphes, peu accréditée par les micrographes, mais qui a pour elle des hommes autorisés par l'observation directe et une immense expérience ? Un fait qui n'est pas moins important, mais plus positif, c'est la complexité de composition de cette tumeur, complexité qui ne serait pas extrêmement rare d'après les recherches de M. Robin, et qui le serait au contraire pour d'autres micrographes.

Enfin, un dernier trait assez remarquable de cette observation, et sur lequel je n'insisterai pas, malgré l'importance des altérations cérébrales, c'est la multiplicité des lésions organiques chez le vieillard et leur compatibilité avec la vie ; de telle sorte qu'il n'est pas absolument rare de trouver de la difficulté à déterminer quelle a été, sur un même sujet, celle des lésions qui a produit immédiatement la mort. L'absence ou plutôt la diminution de réaction dans la vieillesse semble isoler en quelque sorte et les organes et les fonctions entre elles, et par conséquent les lésions organiques ou fonctionnelles ; peut-être cet isolement des divers travaux morbides qui se font sur un même individu peut-il contribuer, jusqu'à un certain point, à reculer chez le vieillard les limites de l'existence.

JULES MICHEL,
Interne à l'hospice de Bicêtre.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *Du siége et de la nature de la coqueluche*, par M. *Beau*. — L'auteur s'est assuré, par de nombreuses investigations anatomiques, que la coqueluche est une inflammation de la muqueuse qui tapisse la région sus-glottique du larynx, c'est-à-dire cette zone assez étroite qui existe entre l'orifice supérieur de l'organe et les cordes vocales supérieures. Lorsque le produit muco-purulent sécrété par la membrane enflammée vient à tomber sur la glotte, il détermine des accidents de suffocation semblables à ceux que l'on éprouve quand on a avalé, comme on dit, *de travers*. Tout à coup la glotte se resserre, et il en résulte un sifflement aigu à l'inspiration ; puis il se fait un mouvement de toux quintaire et saccadé à l'expiration, et cette toux donne lieu au rejet d'une assez grande quantité de liquide pituiteux extemporanément sécrété, dans lequel la goutte muco-purulente, cause de tous ces symptômes, est délayée et entraînée.

La nature phlegmasique de la maladie rend parfaitement compte, d'après M. Beau, 1° de la marche de la coqueluche, qui comprend une période *catarrhale*, ou état aigu de la laryngite sus-glottique, et une période *nerveuse*, ou état chronique dans lequel les symptômes de suffocation sont à la fois plus intenses et plus rapprochés, parce que la sécrétion du muco-pus est aussi plus facile et plus abondante ; 2° de l'influence des causes morales sur les quintes de toux provoquées par la sécrétion inflammatoire que l'émotion a rendue plus active ; 3° de la sensation particulière de gêne au gosier ou à la partie supérieure du cou ; 4° enfin, de la contagion ; car des corpuscules ténus et en quelque sorte volatils de la matière inflammatoire peuvent très bien, après avoir été expulsés dans l'expiration, être inspirés par d'autres individus, et se déposer dès lors sur un larynx sain qui s'enflamme ainsi par influence contagieuse. (*Comm.*: MM. Serres, Andral, Bernard.)

CHIMIE. — *Mémoire sur l'origine du nitre*, par M. *Desmarest*. — Après avoir démontré que l'acide nitrique ne se forme pas par l'oxydation de l'azote de l'air ou des matières organiques, et qu'il n'est pas un produit des animaux ni des végétaux, l'auteur admet que le nitre est un sel d'origine minérale, que les animaux tirent du sein de la terre avec l'eau des puits ou des sources qui sert à leur boisson, et qui, passant dans leur urine, opère la nitrisation des pierres et des terres, et par suite celle des plantes, effet qui peut avoir lieu directement par les arrosages artificiels.

ANALYSE CHIMIQUE. — M. *Brame* adresse une réponse à la réclamation de priorité de M. Lassaigne relativement à l'emploi de la vapeur d'iode comme réactif des traces de mercure. M. Brame établit qu'il a indiqué ce réactif dès l'année 1846, dans un travail lu devant la Société philomatique.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : — *a*. Le rapport final de M. le docteur *Masson*, de Mirecourt, relativement à différentes formes d'épidémies qui ont régné sur les enfants de cette commune. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Henlard*, d'Arcy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Pougues. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Mejaulac* sur le service médical des eaux minérales de Sainte Marie (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Lozère du Finistère, de la Meurthe et du Puy-de-Dôme. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Pusieurs communications relatives à des remèdes nouveaux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Des lettres de candidature de M. le docteur *Scoutetten* pour le titre de membre associé, de M. le docteur *Lunier*, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Blois, pour le titre de correspondant et de M. Lefort, pharmacien à Paris, pour le titre de membre titulaire dans la section de pharmacie. — *b*. Un travail de M. le docteur *Socquet*, de Lyon, et de M. *Bonjean*, de Chambéry, intitulé : « Mémoire pratique sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations de colchique et d'aconit dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies. » (*Comm.* : MM. Ségalas et Guibourt.) — *c*. Un mémoire sur l'assimilation de l'ivresse à la folie et sur l'ivrognerie considérée comme une forme de folie suicide ; par M. le docteur *Joire*, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet. (*Comm.* : MM. Falret et Guérard.)

M. *Mialhe* adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il répond par de nombreuses citations, empruntées à MM. Bernard et Lehmann, aux arguments contenus dans la lettre de M. Poggiale. Fort de l'autorité de ces deux physiologistes et des expériences de MM. Bouchardat et Sandras, M. Mialhe, contrairement à l'assertion de M. Poggiale, maintient ce fait dans toute son intégrité, c'est que un demi-gramme de glycose introduite dans le sang d'un animal se détruit et n'apparaît pas dans les urines.

M. le docteur *Jules Rochard*, chirurgien en chef de la marine, à Brest, communique à l'Académie un mémoire relatif à l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre. Ce travail renferme plusieurs observations dont les sujets ont atteint un âge avancé. Deux d'entre eux vivent encore et jouissent d'une santé parfaite, bien qu'ils aient dépassé quarante ans. (*Comm.* : MM. Huguier et Robert.)

M. *H. Larrey* donne lecture d'une lettre que lui adresse M. le docteur *Willaume*, de Nancy, et qui contient la relation d'un fait d'absence de l'anus chez un nouveau-né. L'enfant avait treize jours quand M. Willaume fut appelé pour remédier à ce vice de conformation. Les matières stercorales retenues dans l'intestin imperforé sortaient par l'urèthre avec les urines. M. Willaume plongea dans le périnée distendu et dans la rainure indicatrice du rectum un bistouri qui pénétra dans le petit bassin, introduisit son doigt par l'ouverture agrandie et ouvrit assez largement l'extrémité du rectum distendue en forme de sac. Afin d'empêcher la réunion de la plaie et de favoriser à la fois l'issue d s matières, une canule d'argent était introduite plusieurs fois par jour jusque dans l'intestin. Cet instrument était garni d'un mandrin qui agissait à la manière du piston d'une pompe aspirante. Jusqu'à dix-huit ans on se servit de la canule en en augmentant les dimensions avec l'âge.

M. Willaume avait complètement perdu de vue ce jeune homme, lorsqu'il a eu tout récemment la bonne fortune de le rencontrer plein de santé. L'ouverture artificielle de l'anus s'est bien maintenue, mais l'urèthre a continué à livrer passage aux matières stercorales les plus liquides, ce qui a donné lieu, à différentes reprises, à la formation d'abcès dans les bourses. Ce jeune homme a aujourd'hui trente et un ans. Interrogé sur l'état de ses fonctions génésiques, il a avoué qu'il s'était adonné quelquefois à des ma-

nœuvres solitaires ; mais il affirmait n'avoir jamais eu d'éjaculation, bien qu'il eût éprouvé cette sensation vive, cet ébranlement général de l'organisme qui accompagne l'émission du sperme. Il est bien probable alors que la liqueur sémiuale suivait chez lui une direction rétrograde. Ça été jusqu'à présent un obstacle à son mariage. (Cette lettre est renvoyée à l'examen de MM. *Huguier* et *Robert.*)

M. *Depaul* fait observer que le cas cité par M. le docteur Willaume ne saurait être comparé à celui qui a été communiqué par M. Lepréstre, de Caen, et sur lequel M. Robert a fait son remarquable rapport. Les exemples de succès durables, à la suite d'opérations du genre de celle qui vient d'être rapportée, ne sont pas rares dans la science. Aussi n'y a-t-il aucune parité à établir entre l'opération si simple pratiquée par M. Willaume et les opérations d'anus artificiel par les méthodes de Littre et de Callisen.

M. *le Président* annonce que M. *Scoutetten* (de Metz), M. *Bédor* (de Troyes) et M. *Jules Roux* (de Toulon), membres correspondants, assistent à la séance.

Discussion sur les effets de la ligature de l'œsophage,

M. *H. Bouley* vient faire connaître à l'Académie les résultats que lui ont fournis de nouvelles recherches sur les effets de la ligature de l'œsophage chez les animaux. Nul plus que lui ne professe une vénération sincère pour la mémoire d'Orfila: mais Orfila était homme, et sujet à l'erreur; il a pu se tromper. M. Bouley a déjà essayé de le démontrer, sans réussir à convaincre les admirateurs de l'illustre chimiste. Il s'est donc remis à l'œuvre ; il a fait de nouvelles expériences, et celles-ci se sont trouvées tellement conformes aux premières qu'elles ont fait pénétrer dans l'esprit de M. Bouley une conviction profonde et inébranlable.

Ramenant la question au point de vue physiologique dont quelques-uns de ses collègues l'avaient détournée pour l'envisager d'une manière un peu trop chirurgicale, M. Bouley veut prouver les deux propositions suivantes : 1° La ligature de l'œsophage est pour tous les chiens une cause prédisposante de vomissement ; elle en est une cause déterminante et immédiate pour un grand nombre. 2° Les efforts de vomissement sont d'autant plus énergiques et opiniâtres qu'il y a des substances ingérées dans l'estomac. Ils sont violents surtout si la matière introduite possède des propriétés émétiques. Enfin quelle que soit la cause des efforts de vomissement, ils sont susceptibles par leur violence ou leur durée de causer la mort.

A l'appui de la première proposition, M. Bouley pourrait invoquer ses premières expériences ; mais leurs résultats ont paru contestables; il aime mieux appeler à son aide les observations rapportées dans la dernière séance par M. Jobert. Tous les chiens auxquels ce chirurgien a lié récemment l'œsophage ont été affreusement tourmentés par des efforts prolongés de vomissement.

Et M. Colin, qui a tracé un tableau si gracieux des jouissances ineffables qu'éprouvent les animaux auxquels on pratique cette opération, M. Colin a trop facilement oublié qu'un de ses chiens a succombé au bout de vingt-quatre heures après des efforts inouïs de vomissement, malgré toutes les tentatives faites pour le ramener à la vie. M. Colin a bien avoué la mort de ce chien ; mais, pour le besoin de sa cause, il l'a attribuée à la ligature involontaire d'un des nerfs récurrents. M. Colin ne se souvient donc plus qu'il a écrit dans son *Traité de physiologie comparée* que ces nerfs pouvaient être liés sans qu'il s'ensuivît de graves accidents?

L'orateur trouve donc des auxiliaires dans ses deux contradicteurs. Leurs chiens ont été vivement sollicités à vomir sous l'influence de la ligature de l'œsophage. Et n'est-ce donc rien que cet état d'angoisse dans lequel on jette l'animal par cette opération? Ceux qui l'ont éprouvé peuvent dire s'il est un tourment plus atroce que celui qui résulte des efforts de vomissement répétés et stériles!

Pour démontrer la seconde proposition, M. Bouley a institué une série d'expériences qu'il énumère sommairement.

1° A quatre chiens, il a fait prendre de l'eau tiède, le plus innocent des vomitifs, et il a lié l'œsophage. Tous les quatre sont morts après des efforts considérables de vomissement, au bout d'un temps qui a varié de vingt-quatre à quarante heures.

Sans doute, il y a des chiens réfractaires au vomissement, et ceux-là résistent à l'opération. C'est ainsi qu'un chien de forte taille a survécu, sans subir de pareilles angoisses, à la ligature de l'œsophage, à l'administration de 1 litre d'eau tiède, et même à l'injection dans les veines de 0,05 d'émétique.

Chez un autre chien, l'œsophage est lié après l'ingestion de 2 décilitres d'eau tiède pure : efforts de vomissement ; la ligature est enlevée au bout de vingt-quatre heures ; néanmoins le chien reste plongé dans l'abattement le plus complet, et succombe dans les vingt-quatre heures suivantes.

2° A trois autres chiens, M. Bouley a administré 0,10 d'émétique (qui n'est point une dose toxique), puis il a lié l'œsophage avec *un fil ciré*, comme M. Jobert : efforts violents de vomissement ; mort après un espace de temps qui a varié entre dix-huit et vingt-quatre heures.

« Mais on m'objectera, continue M. Bouley, que la mort de mes chiens tient à mon procédé opératoire. Non; la mort vient de la ligature de l'œsophage. En voulez-vous la preuve? Je la trouve dans Orfila lui-même. Il dit, dans son *Traité de toxicologie*, que « le nitrate de potasse est toxique pour le chien à la dose de 4 grammes!... »

» J'ai administré 4 grammes de nitrate de potasse à un chien ; je lui ai lié l'œsophage comme le faisait Orfila : il a fait de nombreux efforts de vomissement, et il est mort.

» J'ai donné la même dose de nitrate de potasse à un autre chien auquel je n'ai pas lié l'œsophage : ce chien n'a pas eu la moindre incommodité. Le lendemain, j'ai répété l'expérience en lui liant l'œsophage : il a eu le sort du premier!

» Orfila dit encore que le sulfate de zinc est vénéneux pour le chien à la dose de 30 grammes. Sans doute, en liant l'œsophage. Il l'est même alors à la dose de 2 grammes, ainsi que je l'ai constaté sur deux chiens qui sont morts au bout de dix-huit heures après de terribles efforts de vomissements.

» Mais si l'on a soin de retirer la ligature au bout de deux heures ou deux heures et demie, comme je l'ai fait pour deux autres chiens, on voit les animaux qui avaient d'abord présenté les symptômes ordinaires revenir peu à peu à l'état normal.

» Enfin, Orfila n'a-t-il pas avancé aussi que le sous-nitrate de bismuth est un poison à la dose de 3 grammes? Que va dire M. Monneret, qui le donne à ses malades jusqu'à la dose de 60 à 80 grammes?

» Moi aussi j'ai fait mourir trois chiens avec 3 grammes de sous-nitrate de bismuth; mais je leur avais en même temps lié l'œsophage comme Orfila.

» Ainsi, le nitrate de potasse, le sulfate de zinc et le sous-nitrate de bismuth, administrés à la dose où Orfila les déclare toxiques, n'ont fait mourir que les chiens auxquels l'œsophage avait été simultanément lié. Les chiens auxquels ces substances ont été données selon le mode physiologique ont à peine manifesté quelque incommodité passagère.

» Ces faits ont-ils besoin d'une interprétation? Ne disent-ils pas assez haut que les accidents attribués à l'ingestion de ces substances étaient causés par la ligature du canal œsophagien?

» Et ceci s'applique également bien aux expériences récentes de M. Goubaux sur l'action du sel marin. M. Goubaux administre 10 grammes de sel à un chien, il lui lie l'œsophage, et le chien succombe. M. Reynal donne à un chien 100 grammes de sel marin, sans lui lier l'œsophage ; le chien n'éprouve d'autre symptôme qu'une soif ardente.

» Nous avons administré du sel à deux autres chiens, puis lié l'œsophage. L'un a éprouvé des efforts de vomissement et une agitation extrême ; l'autre n'a eu qu'un peu d'abattement. Chez tous deux, la ligature a été enlevée au bout de deux heures et demie : tous les symptômes se sont dissipés promptement, et les animaux se portent à merveille.

» M. Jobert, qui dit avoir obtenu dans ses expériences des résultats tout à fait différents des miens, cherche l'explication de cette dissidence apparente dans le choix du procédé, dans les manœuvres opératoires, dans la forme et le volume de la ligature, etc.

M. Jobert se fait illusion. Je vais à la recherche de l'œsophage, j'en pratique la ligature comme tout le monde, et je me sers comme lui de fils cirés. Que M. Orfila neveu ne vienne donc plus dire qu'il y a sans doute dans ma manière de faire quelque chose de particulier, d'inconnu, que mon mémoire ne révèle pas. Je lie l'œsophage comme on le lie partout : voilà mon secret !

» J'aimerais mieux chercher la cause de cette différence des résultats obtenus dans un fait de hasard. J'ai déjà dit, en effet, qu'il y avait des chiens très impressionnables, tandis que d'autres se montraient plus ou moins réfractaires aux accidents qui accompagnent certaines opérations. M. Jobert et M. Orfila pourraient bien être tombés, par une sorte de hasard providentiel, sur des chiens de la dernière espèce.

» M. Colin me paraît avoir accordé une trop grande influence aux tiraillements ou à la ligature des nerfs satellites de l'œsophage.

» Quand on lie les nerfs récurrents, il le sait bien, il ne se manifeste pas de troubles abdominaux. La ligature des nerfs pneumogastriques et trisplanchniques, que produit-elle? J'ai fait, à ce propos, des expériences sur deux chiens. L'un d'eux a eu des efforts de vomissement et des symptômes de dyspnée et de suffocation : la suppression de la ligature a fait cesser presque immédiatement ces phénomènes. Le chien n'en est pas mort.

» Le second a succombé, il est vrai, mais non pas avec des lésions dans le tube digestif, mais bien avec les altérations caractéristiques d'une pleuro-pneumonie intense.

» Le tiraillement et la striction des nerfs doit donc perdre beaucoup de l'importance que lui ont attribuée MM. Jobert et Colin. Ce dont il faut tenir compte avant tout dans l'appréciation des résultats expérimentaux, c'est des dispositions individuelles des sujets opérés. »

Après la citation d'un passage de Haller à l'appui des opinions qu'il professe, M. Bouley termine en disant : « Je conclus de toutes mes recherches que, dans les expériences passées, il faut faire la part des accidents provoqués par la ligature de l'œsophage, et que, dans les expériences à venir, il faudra, autant que faire se pourra, écarter cette cause de confusion et d'erreur, en laissant la ligature appliquée le moins longtemps possible. Encore vaudrait-il mieux peut-être substituer à la ligature la constriction du conduit œsophagien au moyen d'une pince spéciale, qui rendrait l'opérateur entièrement maître du sujet. »

M. *Jobert.* Il serait à désirer que la commission désignée par l'Académie se mît promptement à l'œuvre, afin de dissiper le doute qui pèse sur les esprits. Les expériences pourraient être faites pendant les séances mêmes, dans le jardin contigu à la bibliothèque.

Les recherches que j'ai entreprises depuis mardi dernier m'ont encore raffermi dans l'opinion que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec un fil assez fin, ne donnait lieu qu'à des accidents passagers et de peu de gravité. Quoi qu'en dise M. Bouley, les premiers chiens auxquels j'ai lié l'œsophage n'ont présenté aucun symptôme alarmant du côté des voies digestives. Il n'y a eu chez eux ni vomissements ni efforts pour vomir. Ils ont simplement rejeté hors de leur gueule un liquide abondant composé de salive et de mucosités dont l'accumulation dans l'arrière-gorge avait fini par obstruer les voies aériennes et produire des symptômes de suffocation. Voilà ce que j'ai dit, et ce que j'affirme encore avec de nouvelles preuves.

Je maintiens donc les différences essentielles qui séparent mes expériences de celles de M. Bouley. Mais je ne saurais admettre, avec mon honorable collègue, que le hasard puisse être invoqué comme la cause principale de ces dissidences. J'avais cru d'abord pouvoir les attribuer à une différence dans la forme et le volume des liens employés ; mais je renonce à cette explication, puisque M. Bouley assure qu'il s'est servi de fils cirés.

Je ne peux consentir à partager l'opinion étrange que professe M. Bouley relativement à l'innocuité des pressions ou des ligatures exercées sur les nerfs. J'ai souvent irrité les pneumogastriques et les récurrents, et j'ai toujours vu survenir les troubles les plus graves dans les fonctions du cœur, du larynx et des poumons, à la suite de ces manœuvres.

En terminant, M. Jobert met sous les yeux de l'Académie deux œsophages appartenant à des chiens qui ont servi à ses expériences et qu'il a tués par le chloroforme. Sur ces pièces pathologiques, il est aisé de constater les phénomènes de réparation de l'œsophage à la suite de l'application d'une ligature. Les liens sont tombés dans le canal. Les parois du tube œsophagien se sont adossées par leur côté externe ; la muqueuse, ne pouvant pas se réunir à elle-même, a laissé, à l'endroit où elle a été coupée par le fil, un léger sillon circulaire.

Je reconnais, ajoute M. Jobert, la gravité d'une ligature portée sur l'œsophage ; mais cette gravité, selon moi, n'est pas immédiate ; elle ne survient que consécutivement, un assez long temps après l'opération Elle ne saurait donc être invoquée contre les résultats des belles expériences qui ont servi de base à l'édifice élevé par Orfila.

M. *Velpeau.* L'Académie me paraît engagée dans une situation singulière et d'où je voudrais la voir sortir. Une commission a été nommée pour répéter les expériences de M. Bouley et de M. Reynal et pour prononcer entre eux et Orfila. Or voilà que depuis plusieurs séances un débat s'est élevé entre deux membres de la commission, MM. Jobert et Bouley. Cette discussion me semble pour le moins anticipée. Je propose donc à l'Académie de décider que le débat soit ajourné jusqu'à ce que la commission ait fait connaître le résultat de ses opérations.

La proposition de M. Velpeau est mise aux voix et adoptée.

Chimie appliquée. — M. *Piorry* donne lecture d'une *Note sur un lait artificiel* ou *lait-bouillon*, composé par MM. *Choumara* et *Gaudin*. Ce liquide possède la couleur, la consistance et une grande partie des propriétés physiques du lait. Il a, comme lui, une saveur aromatique et agréable. Il est fabriqué avec 3 kilogrammes d'os concassés, 1 kilogramme de viande et 5 kilogrammes d'eau, que l'on chauffe à 140 degrés, dans une marmite de Papin.

M. Piorry ne doute pas que les qualités nutritives de ce liquide n'en fassent un aliment précieux, et qu'il ne puisse remplacer très avantageusement le lait, grâce au prix modique auquel il pourra se débiter.

L'auteur de la note demande donc à l'Académie qu'une commission soit chargée de l'examen de ce lait artificiel.

M. *Boullay* ne voudrait point qu'on donnât le nom de *lait* à une liqueur émulsive qui n'a probablement du lait que la couleur et le goût, mais qui doit en différer essentiellement par sa constitution chimique. Il trouve aussi très insolite que M. Piorry demande une commission et un rapport pour une substance alimentaire, composée par un chimiste étranger à l'Académie, et sur laquelle lui-même vient de lire une note très détaillée qui ressemble beaucoup à un rapport.

M. *Piorry* a expérimenté le lait artificiel ; il en a étudié quelques propriétés importantes ; il l'a même examiné au microscope et y a découvert des globules tout à fait semblables à ceux du lait ; il pense donc que la dénomination de lait artificiel ou de bouillon-lait convient parfaitement au nouvel aliment. Quant à la note qu'il vient de lire, elle avait seulement pour but de faire connaître à l'Académie ce que M. Piorry avait vu et constaté. Ce n'est pas un rapport, par conséquent, et c'est à l'Académie qu'il appartient de porter un jugement définitif sur le lait artificiel soumis à son examen.

Après quelques paroles échangées entre MM. *Velpeau*, *Moreau*, *Bussy* et *Piorry*, l'Académie décide que la question sera renvoyée devant le conseil d'administration.

Appareils. — M. *Scoutetten*, membre correspondant, présente à l'Académie un appareil à fractures, dont nous publions la description page 598.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 22 AOUT 1856.

Rapport de M. Guibout, sur un mémoire de M. le docteur Leménant Des Chenais, intitulé : Considérations sur la fièvre typhoïde.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Fracture de l'humérus avec luxation de cet os, par M. J. Watson.

Quand la fracture du col chirurgical de l'humérus est compliquée de luxation de la tête osseuse, la chirurgie, souvent déconcertée, voit parfois échouer les efforts qu'elle tente pour conserver à la fois au membre ses mouvements et sa force. Essaiera-t-on d'abord de réduire? Doit-on, au contraire, attendre, pour le tenter, que la fracture soit déjà consolidée? En désespoir de cause, se décidera-t-on, comme M. Riberi l'a proposé, à établir entre les deux fragments une fausse articulation qui remplace celle de l'épaule ankylosée?... Ces divers moyens ont tous pu être quelquefois nécessaires, et il faut les connaître. Mais, en général, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de tenter immédiatement la réduction de la luxation.

L'exemple des succès que M. J. Watson a obtenus dans deux cas de ce genre ne sert pas seulement à justifier ce parti : il éclaire encore la conduite à tenir par le chirurgien pour l'exécuter. La double lésion osseuse avait été produite par une cause vulnérante directe. M. Watson chercha à replacer la tête humérale, non-seulement par des tractions exercées sur le bras, mais aussi en appuyant directement sur la tête elle-même par l'intermédiaire d'un coussin (la traction, en effet, ne pouvait, avec une luxation coexistante, servir qu'à relâcher les muscles). Il note aussi que, dans un cas, la réduction, qui n'avait pu s'obtenir tant que le bras était resté dans la direction du tronc, devint facile dès qu'on le porta à angle droit.

La luxation étant immédiatement réduite, on mit la fracture en appareil, et, au terme ordinaire, le blessé avait recouvré l'usage de son membre, comme après une fracture simple. (*New-York Medical Times*, juillet 1855, p. 338.)

Modification au bourdonnet employé dans la ligature médiate des artères, par M. Caleprico.

Lorsque, selon le procédé de Scarpa, on interpose un petit cylindre entre l'artère et le fil qui va l'étreindre, ce cylindre peut glisser, ce qui nécessite un aide pour le maintenir, et empêche de le placer lorsque le vaisseau est situé profondément. M. Caleprico remédie à cet inconvénient en perçant le cylindre de deux trous sur ses bords. Le fil, préalablement engagé par ces trous, fait désormais corps avec le cylindre, et ne risque plus d'en être séparé par les frottements auxquels donne lieu le placement de la ligature.

Il est possible que ce perfectionnement d'un procédé tombé en désuétude contribue à lui rendre le crédit que des moyens plus simples lui ont enlevé. (*Filiatre Sebezio*, novembre 1855, p. 177.)

De la luxation sciatique du fémur, par M. Marcacci.

Variété rare, niée même par quelques auteurs, cette luxation mérite cependant de garder sa place dans le cadre nosologique. M. Marcacci en cite deux exemples. Nous ne reproduirons pas le premier. Quoique l'auteur ait constaté — mais sur le vivant seulement — tous les signes d'une luxation en arrière et en bas, c'est-à-dire entre la tubérosité et l'épine sciatique, le déplacement dans ce sens pouvait bien n'être que consécutif; car l'auteur, qui n'a vu le blessé qu'au bout d'une semaine, nous apprend que, le premier jour, des chirurgiens distingués s'étaient déjà épuisés en efforts infructueux pour obtenir la réduction, ce qui avait bien pu faire changer la tête de place.

La même objection ne saurait être opposée au fait suivant. Un homme fortement constitué se fit, en tombant, une luxation de la hanche que le professeur Burci réduisit heureusement trente-six heures après l'accident. Une maladie étrangère fit succomber le blessé quelques instants après la réduction, et voici les lésions que l'autopsie permit de constater :

Peau et muscles fessiers intacts, ainsi que le pyramidal. Nerf sciatique fortement ecchymosé à sa sortie du bassin et jusqu'au milieu de la cuisse. Larges ecchymoses sur le corps du demi-tendineux et du demi-membraneux. Le carré crural a son bord supérieur rompu près de l'insertion fémorale; un lambeau de ce muscle, arraché, pend même sur le grand fessier. L'obturateur externe était déchiré depuis son milieu jusqu'à la partie la plus externe de sa portion musculaire, son tendon restant adhérent à la partie inférieure du muscle, dont la supérieure se perdait parmi les tissus lacérés et contus de l'articulation. Le jumeau supérieur était ecchymosé, l'inférieur rompu en totalité dans son milieu. En regardant en ce point, on y apercevait une cavité arrondie, colorée de rouge brun, répondant à l'intervalle qui sépare le sourcil cotyloïdien de la tubérosité sciatique, ou mieux à l'espace limité par l'épine sciatique, la tubérosité du même nom et la dépression postérieure du contour cotyloïdien.

Il était évident que la tête du fémur s'était arrêtée dans cet endroit. En effet, tandis que le jumeau inférieur était rompu en deux points et déchiré au plus haut degré, le jumeau supérieur était intact et adhérait à l'os par toute la surface horizontale, sur laquelle il repose ordinairement, de l'épine sciatique au grand trochanter.

Voici, d'ailleurs, une expérience qui démontre la réalité du fait. La capsule fibreuse était déchirée largement et irrégulièrement dans tout son segment inférieur interne; le ligament inter-articulaire était rompu à son insertion cotyloïdienne. Eh bien! si l'on portait la cuisse dans l'adduction et dans la rotation en dedans, la tête du fémur sortait de la cavité cotyloïde, se tournait en arrière; son segment antérieur se jetait dans la cavité ci-dessus décrite, le grand trochanter se dirigeant en avant et se rapprochant de l'épine iliaque antéro supérieure. C'était merveille de voir le même déplacement se reproduire toujours de la même manière, par la même voie, avec les mêmes rapports. Et il était impossible qu'il en fût autrement; car la lésion remarquable de la partie où la tête fémorale s'était arrêtée, l'intégrité de celles où elle se loge, dans les cas ordinaires, après la luxation postéro-supérieure, montraient qu'il s'agissait bien ici de la variété de déplacement la plus rare, de la luxation sciatique. (*Gazzetta medica italiana*, *Toscana*, 18 mars 1856, p. 97.)

Œsophagotomie, par M. Cock.

Quoique opération parfaitement réglée dans ses temps successifs, l'œsophagotomie a été pratiquée si rarement, que la plupart des chirurgiens, s'exagérant les difficultés du manuel ou la gravité des suites, abandonnent leurs malades plutôt que de recourir à un moyen qu'ils n'ont jamais eu occasion de voir mettre en œuvre. L'exemple suivant, par la simplicité de l'exécution, par la promptitude du succès, contribuera à dissiper cette injuste défiance.

Un domestique de vingt et un ans avala, durant la nuit, une dent artificielle ainsi que l'appareil par lequel on l'avait fixée à la dent voisine. Quatre jours après, le malade ne pouvant avaler aucun aliment, et les diverses tentatives faites pour extraire le corps étranger étant restées sans résultat, M. Cock en vint à l'opération.

Le patient étant chloroformisé, il fit une incision depuis le bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire gauche, divisant la peau, le peaucier, le fascia cervicalis et quelques artères qu'on lia. Dans un second temps, il coupa l'omo-hyoïdien et quelques fibres des sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien, puis une des branches de l'artère thyroïdienne supérieure. Il tira alors la carotide au dehors, ainsi que le sterno-mastoïdien, et continua la dissection le long du bord externe de la glande thyroïde, en divisant le tissu cellulaire moitié avec la lame ou le manche

du bistouri, moitié avec le doigt, jusqu'à ce que le corps des vertèbres fût mis à nu. Pour sentir, et encore d'une manière assez obscure, le corps étranger, il fallut porter le larynx de côté, et passer derrière lui un doigt, qui reconnut le corps à travers la paroi postérieure du pharynx. Il était situé derrière le cartilage cricoïde. On ouvrit le conduit pharyngien en ce point, et l'on put extraire la dent artificielle.

La plaie ne fut pas réunie. Simple pansement à l'eau froide. On donne de la glace, dont le malade tient constamment un morceau dans la bouche, plus un peu de vin et de bouillon. Peu de jours après, la guérison était complète. (*The Lancet*, 2 février 1856, p. 126.)

Épithélium vibratile dans les kystes du testicule,
par Th. Billroth.

Parmi les éléments de l'organisme normal qu'on rencontre dans les productions pathologiques, les cellules épithéliales occupent une place assez importante. Le plus souvent, ce sont des cellules d'épithélium pavimenteux qu'on observe dans ces cas, rarement des cellules d'épithélium cylindrique; mais ce n'est que dans des circonstances extrêmement rares qu'on a rencontré des cellules à cils vibratiles dans des régions où il ne s'en trouve point normalement. M. Billroth ne cite que les observations suivantes: Baum a rencontré de l'épithélium vibratile sur des polypes de l'oreille, Meissner dans des kystes de ces mêmes polypes, Wedl dans ceux d'un ostéosarcome du sacrum. L'observation suivante nous montre un cas où des cellules vibratiles se sont rencontrées dans des kystes du testicule; elle est la seule de ce genre que la science possède jusqu'ici.

La tumeur dont faisaient partie ces kystes, provenait d'un homme de vingt et un ans; elle s'était développée dans l'espace de onze mois, sans cause connue, et en s'accompagnant de douleurs très vives. Les ganglions lymphatiques de l'aine étaient exempts d'altération. Le testicule droit avait pris le volume du poing; la tumeur était nettement fluctuante, mais en arrière on sentait une production solide, du volume d'une prune.

A l'opération, on ne trouva rien dans la tunique vaginale; en incisant la tumeur, on donna issue à un liquide jaunâtre. Dans la cavité du kyste ouvert se trouvait une masse mollasse, du volume d'un œuf, et libre de toute adhérence; les parois du kyste étaient épaisses, très dures et comme villeuses. En présence de ces altérations, on jugea impossible la conservation du testicule: on pratiqua l'extirpation complète de l'organe, en faisant la section du cordon.

Voici ce que l'examen de la tumeur fit constater:

La tumeur avait le volume d'un œuf d'oie; l'épididyme était sain; le testicule tout entier avait disparu et s'était confondu avec la paroi du kyste, épaisse de 2 lignes. La paroi postérieure de la poche était inégale et garnie d'une substance molle et rougeâtre, analogue à la masse libre dont nous avons parlé. Celle ci s'était évidemment détachée récemment, peut-être pendant l'opération ou pendant les explorations qui l'avaient précédée; au microscope, elle se montra composée de cellules finement granulées, à gros noyaux, et de beaucoup de noyaux libres et brillants, le tout au milieu d'un réseau capillaire très développé; les vaisseaux étaient remplis de corpuscules sanguins, et, de même que les cellules, infiltrés de graisse. Quelques cellules étaient manifestement en voie de scission. La paroi antérieure était lisse, mais ne présentait point une couche épithéliale régulière: on n'y trouvait que des détritus de cellules et des cristaux de cholestérine, avec des membranes amorphes plissées, détachées en lambeaux et dans lesquelles étaient disséminés des noyaux. Il fut impossible de trouver aucune trace de la substance propre du testicule; la tunique albuginée, notablement épaissie, semblait former toute la paroi du kyste.

En arrière et au-dessus de ce kyste, se trouvait le corps solide, du volume d'une prune, qu'on avait reconnu avant l'opération. En le divisant en deux, on reconnut qu'il était composé d'une multitude de petits kystes dont le volume variait entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois, et qui étaient fortement distendus par un liquide séreux incolore. Les parois de ces kystes, qui ne communiquaient nullement entre eux, étaient blanches et de consistance presque cartilagineuse; elles étaient composées de tissu conjonctif, et recouvertes, à leur face interne, d'un épithélium très régulier, formé de trois à quatre couches; les couches profondes étaient constituées par des noyaux arrondis; la couche superficielle consistait en cellules très distinctes, *garnies de cils très fins*. Ces cellules avaient une forme variable: en général, elles étaient cylindriques ou coniques; quelques unes cependant étaient sphériques ou elliptiques; toutes renfermaient un ou deux noyaux sphériques. On essaya de mettre ces cils en mouvement au moyen des réactifs chimiques appropriés, et l'on ne réussit pas d'abord; mais, en ouvrant quelques kystes sous le microscope et en examinant les cellules enlevées en raclant la paroi avec un scalpel, l'auteur trouva une foule de cellules animées des mouvements les plus vifs, et quelques-unes, arrondies, qui exécutaient des mouvements de rotation autour de leur axe et imprimaient aux corpuscules sanguins voisins des mouvements tourbillonnants. (*Deutsche Klinik*, n° 10.)

Moyen simple de réduire la luxation de l'humérus dans l'aisselle, par M. Birkett.

Voici le moyen, très simple en effet, qui a suffi à l'auteur pour réduire une luxation axillaire de l'humérus, datant de quatre jours, chez un robuste campagnard. Placé à côté du patient, le chirurgien applique sa main droite contre l'aisselle, en appuyant le doigt indicateur sur l'apophyse coracoïde et le pouce sur la crête inférieure du même os (pendant que le bras est à angle droit sur le tronc). La tête luxée est ainsi logée dans la cavité que forment les têtes des métacarpiens, de l'indicateur et du pouce du chirurgien, cavité dont les bords servent aussi de levier. De cette façon, la contre-extension est faite, l'omoplate étant solidement fixé.

Il ne reste plus qu'à exécuter l'extension en tirant sur l'humérus de la main gauche.

Cette double traction simultanée réussit parfaitement, secondée, il est vrai, par l'action du chloroforme.

Avec ce procédé, l'opérateur se passe d'aide, et il y gagne en puissance autant qu'en simplicité; car l'extension et la contre-extension étant exercées par la même volonté, il ne se dépense pas un atome de force en pure perte. (*The Lancet*, 2 février 1856, p. 126.)

Nouveau procédé pour la cure du symblépharon,
par M. Laugier.

L'adhérence des paupières à la cornée a suggéré une foule de moyens, dont le nombre, la diversité, l'étrangeté, la barbarie même, sont une preuve de la difficulté extrême d'atteindre le but. A son tour M. Laugier fonde une espérance nouvelle sur un principe différent. L'opération qu'il vient de mettre en usage convient au symblépharon dans tous les cas. Elle a pour objet de mettre en contact le globe oculaire, séparé des brides cicatricielles, avec la face muqueuse et non saignante des lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérentes par leur base aux paupières et renversées en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de diachylon.

Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive où le sommet des lambeaux sera plongé.

L'opération, ainsi conçue, a été exécutée le 11 octobre 1855, chez une jeune fille atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières droites à la demi-circonférence de la cornée. Tout mouvement dans ce sens était gêné et causait une douleur accompagnée de céphalalgie.

Six jours après l'opération, les fils ont pu être retirés; l'œil avait

repris ses mouvements, qu'il a conservés depuis. (*Archives d'ophthalmologie*, nov. et déc. 1855, p. 256.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires, considérées spécialement chez les hommes âgés, et sur celui des rétrécissements de l'urèthre, suivies d'un essai sur la gravelle et sur la pierre, principalement sur la lithotritie, l'extraction des fragments, et sur celle des autres corps étrangers. 1 vol. in-8, avec figures intercalées, par M. L.-Aug. Mercier. 1856, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Il n'est pas un praticien qui n'apprécie à leur haute valeur les données précieuses fournies par les recherches de M. Mercier sur les valvules vésicales et leur traitement, sur le diagnostic des maladies de la prostate, etc., etc. Seul, peut-être, l'auteur ne croit pas ses services en aussi grande estime qu'ils le sont; et, prenant pour expression du jugement public les clameurs intéressées de quelques rivaux, il se juge méconnu et consume pour sa propre défense une partie de ce temps qu'un homme de son mérite doit exclusivement au perfectionnement de l'art.

L'ouvrage que nous venons de lire porte le reflet de cette préoccupation à double face à laquelle M. Mercier semble ne pouvoir se soustraire. Tout entier, en apparence, — et dans sa plus grande partie en réalité, — il comprend des remarques du plus puissant intérêt, justifiées par des faits nombreux, et surtout ne dépassant jamais dans l'interprétation théorique la stricte limite de ce que permet l'observation pratique. Sous ce rapport, la nouvelle publication de M. Mercier, qui initie le lecteur à la suite de ses investigations, leur donne un complément indispensable à connaître; car l'auteur est un esprit progressif dans le sens le plus louable du mot; sachant confesser ce qu'il y a de nécessairement défectueux dans un premier jet, impartial même envers ses propres idées, mais ne les soutenant ou ne les modifiant jamais que d'après un examen plus approfondi des faits pathologiques qui les ont engendrées ou des corollaires thérapeutiques auxquels elles peuvent conduire.

Mais, profitant de l'occasion, comme il le dit lui-même, *pour cicatriser quelques-unes de ses blessures*, notre confrère entremêle l'exposé de ses titres scientifiques de débats entièrement personnels, débats qui, grâce à l'attachante valeur de ce que l'ouvrage contient de pratique, ne peuvent manquer de former pour le lecteur un contraste frappant. Il ne nous appartient pas de juger de l'opportunité de cette polémique. Chaque homme sent à sa manière de telles blessures, et les panse à sa guise. Victime nous-même, peut-être suivrions-nous l'exemple qui, en tant que témoin désintéressé, nous surprend aujourd'hui. Tout ce que nous pouvons dire sur le fond de ces interminables contestations urologiques, c'est que, s'il y a chez les adversaires de M. Mercier une habileté extrême, il possède, lui, indépendamment de la justice de sa cause, un sincère amour de la vérité et une façon simple et franche de la défendre qui lui donnent, aux yeux de tout juge plus attentif aux choses mêmes qu'à la forme, un avantage incontestable et très souvent décisif.

Citons quelques-uns des faits solidement établis par M. Mercier dans ce livre. Il traite d'abord de l'atonie vésicale. Sans prétendre que ce viscère ne puisse jamais perdre sa contractilité, il pense que ceci est ordinairement l'effet, non d'une perturbation nerveuse directe, mais de la gêne apportée par un obstacle au cours de l'urine, et montre dans les lésions situées au niveau du col vésical la cause la plus fréquente de cet obstacle. Dans ces cas, il peut, outre l'obstacle, se produire plus tard une inertie des parois du réservoir; mais elle provient de ce que les efforts de l'organe pour vaincre la résistance l'ont en quelque sorte épuisé. C'est donc un état consécutif. — Comme conséquence pratique, on apprend par là qu'on lutterait en vain contre cette faiblesse par l'emploi exclusif des toniques les plus accrédités, cantharides, seigle ergoté, galvanisme, injections froides, etc. Il faut commencer par attaquer l'obstacle; très souvent alors l'inertie disparaît graduellement. Si elle persiste, on use contre elle des médications directes, qui, en ce cas, redeviennent parfaitement indiquées.

On connaît les services multipliés, sans contestation ni rivalité possibles, dus à la sonde coudée qui garde, à juste titre, le nom de M. Mercier. Mais parfois l'introduction de cette forme de cathéter rencontre quelques difficultés, ce qui tient soit à ce que le ligament suspenseur est trop court et ne permet pas d'abaisser suffisamment la tige de l'instrument, soit à ce que la vessie distendue entraîne la prostate en haut et en avant, changement qui force à abaisser la tige au delà de ce que le ligament, en le supposant même de longueur ordinaire, permet d'exécuter sans tiraillements. En somme, la difficulté venant de ce que la tige (ou manche) de la sonde ne peut être abaissée autant qu'il le faut, la correction était tout indiquée. Il a suffi d'imprimer à la sonde une seconde courbure de 3 centimètres au-devant de la première, et du même côté, dans le même sens que celle-ci, ce qui lui donne la forme d'une ligne brisée ou d'une portion de polygone. L'angle de cette seconde courbure est obtus, de 145 degrés environ.

Une autre excellente idée de M. Mercier demande à être mentionnée, parce qu'elle nous paraît susceptible d'une extension fructueuse. Un malade portait une saillie au bord postérieur de la vessie, et au-devant, sur la même paroi du canal, une fausse route extrêmement difficile à éviter pour le cathéter; quoi qu'on fît, celui-ci tendait irrésistiblement à s'y engager. M. Mercier prit une sonde Mayor à œil unique sur sa convexité, et adoucit avec un canif le plan que forme le côté vésical de cet œil; puis, cette sonde ayant été poussée et son bec s'étant engagé dans le commencement de la fausse route, une petite sonde très flexible de gomme élastique fut poussée dans sa cavité, glissa par l'œil et pénétra dans la vessie.

L'hypertrophie prostatique, cette compagne fatale de la vieillesse qu'elle abrége et désole, n'a pas encore trouvé son remède. Néanmoins, parmi les médications locales dirigées contre elle, la compression est l'une des plus efficaces; malheureusement, c'est encore l'une de celles où l'imperfection du procédé discrédite l'indication de la manière la plus persistante. Aucun des *redresseurs* imaginés dans ce but n'a mérité les suffrages des praticiens. M. Mercier en voit une cause dans cet inconvénient qui leur est commun à tous: c'est que si l'on veut prolonger leur action, ils opèrent une dépression assez douloureuse sur la paroi inférieure de l'urèthre au niveau du ligament suspenseur. Il y a obvié en poussant dans une sonde élastique préalablement introduite, non plus un corps rigide, mais une tige d'acier flexible dans le tiers de son étendue. Lorsqu'on élève son manche, elle agit à la manière d'un levier du premier genre, et, prenant un point d'appui sur le bord inférieur de l'arcade pubienne. elle exerce par son extrémité vésicale une pression énergique sur le bord postérieur du col.

L'œuvre de prédilection de l'auteur — l'histoire des valvules du col vésical — devait attirer encore son infatigable ardeur. Il la traite aujourd'hui principalement au point de vue diagnostique et thérapeutique, s'attachant à distinguer l'une de l'autre, sur le malade, les deux espèces musculaire et prostatique par leurs effets cliniques ainsi que par leurs signes sensibles. Mais c'est surtout du traitement par l'incision qu'il s'est occupé, et le présent mémoire contient sur ce sujet des données extrêmement importantes. Quatorze observations authentiques rendent incontestable la réalité du service que l'opération peut rendre dans ces cas si graves; et, en même temps qu'elles engageront le jeune praticien à ne plus se priver de ce secours, elles l'initient aux préceptes à suivre pour le rendre aussi sûr qu'il est efficace. Ce chapitre est un enseignement complet, un corps de doctrine et un recueil de règles opératoires à l'abri d'objections. En voyant le chemin qu'ont fait ses idées, l'auteur peut se consoler de l'éclat passager du succès pécuniairement plus considérable qu'ont usurpé d'autres opérations mises en parallèle avec la sienne. La postérité ne s'y trom-

pera pas : elle réformera un jugement célèbre et rétablira dans ses droits, fondés sur l'anatomie, le soulagement instantané et durable de l'une des infirmités les plus désespérantes et les plus méconnues dont l'humanité eût à souffrir, et la science médicale, jusqu'ici, à rougir.

Dans cette analyse, nécessairement incomplète puisqu'elle porte justement sur un livre remarquable par l'abondance et la variété des détails pratiques, nous ne pouvons même indiquer les points nombreux que l'auteur a éclairés par ses méditations ou ses expériences personnelles. Nous laissons au lecteur le plaisir de les chercher; mais nous ne le quitterons pas sans lui recommander de s'en tenir exclusivement à ces sujets. M. Mercier n'a point la vocation d'un classique; dès qu'il est conduit à exposer les idées qui sortent de sa spécialité, le dégoût, ce semble, s'empare de sa plume, et il se borne à abréger, sans appréciation ni discussion aucune : témoin son chapitre sur les médications préconisées contre le catarrhe vésical. C'est là un effet de sa nature franche, de son talent exclusivement voué au progrès. Ennemi de toute dissimulation, constamment préoccupé d'améliorer son domaine propre, s'il rencontre sur son chemin une question qui ne lui en offre pas l'occasion, nous ne comprendrions pas, nous lui en voudrions presque, qu'il feignît de s'y intéresser.

P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

Banquet offert à l'armée d'Orient.

Le banquet offert par le corps médical aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient a eu lieu hier 20 août, à l'hôtel du Louvre. La grande salle de cet hôtel, ornementée dans le goût des galeries de nos palais royaux, presque aussi vaste, étincelante de lumières, était traversée dans toute sa longueur par quatre tables de plus de cent couverts chacune, autour desquelles les broderies du costume militaire, les croix, les cordons, l'habit rouge anglais, le béret turc, rompaient de la façon la plus pittoresque les longues files d'habits noirs. Quatre vingt-dix invités environ étaient reçus par près de quatre cents souscripteurs. On peut affirmer en toute assurance que, sans les froissements qui se sont produits au début de la souscription, et qui n'ont pas seulement jeté l'hésitation dans le corps médical, mais ont encore amené des embarras d'une autre sorte et de plus sérieux, on peut, disons-nous, affirmer que plus de six cents convives seraient venus prendre part à cette fête confraternelle; car, du moment où l'on a su que le banquet se ferait décidément, le mouvement de la souscription a pris une activité remarquable : plus de cent confrères se sont présentés le dernier jour, quelques-uns trop tard pour être admis. On a vu avec plaisir au sein de la réunion ceux-là mêmes qui n'en avaient pas tout d'abord approuvé la pensée.

Au dessert, M. Paul Dubois, président de la commission, a pris la parole pour exprimer les sentiments qui avaient conduit à cette manifestation une si notable partie du corps médical; pour rendre hommage au courage, à l'humanité, au talent de nos confrères de l'armée et de la flotte; pour adresser enfin un douloureux souvenir à ceux qui sont tombés sur le champ de bataille ou dans les hôpitaux, et appeler la sympathie sur leurs veuves et leurs enfants. Nous donnons ci-après ce discours, qui a été, presque à chaque phrase, interrompu par de vifs applaudissements, et qui le méritait bien par l'à-propos et par la forme élevée de la pensée. Le discours de M. P. Dubois se terminait par plusieurs toasts successifs, auxquels ont répondu tour à tour MM. Bégin, Jules Roux (de Toulon), Baudens, et deux médecins, l'un anglais, l'autre turc, dont nous dirons les noms dès qu'ils nous seront connus. L'honneur de porter la parole au nom de l'armée de terre avait été offert à M. Michel Lévy, comme ayant rempli, en Crimée, les fonctions d'inspecteur; mais, par un louable sentiment, il avait prié qu'on reportât cet honneur sur M. Bégin, son ancien maître et président du conseil de santé des armées.

Voici le discours de M. P. Dubois :

Messieurs et Chers confrères,

Lorsqu'au milieu de l'émotion la plus vive et la plus profonde, Paris vit rentrer dans ses murs les premières colonnes de notre armée victorieuse, une voix illustre et puissante rappela, dans un magnifique langage, qu'après les guerres heureuses de la république, le sénat et les consuls allaient aux portes de Rome recevoir leurs légions triomphantes. La fête qui nous rassemble ne saurait avoir le prestige de ces grands souvenirs. Mais elle tend au même but moral, elle a lieu dans les mêmes circonstances, elle est provoquée par les mêmes sentiments, et la table hospitalière à laquelle nos invités sont venus s'asseoir est le symbole modeste de ces anciennes et sympathiques ovations.

Vous le savez, mes chers confrères, un double sentiment de reconnaissante admiration et de pieux patriotisme a inspiré la pensée de cette réunion confraternelle. Nous avons voulu féliciter et fêter ceux de nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont eu l'heureuse fortune de braver les dangers et de résister aux labeurs indicibles d'une guerre formidable et lointaine ; nous avons voulu signaler à la haute estime et à la gratitude de notre pays, l'humanité courageuse et habile dont ils ont donné tant de preuves.

Mais un devoir plus impérieux encore nous était imposé : celui d'évoquer le souvenir et de glorifier la mémoire de ceux de nos confrères qui, dans l'accomplissement de leurs fonctions périlleuses, sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement. Vous avez répondu à notre appel avec un empressement digne de la noble profession à laquelle vous appartenez, des grands événements qui viennent de s'accomplir et de l'œuvre sainte à laquelle vous vous êtes si libéralement associés.

Lorsque, pour assister à cette réunion solennelle, vous avez, presque tous, franchi de grandes distances, délaissé vos occupations et vos familles, vous ne vous êtes pas mépris sur le caractère et sur la portée de cette imposante manifestation; vous n'avez songé ni au choix de l'heure et du lieu, ni aux détails secondaires et insignifiants de la forme qu'elle revêtirait, vous n'avez eu qu'une pensée, celle de donner un grand et généreux exemple de patriotisme et de dévouement confraternel. C'est à l'expression de ces sentiments élevés que se sont associés les gouvernements de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman, lorsqu'ils nous ont fait l'honneur de choisir pour représenter la médecine militaire de leurs nations les hôtes illustres qui sont assis à nos côtés.

Mais quelque éclatants que soient les témoignages de votre gratitude, ne craignez pas qu'ils puissent être supérieurs aux mérites que vous voulez honorer ; nos confrères ont dû malheureusement donner l'exemple de tous les courages.

Dans cette guerre de siége, l'ambulance était pour ainsi dire sur le champ de bataille ; elle touchait à la tranchée, et là, protégés imparfaitement par des murs délabrés, confondus avec les bataillons accroupis dans la neige et dans la boue, à travers les balles et les obus, les représentants du corps médical veillaient jour et nuit, et quand sonna l'heure de l'attaque du mamelon Vert et de la tour Malakoff, le sang de plusieurs d'entre eux, blessés dans les colonnes d'assaut, se mêla à celui de leurs compagnons d'armes, et scella cette noble et suprême communauté.

Mais le champ de bataille sur lequel se déployaient les qualités brillantes de nos soldats, l'intrépidité, la bravoure, l'ardeur impétueuse et irrésistible, le champ de bataille n'est pas le théâtre exclusif de tous les courages et de tous les dévouements ; la force d'âme, le respect du devoir, porté jusqu'à l'héroïsme, se montrent souvent sur une autre scène annexe, douloureuse et inséparable du champ de bataille, l'hôpital.

Aucun des fléaux qui naissent sous les pas des armées nombreuses, qu'elles traînent fatalement après elles, et qui les déciment sans relâche, aucun de ces fléaux n'a épargné notre armée d'Orient. Dans l'espoir de prévenir, ou du moins de modérer, si cela était possible, les effets redoutables de cette calamité, une sage et ac-

tive prévoyance créa des hôpitaux sur les hauteurs qui dominent Constantinople, et sur les rives du Bosphore et des Dardanelles. Des transports périodiques et nombreux de la Crimée les remplirent rapidement, et ces asiles de la souffrance et du courage malheureux devinrent en quelques jours des foyers pestilentiels. La conscience d'un péril, dont ils connaissaient toute l'étendue, n'ébranla pas un seul instant, chez nos confrères, la conscience du devoir. Ils le remplirent jusqu'à la fin avec la constance et l'abnégation des âmes fortement trempées. Beaucoup d'entre eux succombèrent, et tel est aujourd'hui le chiffre connu de ces glorieuses victimes, qu'il n'a d'égal dans aucun des corps d'officiers de l'armée d'Orient. Ces pertes sont cruelles, elles laissent des veuves et des orphelins dans un état voisin de l'indigence. Une loi, devant l'autorité de laquelle nous devons nous incliner, aurait pu adoucir ces situations regrettables, elle l'a fait incomplétement.

Nous venons, mes chers confrères, d'honorer le corps médical de l'armée d'Orient dans la personne de ceux de ses membres distingués qui le représentent à ce banquet; après cet hommage éclatant et mérité rendu aux vivants, honorons utilement la mémoire des morts : nous ne le ferons jamais mieux, qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et les orphelins qu'ils ont laissés sans fortune et sans appui.

Après ce discours, M. le président propose les toasts suivants qui reçoivent de l'assemblée l'accueil le plus cordial.

A la mémoire des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, qui ont glorieusement rempli leur devoir, et sont tombés victimes généreuses de leur zèle et de leur dévouement !

A l'Empereur !

Sa sollicitude pour tout ce qui touche à l'honneur et au bien-être de l'armée ne s'est jamais démentie. Elle ne fut jamais plus prévoyante et plus active que dans cette guerre qu'il a terminée par une paix glorieuse.

Puisse la médecine militaire lui devoir un jour le rang et les avantages que possèdent les autres hiérarchies de l'armée, et qui ne sauraient manquer de lui assurer la considération et le bien-être dont elle est si digne !

Puisse cette sollicitude bienveillante et généreuse ajouter son puissant concours à nos propres efforts pour le soulagement efficace des veuves et des orphelins que la mort de nos confrères a laissés sans appui !

A nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient ! Par leur humanité habile, courageuse et infatigable, ils ont su mériter la haute estime et la reconnaissance de leurs concitoyens.

Aux membres du corps médical de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'empire ottoman qui nous ont fait l'honneur d'assister à ce banquet ! L'union politique de ces puissances a fait notre force ; que notre union confraternelle soit l'heureuse consécration de notre estime et de notre affection réciproques !

Le lendemain de la fête, les médecins militaires, représentés par une députation, ont été remercier M. Paul Dubois, président du banquet, et MM. les membres de la commission.

M. Scoutetten, ancien médecin-chef des hôpitaux de Constantinople, a prononcé les paroles suivantes :

Monsieur le Président,

Les médecins militaires de l'armée d'Orient, reconnaissants de l'accueil bienveillant et chaleureux des médecins civils de Paris et de la France, ont voulu, avant de s'éloigner, vous exprimer leurs sentiments de reconnaissance et de parfaite confraternité.

La fête que vous leur avez donnée, et que vous avez présidée avec une dignité qui en relève l'éclat, présente un caractère de grandeur et de noblesse qui frappe tous les esprits : n'écoutant que vos inspirations, vous avez voulu honorer des actes de courage, de dévouement ou de ferme résignation.

Cette manifestation nous touche et nous élève; personne mieux que nos pairs ne peut être juge de notre conduite; et lorsque vous dites qu'elle a répondu aux sentiments qui vous animent vous-mêmes, la France vous croira, parce qu'elle sait que vous et vos collègues vous êtes des hommes de cœur et de haute intelligence. Aux bonnes et grandes pensées, vous avez su allier les sentiments généreux; personne n'a été oublié; présents et absents ont eu part à vos souvenirs et à ceux de MM. les membres de la commission; vous avez honoré les morts et vous voulez consoler les veuves et les orphelins.

Cette sympathie touchante trouvera de l'écho; les médecins civils et les médecins militaires s'uniront encore dans cet acte de pieuse confraternité, et bientôt des voix reconnaissantes s'élèveront pour remercier et bénir les amis des pères qui n'existent plus. Merci à vous, Monsieur le président. Merci à vous, Messieurs les médecins civils, les annales de notre corps enregistreront soigneusement tous les faits de cette belle et bonne journée.

Dans leur dernière réunion, les commissaires du banquet, en attendant l'institution de la commission qui a été annoncée pour préparer les voies et moyens d'une souscription en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée et de la flotte, ont décidé qu'une souscription serait ouverte immédiatement parmi eux.

Ont souscrit les membres présents :

MM. Paul Dubois : 200 fr. ; Maheux, 20 fr. ; Jamain, 20 fr. ; Cerise, 20 fr. ; Bouillaud, 100 fr. ; Alex. Mayer, 20 fr. ; Dechambre, 20 fr. ; Chassaignac, 20 fr. ; Latour (Amédée), 20 fr. ; Ricord, 100 fr.

On nous écrit de Vienne :

« M. le professeur Schrötter est parvenu à trouver, pour les médecins et naturalistes français qui se proposent de se rendre au Congrès scientifique de Vienne, *cinquante logements dans la même maison*, qui seront mis GRATIS, service compris, à la disposition de ceux qui en feront la demande. Les logements seront disponibles à partir du 10 septembre. » G. M.

Nota. On peut s'adresser à la direction de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui se chargera de transmettre les demandes à M. le professeur Schrötter.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un des hommes qui ont le plus honoré en Allemagne la profession médicale. M. le docteur Henschel, professeur de médecine et recteur de l'Université de Breslau, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie, à l'âge de 66 ans.

— Par décret impérial en date du 11 août 1856, M. Maisonneuve (Auguste-Alfred-Camille), chirurgien de 1re classe de la marine, a été nommé au grade de médecin professeur.

— Un concours pour l'admission à des emplois de médecin stagiaire à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, aura lieu à Strasbourg le 3 septembre prochain ; à Montpellier, le 26 du même mois, et à Paris, le 16 octobre suivant.

Sans rien préjuger pour l'avenir, l'administration de la guerre est fondée à croire qu'un concours de même nature aura lieu au mois de septembre 1857, pour que les candidats qui seraient reconnus aptes se trouvent en mesure d'entrer en fonctions à l'École du Val-de-Grâce, du 10 au 20 janvier 1858.

— Un concours pour deux places de médecins des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira, le 27 février 1857, devant le conseil d'administration des hôpitaux de cette ville, assisté d'un jury médical.

— MM. Guyon et Eugène Nélaton viennent d'être nommés aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'Ecole-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 29 AOUT 1856. — N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 27 août 1856, M. Paul GERVAIS, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Dunal, décédé.

Circulaire aux Recteurs relative aux concours pour l'agrégation de médecine.

Paris, le 26 août 1856.

Monsieur le recteur, l'arrêté du 7 mars 1856, qui a ouvert des concours pour un certain nombre de places d'agrégés stagiaires à répartir entre les Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, a déterminé avec raison à quelles sections devraient être attachés les agrégés nouveaux. Mais chacune des quatre sections d'agrégés instituées par l'article 43 du statut du 20 décembre 1855 comprend des enseignements très divers. Dans l'intérêt du service des Facultés, et pour favoriser autant que possible les vocations spéciales, il m'a paru utile de déterminer avec encore plus de précision les places mises au concours, et d'indiquer d'avance l'objet même de l'enseignement particulier pour lequel les candidats auront à concourir.

Après m'être enquis avec le plus grand soin des besoins des trois Facultés de médecine, j'ai décidé que le concours qui doit s'ouvrir à Paris le 2 novembre prochain, pour huit places d'agrégés stagiaires, porterait sur les objets suivants :

	1re section des sciences anatomiques et physiologiques.		2e section des sciences physiques.	
Faculté de médecine de Paris.	Anatomie et physiologie ...	1 place.	Physique...	1 place.
	Histoire naturelle.......	1 place.	Pharmacie et toxicologie ...	1 place.
	Total...	2 places.	Total...	2 places.
Faculté de médecine de Montpellier.	Histoire naturelle	1 place.	Pharmacie et toxicologie ...	1 place.
Faculté de médecine de Strasbourg.	Anatomie et physiologie ...	1 place.	Chimie.......	1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Paris le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Paris, portera sur les objets suivants :

3e *section* ...... Médecine proprement dite .... 5 places.
5e *section* ...... Chirurgie proprement dite.... 3 places.
Accouchements .... 1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Montpellier le 2 janvier prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Montpellier, portera sur les objets suivants :

3e *section*...... Médecine proprement dite..... 3 places.
4e *section*...... Chirurgie proprement dite..... 1 place.

Le concours qui doit s'ouvrir à Strasbourg le 2 janvier prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires à attacher à la Faculté de médecine de Strasbourg, portera sur les objets suivants :

3e *section*...... Médecine proprement dite ..... 1 place.
4e *section*...... Chirurgie proprement dite..... 1 place.

Les dispositions qui précèdent sont parfaitement conformes à l'esprit et à la lettre du statut du 20 décembre, qui doit être strictement exécuté ; elles n'apportent aucune modification à l'arrêté de mon prédécesseur, du 7 mars 1856, puisqu'elles ne changent ni l'époque des concours, ni le nombre des places indiquées pour chaque section. Elles ont uniquement pour but de faire connaître aux candidats et aux juges les enseignements particuliers pour lesquels les concours sont ouverts dans chaque section, ce que l'arrêté ci-dessus rappelé n'avait pas dit explicitement.

Je vous prie d'adresser immédiatement un exemplaire de la présente circulaire à chacun des chefs d'établissement d'enseignement médical de votre ressort et de lui donner d'ailleurs la plus grande publicité possible.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des cultes,
ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 août 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE : EXPÉRIENCES DE MM. SÉDILLOT ET FOLLIN, ET DES RÉDACTEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE : PEAU BRONZÉE, ALTÉRATION DES CAPSULES SURRÉNALES.

L'Académie a jeté son caducée entre MM. Bouley et Reynal et leurs contradicteurs; mais la trêve qu'elle a imposée

aux parties belligérantes ne les empêche pas de se fortifier dans leurs camps respectifs, et de recevoir des renforts du dehors. Dans la dernière séance, MM. Sédillot et Follin ont apporté leur contingent, et M. Colin a annoncé de nouveaux faits confirmatifs de ceux qu'il a déjà fait connaître.

Le savant professeur de Strasbourg a rappelé simplement, dans une lettre, quelques résultats des expériences qu'il a faites autrefois pour étudier le mode de cicatrisation des plaies de l'œsophage. A la suite de la ligature de ce conduit, il a toujours observé de grands efforts de vomissement, qu'il attribue à la section ou à la blessure des nerfs pneumogastriques et de leurs branches, ces lésions laissant sans antagonisme les mouvements antipéristaltiques de l'estomac. Les vivisections auxquelles fait allusion M. Sédillot ayant été faites dans un but spécial, il est possible que ses souvenirs soient un peu vagues relativement aux efforts de vomissement, et que ces efforts aient été moins constants qu'il ne le dit. Quant à l'explication qu'il en donne, elle nous paraît fort contestable. Rien de plus facile, en pratiquant la ligature de l'œsophage, que de ménager complétement les nerfs pneumogastriques, et les petits ramuscules imperceptibles qu'on pourrait embrasser dans le lien constricteur ne sont certainement pas ceux qui vont innerver la partie inférieure de l'œsophage voisine du cardia, et la seule dont la contraction fasse obstacle au reflux des aliments de l'estomac dans l'œsophage. Il nous paraît plus probable que les efforts de vomissement, quand ils se produisent, sont de simples mouvements réflexes dus à l'incitation portée sur la muqueuse de la portion supérieure du canal alimentaire, exactement comme dans le cas de titillation de la luette.

La communication de M. Follin présente le plus haut intérêt et jette un grand jour sur une partie de la question en litige; elle démontre que chez les animaux qui succombent après la ligature de l'œsophage, les lésions trouvées à l'autopsie sont celles de l'asphyxie lente ou rapide, et que cette asphyxie est produite par l'accumulation dans le pharynx et dans les voies aériennes du mucus et de la salive visqueuse que les animaux ne peuvent expulser de la bouche ou qu'ils ne parviennent à expulser qu'avec peine. Chez trois chiens auxquels M. Follin, après la ligature de l'œsophage, a tenu les mâchoires rapprochées au moyen de plusieurs tours de ficelle assez serrés, l'agitation a été des plus vives, et la mort très rapide : l'inspection cadavérique a montré *le larynx et la partie supérieure de la trachée contenant une écume épaisse*, *les muqueuses trachéale et bronchique d'un rouge vif*, *et les lobes pulmonaires envahis par d'assez nombreuses ecchymoses*. Dans une seconde catégorie d'expériences, les animaux n'ont point été muselés. Voici un résumé de leur histoire :

1° Chien de forte taille, opéré le 20 août, à deux heures et demie. La ligature est faite avec un cordonnet de soie et peu serrée; l'animal est ensuite laissé en liberté. Au bout de quelques instants, il *expulse la salive sans efforts;* point d'agitation. Revu deux heures après, ce chien ne présente aucun symptôme alarmant. Le lendemain 21, à une heure et demie, on le trouve dans un état de calme complet, et on enlève facilement la ligature. Depuis cette époque, l'animal a continué à bien aller, et aujourd'hui il paraît jouir d'une santé parfaite.

2° Chien de moyenne taille. Opéré le même jour et dans les mêmes circonstances; ligature très serrée. *Expulsion difficile de la salive*, agitation bien plus marquée que dans la précédente expérience, et persistant encore au bout de trois heures. Le lendemain 21, le chien est calme, un peu abattu; la ligature est laissée en place ; 22, même état. Mort dans la nuit. *Autopsie* le 23 : *Ecchymoses multiples du volume d'un pois*, disséminées dans différents points des lobes pulmonaires; la moitié inférieure des deux poumons est dure et paraît, à la coupe, infiltrée de sang et de sérosité. Dans plusieurs points où l'on constate une induration plus marquée, on trouve, au lieu de l'infiltration sanguine, une sorte d'hépatisation grisâtre et friable. *L'estomac était parfaitement sain.*

3° Chien de petite taille. Ligature de l'œsophage le 23 août, vers deux heures. *Un peu d'agitation dès que la salive remplit la bouche.* — 24, neuf heures du matin, l'animal est abattu, se déplace avec peine, il est toujours disposé à se coucher. La ligature est enlevée, et aussitôt le chien se met à boire avec avidité. Il meurt dans la soirée. A l'autopsie on trouve les *mêmes ecchymoses pulmonaires* que dans le cas précédent.

4° Chien de taille moyenne, opéré à la même heure que celui de l'observation n° 3, mais avec cette différence qu'une ouverture est pratiquée au-dessus de la ligature. Peu d'instants après, un liquide spumeux s'écoule à la fois par la bouche et par la plaie du cou. *Aucun effort d'expulsion de la salive, aucune agitation.* — 24. Le chien est calme, la salive s'écoule toujours en partie par la plaie; 25, même état: on enlève la ligature, le chien se met à boire facilement.

On remarquera que dans les expériences dont nous venons de donner la relation, l'agitation a toujours été en rapport avec la difficulté de l'expulsion des liquides buccaux, et qu'en l'absence de tout obstacle extérieur cette difficulté a été plus ou moins grande suivant les sujets. M. Follin demande s'il n'existe pas chez les chiens certaines conditions de faiblesse, certaines idiosyncrasies qui font obstacle à l'expulsion de la salive et favorisent l'asphyxie. M. Follin termine sa communication en engageant ceux qui expérimenteront à l'avenir dans un but toxicologique, à pratiquer l'opération sur de gros animaux, et de telle sorte que l'écoulement de la salive soit toujours laissé libre; une incision au-dessus de la ligature lui paraît mettre l'animal dans des conditions très favorables à la guérison.

Nous allons maintenant faire connaître les résultats des expériences que nous avons faites nous-mêmes, à l'École pratique, MM. Dechambre, Martin-Magron et l'auteur de cet article. Notre but a été de remplir, en partie du moins, le cadre que nous avions tracé aux expérimentateurs qui désiraient mettre en relief l'influence des diverses circonstances dans lesquelles l'opération peut être pratiquée.

Le 23 août, nous avons lié l'œsophage à quatre chiens, dont voici l'histoire succincte :

1° Chien adulte, de forte taille. Ligature de l'œsophage à onze heures moins un quart, au moyen d'un fil de soie; les nerfs récurrents sont reconnus et dégagés.

Immédiatement après l'opération, l'animal, laissé en liberté, ne montre pas la moindre agitation. Il cherche à s'en aller et ne présente ni nausées ni gêne respiratoire. Au bout de cinq minutes, il fait des efforts de vomissement, il se promène rapidement, il paraît inquiet et mal à l'aise; quatre minutes plus tard, il expulse de l'écume par la bouche, puis il redevient calme. Les mêmes phénomènes se renouvellent plusieurs fois. Quarante minutes après l'opération, l'animal jouit d'un calme prolongé.

A trois heures, nous trouvons l'animal couché sur le côté et parfaitement tranquille, sauf un léger tremblement des membres; poussé du pied, il se lève, marche très bien et reste sur ses jambes. A six heures du soir, même état. Le 24, à neuf heures du matin, il est couché la tête élevée; pas de gêne dans la respiration; air triste. Il ne vient pas quand on l'appelle, mais il regarde. Le 25, neuf heures et demie: même état, tristesse, respiration bonne; trois heures, il paraît moins abattu et marche facilement. Le 26, calme parfait; mouvements assez vifs; il boit un peu de lait, mais le rejette aussitôt avec des poils. Le soir, il refuse de boire. Le 27, à neuf heures, l'animal paraît assez alerte : il boit du lait, qui sort par la plaie; il avale ensuite un peu de pain, mais le vomit presque immédiatement mêlé de salive, après avoir montré une agitation et un malaise très grands. A cinq heures du soir, il se jette avec avidité sur du pain qu'on lui présente : mais à peine l'a-t-il avalé qu'il le vomit avec efforts et agitation. Le 28, l'animal paraît complétement rétabli; il boit facilement et mange avec appétit; il ne rejette le pain que quand il en a avalé une quantité trop grande à la fois.

2° Chien adulte, de taille moyenne, opéré à onze heures dix minutes. La ligature, faite avec une ficelle mince, est très serrée et embrasse l'œsophage et les deux nerfs récurrents. Mis en liberté, l'animal a un air morose, mais ne présente ni agitation, ni dyspnée, ni efforts de vomissement. A deux heures, nous le trouvons couché dans un coin, les membres rétractés; ses inspirations sont ronflantes et au nombre de 16 par minute. Le 24, l'animal se promène; il respire librement. De temps en temps il est pris d'un accès de toux aphone. Le 25, peu d'abattement; par intervalles, petites quintes d'une toux rauque ou aphone. Le 26, à notre aspect, l'animal se lève spontanément, marche, et va lécher un de ses camarades d'infortune. Il boit parfaitement du lait, dont une petite portion sort par la plaie. Le 27, il semble avoir repris des forces, et montre plus d'agilité. Il mange du pain avec avidité, le rejette et l'avale à diverses reprises. Le lait passe mieux : une partie s'écoule toujours par la plaie du cou. Le 28, la santé de l'animal paraît complétement rétablie; déglutition facile des aliments solides en petite quantité; selles liquides et bilieuses.

3° Chien adulte, de taille moyenne. La ligature est faite à onze heures vingt-cinq minutes, avec une petite ficelle; les récurrents sont soigneusement écartés; l'œsophage est incisé transversalement au-dessous du lien, et une portion de sa paroi antérieure excisée. Après l'opération, l'animal est calme; bientôt des mucosités s'écoulent par la plaie. A trois heures, nous le trouvons couché, tranquille, avec un peu de tremblement des membres. Il se lève assez vivement, mais se recouche aussitôt. Des mucosités filantes sortent par la plaie. Le soir et le lendemain, même état. Le 25, abattement, air triste; mis sur ses pattes, il se promène, puis s'assied. Le 26, faiblesse très grande; il se lève cependant et marche vers le baquet où il boit pendant plus de cinq minutes; l'eau s'écoule par la plaie à chaque mouvement de déglutition. Le soir, il boit encore une quantité considérable d'eau, qui s'écoule de même. Le 27, abattement; l'animal refuse toute espèce de nourriture, mais boit volontiers de l'eau. Le soir, il paraît plus faible encore; il se lève néanmoins pour boire de l'eau. Le 28, même état; la prostration semble cependant moindre. L'animal ne consent à prendre que de l'eau, qui passe toujours par la plaie.

4° Chien adulte, de taille moyenne. La ligature de l'œsophage est pratiquée à midi moins un quart, avec une ficelle fortement serrée; une ouverture est faite au-dessous du lien, avec excision d'une portion de la paroi œsophagienne.

Depuis l'opération jusqu'à midi, l'animal a eu des nausées, sans agitation. Il a présenté ensuite une grande dépression des forces, s'est agité considérablement, et a expulsé péniblement des mucosités filantes. A trois heures, nous le trouvons couché, abattu; sa respiration est tranquille, sans efforts. Il a rendu des mucosités, et a eu des selles dures et blanches. Le 24, rien de particulier. Le 25, même état, faiblesse de plus en plus grande. Le 27, il paraît mourant, et ne peut se soutenir sur ses jambes. On enlève la ligature, qui a coupé une grande partie de l'œsophage, et l'on constate l'existence d'un vaste abcès le long de la trachée. Mort vers quatre heures.

Autopsie, le lendemain matin: Suppuration du tissu cellulaire entourant la trachée dans toute l'étendue du cou; pus séreux, fluide, extrêmement fétide. L'œsophage est coupé complétement, sauf une bride d'un demi-centimère de largeur qui réunit les deux bouts. Estomac fortement rétracté, contenant du mucus de couleur blanchâtre; muqueuse ratatinée, plissée, pâle en général; rougeur assez marquée au sommet des plis, vers la région pylorique et dans le duodénum. Plèvres saines; poumons crépitants, fortement revenus sur eux-mêmes, sans induration, mais présentant des taches rouges à leur surface. En incisant sur ces taches, on donne issue à du mucus opaque et purulent s'écoulant des petites bronches et des bronches moyennes. Grosses bronches et trachée parsemées de taches rouges.

Une impression générale qui est résultée pour nous des expériences que nous venons de relater, c'est que la plupart des observateurs ont fait une fâcheuse confusion entre les efforts de vomissement et les efforts d'expulsion des liquides pharyngiens. Autant les premiers nous paraissent être rares, autant les seconds se montrent fréquemment après la simple ligature de l'œsophage. L'animal qui sent un obstacle sur le trajet du cou, fait des mouvements incessants de déglutition pour s'en débarrasser; de là une sécrétion abondante de liquide salivaire et muqueux qui s'accumule au-dessus de la ligature, remplit le pharynx, et ne tarde pas à pénétrer dans le larynx. Si l'animal ne parvient pas à l'expulser immédiatement, il est pris de suffocation, s'agite, court, fait toute espèce de mouvements pour écarter l'obstacle : il ressemble parfaitement à un individu qui aurait un corps étranger dans les voies aériennes. Dans les premiers moments, l'agitation, l'anxiété, sont extrêmement vives, les efforts très violents; peu à peu, cependant, ces accidents nerveux se calment, la tranquillité renaît. Mais la respiration est incomplète, l'asphyxie fait des progrès incessants, et conduit à la mort plus ou moins rapidement, suivant que l'obstacle au passage de l'air est plus ou moins considérable.

Quelques chiens d'une grande vigueur expulsent facilement les liquides accumulés dans le pharynx : tel est celui de l'observation première de M. Follin. Chez eux, on ne voit ni agitation ni prétendus efforts de vomissement, deux symptômes qui sont dans la plus étroite corrélation. Si l'on a percé l'œsophage au-dessus de la ligature, l'expulsion de la salive est encore plus facile, et les animaux restent dans un état de tranquillité parfaite, comme le montrent notre troisième observation et la quatrième de M. Follin; or, comme c'est ainsi qu'Orfila a presque toujours opéré, on comprend qu'il ait pu être conduit à des opinions exagérées sur l'innocuité de la ligature de l'œsophage. — Notre quatrième expé-

rience confirme on ne peut plus cette manière de voir, en même temps qu'elle contrarie celle de MM. Bouley et Reynal. L'œsophage ayant été largement perforé au-dessous de la ligature, l'animal pouvait expulser librement le contenu de son estomac; il n'aurait dû présenter, d'après les idées de MM. Bouley et Reynal, ni agitation, ni efforts répétés. Or, non seulement il n'a rien rejeté par la plaie du cou, mais il s'est agité considérablement, tant qu'il n'a pu expulser les mucosités filtrantes accumulées dans sa bouche.

Aujourd'hui donc, la question nous paraît toucher à sa solution. MM. Bouley et Reynal ont confondu les efforts d'expulsion de la salive avec les efforts de vomissement; ils ont regardé comme des accidents nerveux dépendant du système du grand sympathique les symptômes d'asphyxie plus ou moins rapide survenant dans certains cas de ligature de l'œsophage; ils ont enfin tiré de leurs observations des conclusions générales qu'elles ne comportaient point. Mais on ne peut s'empêcher de leur savoir gré d'avoir de nouveau attiré l'attention des médecins et des physiologistes sur une opération dont Orfila avait tenu trop peu de compte dans ses expériences, dont les conséquences sérieuses viennent compliquer les effets de substances toxiques ingérées, et à laquelle on ne devra recourir dorénavant qu'en usant de la plus grande circonspection. MARC SÉE.

— Nous avons été des premiers à divulguer en France les recherches des médecins anglais relatives à la maladie désignée par eux sous le nom de peau bronzée (*bronzed skin*) (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, p. 88). Nos lecteurs se rappellent que cette affection est spécialement caractérisée: — sous le rapport symptomatique, par la coloration noire d'une partie ou de la totalité de la peau, soit d'une manière uniforme, soit par plaques plus ou moins larges qui tendent à se réunir, — et sous le rapport anatomique, par des altérations variables des capsules surrénales; que, de plus, les sujets sont atteints d'une anémie progressive, avec prostration, dépérissement, langueur des principales fonctions, et paraissent jusqu'ici voués à une mort certaine. C'est sur cet état morbide que M. Trousseau, armé de deux faits, l'un recueilli dans le service de M. Cazenave, l'autre dans le sien propre, est venu faire, mardi dernier, une intéressante communication à l'Académie de médecine.

L'introduction d'une telle variété morbide dans la nosologie est-elle mieux justifiée aujourd'hui qu'elle ne l'était à la date de notre dernier article, et M. Trousseau, malgré le ton réservé de ses explications, s'est-il montré encore trop séduit par l'attrait de la nouveauté? On en jugera par les considérations suivantes.

On ne peut disconvenir que l'anatomie assez bien connue des capsules surrénales, et le peu, nous n'osons dire qu'on sait, mais qu'on peut présumer, de leur destination physiologique, ne disposent favorablement l'esprit à leur voir acquérir une certaine importance en pathologie. Remarquez d'abord que, si elles s'amoindrissent notablement après la naissance, et si en conséquence leurs fonctions paraissent se lier, dans une certaine mesure, aux besoins de la vie intra-utérine, néanmoins elles ne disparaissent pas comme le thymus, et conservent encore chez l'adulte un volume qui est le huitième de celui du rein. Ce sont donc, à proprement parler, des organes permanents. Or ces organes sont abondamment pourvus de vaisseaux et de nerfs. Les artères se distribuent principalement à la substance corticale; les radicules veineuses viennent surtout de la substance médullaire au sein de laquelle elles se réunissent en un tronc commun; quant aux rameaux nerveux, qui paraissent destinés spécialement à cette dernière substance, ils sont si nombreux, que M. Kölliker en a compté jusqu'à trente-trois à la surface d'une seule capsule. On a peine à admettre qu'une telle richesse d'organisation n'ait d'autre fin que la nutrition de l'organe et ne se rattache pas à quelque travail particulier d'hématose, plus ou moins analogue à celui de la rate ou à celui du foie. Et s'il en était ainsi, le rapport d'une lésion grave des capsules surrénales avec la production de l'anémie ou de quelque autre altération du sang deviendrait assez intelligible. Ajoutons à cela les récentes expériences de M. Brown-Séquard, rapportées par M. Trousseau, et desquelles il paraît résulter que l'ablation des capsules chez les animaux adultes, déduction faite des effets directs de la mutilation, n'est pas plus inoffensive que ne l'est, chez les jeunes mammifères, l'ablation du thymus.

Voilà l'induction théorique. A tout prendre, elle ne conduit que par un chemin très détourné et très peu sûr à l'interprétation du fait morbide qu'il s'agit d'établir; car il y a encore assez loin de l'anémie, que permettrait de concevoir le trouble d'une fonction présumée d'hématose, à la coloration noire de la peau, qui tient à un dépôt pigmentaire analogue à celui du nègre. On a bien dit, et M. Trousseau a mis aussi à profit ce rapprochement, on a dit que, sans s'arrêter au mode d'influence que la constitution du liquide sanguin pourrait exercer sur la coloration de la peau, le fait même du rapport de cette coloration avec l'état des capsules surrénales était accusé par la prédominance des capsules du nègre sur celles de l'Européen. Mais, à supposer cette observation exacte, il faudrait, ce nous semble, en tirer une conséquence précisément opposée à celle dont on voudrait se prévaloir; car si le grand développement des organes, et par suite leur suractivité fonctionnelle, est la condition première de la nigritie physiologique, comment la nigritie accidentelle serait-elle produite par la condition inverse, c'est-à-dire par la destruction tuberculeuse, cancéreuse, graisseuse, des mêmes organes? Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ce qu'il y a de moins invraisemblable relativement à la destination physiologique des capsules surrénales est encore parfaitement hypothétique, et que dès lors les faits en question ne sauraient y trouver une recommandation de quelque solidité.

Mais ces faits eux-mêmes, empiriquement considérés, sont-ils réellement établis par l'observation? C'est demander s'il y a un rapport de cause à effet, rapport prochain ou éloigné, direct ou indirect, peu importe pour le moment, entre l'état pathologique appelé *peau bronzée* et une lésion matérielle des capsules surrénales.

Il est d'abord certain que les capsules peuvent être fort altérées, en partie désorganisées, sans que la peau change de couleur, sans qu'il apparaisse le moindre signe d'anémie, sans même que la santé des sujets en soit sensiblement affectée. C'est ce qui résulte manifestement de cette réunion d'observations anatomo-pathologiques qui ont servi à étayer tour à tour les théories relatives aux fonctions des capsules, et dont la plupart ont été rassemblées, en 1837, par M. Rayer (*Recherches anatomo-pathologiques sur les capsules surrénales*, dans l'*Expérience*, 1837). De plus, l'inventeur même du *bronzed skin*, M. Addison, dans la monographie qu'il a publiée récemment (*On the Constitutional and Local Effects of Disease of the Suprarenal Capsules*, in-4°, Londres,

1855), reconnaît avoir trouvé récemment des dépôts cancéreux dans les deux capsules chez un sujet dont la peau avait conservé sa couleur normale. Mais, il est juste de le faire remarquer, la possibilité d'une altération de ces organes sans coïncidence des symptômes signalés par M. Addison ne prouverait en aucune manière que la même coïncidence, quand elle se présente, soit tout à fait fortuite. Prétendre le contraire, ce serait affirmer que la même lésion donne toujours lieu à la même manifestation symptomatique, ce qui est contredit par toute la pathologie; car l'on sait bien que la jaunisse, par exemple, manque fréquemment dans les abcès du foie, quoiqu'il soit légitime, quand elle existe, de la rapporter à l'altération hépatique. La raison de ces variations est que le symptôme, n'étant pas l'effet direct et immédiat de la lésion, a besoin pour se produire de certaines conditions adjuvantes, qui peuvent faire défaut.

C'est une question plus grave de savoir si la peau peut devenir noire en l'absence de tout désordre du côté des capsules. Car, en cas d'affirmative, on en serait réduit à soutenir, et il faudrait prouver, que la maladie peut avoir plusieurs origines distinctes. Or, nous répétons ce que nous disions il y a six mois. Un grand nombre des observations publiées par les auteurs anglais, même par M. Addison, sont tellement écourtées, les descriptions anatomiques y sont si laconiques et si peu précises, qu'elles laissent dans un esprit sévère un sentiment de défiance. Tantôt on n'a examiné dans tout le cadavre que les capsules surrénales; tantôt les lésions notées dans ces capsules, induration, atrophie, adhérences avec les parties voisines, sont de celles qu'on rencontre très fréquemment sur le cadavre et qui ne paraissent avoir aucune importance. En sorte que si l'on ne tenait compte que des observations où un état bronzé bien caractérisé de la peau a coïncidé avec une altération grave des capsules, sans autre désordre anatomique des principaux viscères, le nombre de ces observations serait considérablement réduit. Enfin est-il bien sûr, ainsi que l'a affirmé M. Trousseau, que les capsules aient été trouvées malades dans tous les cas de *bronzed skin* où l'autopsie a pu être pratiquée? Nous sommes en mesure de citer au moins une exception, relevée dans la presse anglaise par M. le docteur Posner, rédacteur en chef de l'ALLG. MED. CENT. ZEITUNG, qui déclare, en outre, l'opinion de M. Addison peu conforme à l'ensemble des faits observés; et nous devons ajouter que cette opinion ne jouit pas en Angleterre même de tout le crédit qu'a paru lui attribuer M. Trousseau.

Voici le fait rappelé par M. Posner :

Une jeune fille de quatorze ans fut envoyée, au printemps de 1854, à l'hôpital, dans le service de M. Peacock, pour une affection de poitrine. Elle était bien conformée, svelte, normalement développée, brune de teint, et s'était bien portée jusqu'à peu de mois avant sa réception. Depuis lors elle éprouvait de la faiblesse, une légère toux et un manque d'appétit; son teint s'était assombri, surtout aux mains, aux bras et aux épaules. L'examen physique ne montra rien d'anormal dans le cœur et les poumons; la langue était un peu chargée, l'appétit variable. Les règles n'avaient pas encore paru. M. Peacock fut d'avis que cette coloration spéciale de la peau n'était autre chose qu'un degré fortement prononcé de cette coloration qui se montre souvent peu avant l'établissement de la menstruation. Il était intéressant de comparer dans ce cas les deux sœurs jumelles; autrefois elles se ressemblaient à s'y méprendre, maintenant encore leurs traits étaient les mêmes, seulement l'une avait le teint d'une mulâtresse, tandis que l'autre avait un teint d'une blancheur parfaite. En juin la malade prit la fièvre scarlatine en même temps que plusieurs de ses sœurs; l'exanthème fut faible, mais il se montra de l'angine, un grand abattement et des accidents nerveux. Après la guérison, les forces augmentèrent un peu, mais depuis ce temps la malade aurait eu de fréquentes attaques d'hystérie. La couleur brune de la peau augmenta de plus en plus, la faiblesse fit de nouveaux progrès, et en août 1855 la malade mourut, après une attaque d'hystérie qui avait duré plusieurs heures. A l'autopsie, on trouva une concrétion calcaire du volume d'un pois dans la substance de la moelle allongée, entre la surface de celle-ci et le quatrième ventricule. Au pourtour de cette concrétion la moelle était gris foncé et ramollie; la consistance des portions centrales de l'encéphale était diminuée; il y avait plus de sérosité que d'habitude dans les ventricules et à la base du cerveau; les veines et sinus de l'encéphale étaient congestionnés. Les viscères pectoraux et abdominaux, notamment les reins et les capsules surrénales, examinés avec grand soin, ne présentaient aucune altération. (*Allg. med. cent. Zeitung*, n[os] 37 et 38.)

A. DECHAMBRE.

Les tristes nouvelles se succèdent. Hier c'était M. Regnault dont la vie était mise en péril par un douloureux accident; aujourd'hui c'est une mort qu'il nous faut annoncer.

M. Charles Gerhardt vient d'être enlevé à sa famille, à la science et à ses amis. Voici en quels termes M. Desprez a annoncé à l'Académie des sciences ce douloureux événement :

J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de l'un de ses plus jeunes et de ses plus actifs correspondants, M. Gerhardt, professeur à la Faculté des sciences et à l'école de pharmacie de Strasbourg.

Les hommes compétents s'accordaient à placer Gerhardt au rang des chimistes les plus savants et les plus habiles de l'Europe.

Gerhardt a eu le sort de son malheureux ami et collaborateur, Laurent; il a été enlevé à la science dans la force du talent, quand il voulait mettre la dernière main à la publication d'un ouvrage étendu sur l'ensemble de la chimie organique.

Il laisse une veuve et quatre enfants en bas âge et sans fortune. Il est à désirer que les amis de la science réunissent leurs efforts pour protéger cette famille si digne d'intérêt et pour alléger le fardeau très lourd qui pèsera sur la veuve de Gerhardt.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE, par MM. FRÉDÉRIC DURIAU et ARISTIDE GLEIZE.

Parmi les altérations dont les ganglions bronchiques peuvent être le siége, il en est une qui a été étudiée avec soin par les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance; nous voulons parler de la *transformation tuberculeuse*, appelée généralement *phthisie ganglionnaire thoracique*, *phthisie bronchique*, ou encore *tuberculisation ganglio-bronchique*. Cette maladie ne se rencontre pas exclusivement dans les premières années de la vie, et, quelle que soit l'époque de son apparition, elle coïncide d'ordinaire avec la tuberculisation des poumons. Rarement, il est vrai, les accidents qui en résultent sont portés chez l'adulte au point de constituer la maladie principale; ils sont alors masqués par l'affection pulmonaire, à laquelle on attribue tous les troubles observés.

M. Louis, dans la première édition de ses *Recherches sur la phthisie*, consacre à peine quelques lignes à ce sujet:

« Nous ne parlons pas des glandes bronchiques, dit-il, parce qu'après les avoir examinées attentivement comme les autres, nous avons le plus ordinairement négligé d'en tenir note. » Cet aveu prouve assez le peu d'importance que l'on attachait, en général, à cette lésion. Pourtant, dans sa deuxième édition, M. Louis revient sur cette assertion, et il reconnaît que « les glandes bronchiques subissent très fréquemment la transformation tuberculeuse, non pas seulement dans l'enfance, mais aussi dans l'âge adulte, après quinze ans; de telle sorte que leur tuberculisation a lieu plus fréquemment que celle des ganglions des autres régions. » Et l'on peut voir, dans ses relevés statistiques, que, sur 70 sujets tuberculeux, 34 possèdent une tuberculisation des ganglions bronchiques. La conséquence de ces faits ne pouvait échapper à l'esprit judicieux de M. Louis; aussi dit-il « que la situation de ces ganglions dans le voisinage des gros vaisseaux, des bronches, de l'œsophage et de la trachée peut entraîner la compression de ces vaisseaux, et par conséquent des difficultés dans la respiration, la déglutition, la circulation, et même des hémorrhagies mortelles; » mais il ajoute en même temps « qu'il n'a observé ce fait dans aucun cas, et qu'il ne paraît pas non plus s'être présenté à l'observation des contemporains. » C'est pourquoi, faute d'avoir été sanctionnée par les faits, cette idée est passée inaperçue, et la plupart des anatomo-pathologistes se sont bornés à constater la présence de tubercules dans les ganglions bronchiques, sans insister sur les désordres qui en résultent, et sans même paraître y ajouter quelque importance.

Cependant, 1° la transformation tuberculeuse de ganglions bronchiques peut donner naissance chez l'adulte aux mêmes troubles fonctionnels que chez l'enfant; 2° elle est une cause de symptômes spéciaux et indépendants de ceux qui appartiennent à la phthisie pulmonaire; 3° enfin elle peut primer la maladie principale, et même amener, *en quelques minutes*, la mort du malade.

Chez les enfants, MM. Rilliet et Barthez, Berton, etc., ont déjà signalé des hémorrhagies foudroyantes, consécutives à la perforation de l'artère pulmonaire, comme une cause de mort subite dans la tuberculisation bronchique. Mais chez l'adulte on ne connaissait aucun cas dans lequel cette maladie se fût terminée aussi brusquement. M. Marchal (de Calvi) en a le premier publié deux observations: la mort subite avait été déterminée par des masses de ganglions tuberculeux oblitérant les voies de l'air. Un troisième cas, observé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet, appartient au même ordre de faits. Nous réunissons ces trois observations, et nous en ajoutons une quatrième que nous avons recueillie à la Charité, dans le service de M. le professeur Piorry. On y trouve la même lésion; le mécanisme de la mort a seul varié dans cette circonstance.

Obs. I (1). — Un homme de moins de trente ans était malade depuis plusieurs mois, et auparavant il avait fait un long séjour dans une prison, au milieu des conditions les plus défavorables.

Il avait la face, les membres supérieurs et le tronc infiltrés, de cette infiltration qui n'est pas l'œdème proprement dit, dans laquelle les chairs tremblotent sous le choc du doigt, et que l'on nomme bouffissure ; au contraire, les extrémités inférieures étaient émaciées. Les jambes étaient couvertes de taches scorbutiques. Il avait de fréquentes épistaxis peu abondantes ; les gencives n'étaient pas engorgées. Les urines, traitées à diverses reprises par l'acide nitrique ou par la chaleur, ne donnèrent pas de précipité.

(1) Marchal de Calvi : *Mémoire sur la tuberculisation ganglio-bronchique* in *Mém. de méd. chir. et pharm. mil.* (2e série, t. V, p. 246).

Le malade avait souvent de la diarrhée, et il était privé d'appétit. Il y avait ascite à un degré assez prononcé.

La poitrine était sonore partout, excepté vers la base, des deux côtés ; en avant, surtout à droite et en haut, où elle était sensiblement bombée, elle était plus sonore que dans l'état normal. On entendait, à droite et à gauche, du râle muqueux, et par moments des râles sonores et sibilants très courts. La voix n'était pas chevrotante dans la partie du thorax qui n'était pas sonore. La matité était d'ailleurs très peu étendue. La respiration n'était point visiblement gênée ; mais le malade avait par intervalles des accès de suffocation, circonstance qu'il me laissa ignorer, et dont je ne fus informé qu'après sa mort.

La matité précordiale surpassait un peu en étendue celle de l'état normal ; les bruits cardiaques étaient clairs, du reste, parfaitement normaux. Il n'y avait pas de bruits morbides dans les artères, que j'avais été conduit à explorer par l'état visiblement hydrémique du sujet.

Le malade toussait et expectorait assez abondamment ; la matière de l'expectoration était liquide, spumeuse, semblable à de l'eau de gomme recouverte d'un peu d'écume.

Généralement apyrétique, il était trop faible pour se lever et se plaignait souvent d'avoir froid.

Je le mis à l'usage du ratanhia et du fer ; je lui prescrivis un régime analeptique. Il but du vin aux repas et du vin sucré dans les intervalles. On eut d'abord de la peine à le faire manger.

Il avait repris quelque vigueur et se félicitait de l'amélioration survenue dans son état. Les taches scorbutiques des jambes avaient presque disparu. Un matin, venant de me parler et de me demander un surcroît d'aliments, il se mit sur son séant et tourna la tête assez brusquement ; au même instant, il fit entendre un râle très court, et retomba sur son lit privé de mouvement. J'accourus : il était mort.

Autopsie. — *Crâne.* — Il s'écoule de l'intérieur du crâne une quantité assez abondante de sérosité limpide qui se coagule par l'acide nitrique. L'encéphale est examiné avec soin, et l'on n'y trouve aucune altération.

Thorax. — Les plèvres contiennent une médiocre quantité de sérosité roussâtre qui précipite également par l'acide nitrique.

Les poumons sont farcis, surtout le gauche, à leur sommet, de tubercules pour la plupart du volume d'un pois, les uns ramollis, les autres, en plus grand nombre, à l'état cru ; ils sont emphysémateux. Les bronches renferment un peu de matière spumeuse ; eur membrane interne est rouge dans une assez grande étendue, sans arborisations.

Les parois du cœur n'ont pas plus de l'épaisseur normale, mais ses cavités sont sensiblement amplifiées.

Derrière la partie supérieure du sternum existe, à l'entour de la trachée, une masse de ganglions très volumineux, qui se continue à droite et à gauche avec une masse de même nature entourant la grosse bronche correspondante.

Il y a donc trois masses, l'une péritrachéale, les deux autres péribronchiques, ou plutôt broncho-pulmonaires, car les ganglions qui les forment plongent profondément dans le parenchyme du poumon.

Parmi les ganglions qui constituent cette énorme grappe, plusieurs ont le volume d'un moyen œuf de poule ; les moindres sont de la grosseur d'une noix.

Ces ganglions sont tuberculeux, et leur dégénérescence est complète ; en d'autres termes, le tissu ganglionnaire a fait place entièrement à la matière tuberculeuse, qui est assez ferme, grisâtre, homogène, analogue à de la substance athéromateuse. Cette matière est contenue immédiatement dans un kyste dont la paroi interne est onctueuse.

La trachée et les grosses bronches sont rétrécies au niveau des tumeurs qui les entourent, ce qui devient surtout évident par la comparaison de ces conduits avec ceux d'un autre sujet.

Le nerf pneumogastrique droit passe au milieu de la tumeur; il est sain.

La veine cave supérieure et la veine brachio-céphalique droite,

placées en avant de la tumeur, sont comprimées entre le sternum et la clavicule.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient une quantité assez considérable de sérosité coagulable par l'acide nitrique. Les ganglions mésentériques sont tuberculeux ; ceux qui entourent la veine porte le sont aussi, et forment une tumeur du volume d'un œuf.

La veine cave inférieure ne présente rien de particulier. Il en est de même du foie. Le tube digestif est sain, à part quelques marbrures et lividités de la muqueuse du gros intestin.

On ne peut guère douter que le sujet de cette observation n'ait succombé à l'occlusion subite des voies respiratoires, due à la compression de la trachée et des bronches par les volumineuses tumeurs qui entouraient ces conduits. Il est mort étranglé comme par une main intérieure.

L'autopsie a montré qu'il y avait deux masses de tumeurs faisant obstacle, l'une au retour du sang de la veine cave supérieure, l'autre au retour du sang de la veine porte. Ainsi est expliquée la double hydropisie.

Obs. II (1). — Le sujet était un nommé P... (Antoine), âgé de vingt-cinq ans, de taille et de complexion moyennes, de tempérament hydrémique. Il était depuis plusieurs mois détenu dans une prison humide et sombre, et mal nourri. Le 25 juillet 1846, il se disait malade depuis cinq jours seulement ; mais, comme on le verra, il l'était depuis bien plus longtemps, à son insu.

Il respirait moyennement vingt-cinq fois par minute, sans oppression. Il toussait avec un bruit sonore, par quintes rapprochées. Il expectorait abondamment, et la matière de l'expectoration était liquide, filante, médiocrement spumeuse. La poitrine était très sonore partout, paraissant même plus sonore qu'à l'état ordinaire.

On y entendait à droite et à gauche de fort râles, sonores et sibilants. La peau était chaude ; le pouls plein, entre 90 et 100. La face était blanche et bouffie. Un signe m'avait frappé de prime abord : c'était la saillie des yeux, dont on voyait la sclérotique dans une grande étendue, comme chez les enfants menacés de suffocation dans le croup. Le malade n'avait aucune appréhension ; il répondait à nos questions avec tranquillité, parfois même avec enjouement.

Je prescrivis : diète ; tisane pectorale édulcorée prise tiède ; saignée du bras de 200 grammes ; 8 ventouses mouchetées sur la poitrine ; julep kermétisé à 0,05.

Le lendemain, les symptômes n'étaient pas amendés.

Prescription : Potion vomitive.

Le malade rendit par le vomissement une grande quantité de matière bilieuse liquide, mêlée de crachats bronchiques. Il eut quelques selles bilieuses.

J'attendis deux jours : la toux, l'expectoration, la chaleur, le pouls, rien n'avait changé.

Ne voulant pas revenir aux déplétions sanguines chez un homme hydrémique, je donnai l'émétique à dose rasorienne pendant deux jours. Le malade n'en retira aucun avantage et s'en trouva très fatigué. Un large vésicatoire fut appliqué sur la région sternale.

Le 3 août, les symptômes n'étaient ni plus ni moins graves que le premier jour ; les forces, malgré la diète et le traitement, s'étaient conservées en assez bon état, d'après le sentiment même du malade, qui le matin montrait la même sécurité que par le passé, se plaignant seulement de n'être pas assez bien pour recevoir des aliments dont il avait besoin.

Aussi ma surprise fut grande autant que pénible lorsque le même jour on vint m'annoncer que, vers une heure de relevée, P..., s'étant mis sur son séant, avait fait entendre un râle muqueux très court, s'était affaissé, et était mort dans les bras de l'infirmier accouru pour le secourir.

On ne put ouvrir le sujet que le troisième jour. C'était au moment des grandes chaleurs, la putréfaction était avancée, et il fallut nous hâter dans la recherche nécroscopique.

Autopsie. — Nous constatâmes rapidement qu'il existait autour de la trachée et des bronches, et jusque dans l'épaisseur des poumons, une masse de ganglions tuberculeux entièrement dégénérés, dont plusieurs approchaient du volume d'un moyen œuf de poule. Au moment où la paroi thoracique fut détachée, cette masse fit issue au dehors comme par un mouvement d'expansion. Les poumons étaient infiltrés de sérosité ; ils étaient exempts de tubercules, de même que les plèvres, qui n'offraient ni adhérences ni épanchement. La muqueuse bronchique était rouge uniformément. Le cœur était sain, assez volumineux cependant, et flasque. On n'ouvrit pas le tube digestif. Tous les ganglions mésentériques d'un certain volume furent incisés : aucun n'était tuberculeux. Il n'y avait ni tubercules sous-péritonéaux ni tubercules sous-arachnoïdiens. Encéphale sain. Nulle part, en un mot, ni dans le crâne, ni dans les autres cavités splanchniques, on ne trouva de lésion pouvant expliquer la mort subite, à part les tumeurs ganglio-bronchiques.

Ainsi que le dit M. Marchal, cet homme a succombé, comme le premier, à une véritable strangulation produite par les tumeurs développées à l'entour du conduit aérifère. Cependant il est à regretter que l'on n'ait point noté avec autant de détails que dans la première observation le degré de rétrécissement des voies aériennes, et que l'on n'ait pas mentionné l'état des nerfs de la dixième paire.

Obs. III (1). — *Gangliophymie bronchique ; mort presque subite.* — Le malade était un homme de vingt-cinq à trente ans ; il était atteint à la région du cou, à gauche, au-dessous du cartilage cricoïde, d'un abcès froid ganglionnaire, accompagné de tuméfaction de tous les ganglions cervicaux et mastoïdiens, lesquels formaient un chapelet des deux côtés de la portion cervicale du tube aérien. Cet homme éprouvait une gêne notable de la respiration, et parfois, en montant ou en marchant un peu vite, des accès de suffocation.

M. Richet ouvrit l'abcès avec le bistouri ; le malade s'en trouva soulagé, mais pas autant qu'on l'avait espéré, et quelques jours après il succomba inopinément dans la nuit, après quelques heures de suffocation, rendant par la bouche une assez grande quantité de mousse bronchique non mêlée de pus.

A l'autopsie, on trouva les bronches, à leur origine, entourées et *manifestement* rétrécies par des ganglions très volumineux, remplies d'une matière blanchâtre, semi-concrète, ressemblant assez à du marron cuit ; de plus, ces tuyaux, ainsi que la trachée, étaient gorgés d'écume. Quelques-uns des ganglions présentaient çà et là de petits points ramollis ; aucun n'était complétement en suppuration. Les ganglions du cou étaient dans le même état. L'abcès qui avait été ouvert ne communiquait pas avec la trachée. Dans les poumons, sains d'ailleurs, quelques tubercules isolés existaient au sommet des deux côtés.

Dans ce fait, comme dans le premier, on parle très nettement du rétrécissement des voies respiratoires ; mais dans aucune de ces trois observations les nerfs pneumogastriques et récurrents ne sont comprimés ou désorganisés.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Tumeur rare du cuir chevelu (cytoblastome),
par le docteur Ar. Verneuil.

Nous sommes encore, en ce qui touche les applications de l'anatomie générale et de l'histologie à la pathologie, à une

(1) Marchal de Calvi, *loc. cit.*

(1) *Gazette des hôpitaux*, 26 février 1853.

période d'analyse où il est indispensable de recueillir des faits, même isolés, sans trop se préoccuper des soins d'une généralisation dont le moindre inconvénient serait souvent d'être précoce. On ne peut faire un pas dans cette nouvelle voie d'observation sans soulever une foule de problèmes actuellement insolubles, et l'horizon semble s'éloigner à mesure qu'on avance. Toutes les routes non frayées présentent cette sorte de mirage, qui n'effraie, en matière scientifique, que les esprits amoureux du *statu quo*.

Quiconque suit le courant des idées nouvelles rencontre, dans le cours de son étude, des faits insolites, sans explication immédiate, ou à interprétation difficile. C'est un cas de ce genre que je vais relater, sans attendre qu'un hasard incertain en soumette de pareils à mes investigations.

Il s'agit d'une tumeur à étiologie obscure, à siége, à marche inaccoutumés. Un diagnostic précis fut impossible avant l'opération, douteux, erroné même après jusqu'à l'intervention du microscope; et, la structure enfin reconnue, la relation existant entre l'origine et la nature du mal resta et reste encore entourée de ténèbres.

Obs. — *Tumeur du cuir chevelu à développement rapide, formée par une infiltration de cytoblastions dans les diverses couches de la peau.*

M. Nélaton me remit, dans les derniers jours d'avril, une tumeur qu'il venait d'enlever, et me pria d'en faire l'examen, en me communiquant les détails cliniques qui suivent :

Un enfant de quatre ans, d'une constitution faible, est né de parents bien portants, et possède des frères doués d'une très bonne santé. Il n'a jamais été malade, et n'a eu, dans les années précédentes, ni éruption cutanée ni symptômes primitifs de scrofule. Au commencement de l'année 1856, une tumeur se développa sur le sommet de la tête, au niveau de la suture lambdoïde. Lorsqu'on la découvrit, elle avait environ 1 centimètre 1/2 de diamètre ; son accroissement fut extrêmement rapide, car au bout de deux mois elle ne mesurait pas moins de 6 centimètres 1/2 de diamètre, sur 3 centimètres d'épaisseur à son centre.

Cette tumeur, qui semble une calotte surajoutée à la voûte crânienne, est très régulièrement arrondie, convexe extérieurement, concave profondément pour se mouler sur la surface des os du crâne. Elle représente à peu près le tiers d'une sphère; elle va en s'amincissant du centre à la circonférence, de manière à se continuer avec les portions saines du tégument crânien, tout en s'en distinguant très nettement par sa consistance et par ses caractères extérieurs.

La surface cutanée est légèrement rosée, très lisse et recouverte de cheveux forts et solidement implantés, mais écartés les uns des autres par le fait de la distension de la peau ; celle-ci, du reste, ne présente point d'altération, sauf quelques squames épidermiques peu adhérentes.

La consistance de la tumeur est homogène ; pas de fluctuation, pas de bosselures ni de points ramollis. Le tissu, au contraire, est d'une dureté extrême qui rappelle celle du cartilage ; la pression du doigt n'y laisse aucune trace.

Une légère mobilité sur les couches osseuses sous-jacentes indique qu'il n'y a pas adhérence intime au squelette. Du reste, la tumeur, pas plus que les parties ambiantes, n'offrent ni rougeur, ni chaleur, ni douleurs quelconques, enfin aucun signe d'inflammation.

Deux petites indurations cutanées ayant les mêmes caractères siégent symétriquement dans les régions mastoïdiennes. L'état général est très bon, et M. Nélaton, malgré l'incertitude du diagnostic, sur lequel nous reviendrons, se décide à enlever la tumeur principale. L'opération ne présente pas de difficultés ; une incision circulaire cerne la production morbide et conduit jusqu'aux os. La face profonde présente une coloration rougeâtre, d'apparence charnue ; elle adhère assez fortement au périoste, dont une portion est enlevée.

La vaste plaie qui en résulte est pansée à plat, et dans les premiers jours, sans qu'aucun accident survienne, une couche de bourgeons charnus se développe sans formation de séquestre, puis la cicatrisation marche avec régularité. Chose très remarquable, les deux indurations des régions mastoïdiennes disparaissent spontanément.

Avant de continuer l'observation, je vais décrire la pièce, qui me fut remise toute fraîche, dans les derniers jours d'avril, deux mois environ après la première constatation de la maladie.

La face profonde de la tumeur est rougeâtre, d'apparence charnue ; elle est assez lisse, sauf dans les points où le scalpel a dû détruire les adhérences plus intimes qu'elle avait avec le périoste.

Le tissu morbide ne crie point sous le tranchant ; il se divise comme une épaisse couenne de lard. La coupe est très nette, luisante, humide, et laisse suinter au raclage ou à la pression forte un suc visqueux, un peu trouble, mais qui néanmoins ne présente pas (au moins tant que la pièce est fraîche) les caractères tranchés du suc cancéreux. Cette coupe montre que la tumeur est formée de trois couches superposées d'aspect très différent, et qui ne paraissent nullement se confondre, sans qu'il soit possible toutefois de les séparer par la traction ou la dissection.

Ces trois plans, stratifiés et parallèles, sont ainsi disposés :

1° La peau, de 7 à 8 millimètres d'épaisseur avec ses bulbes pileux ; un peu rougeâtre vers la circonférence, décolorée vers le centre, elle présente une teinte jaunâtre, comme si elle était infiltrée de graisse dans toute ou presque toute son épaisseur.

2° Au-dessous, une couche plus épaisse, qui en quelques points, au centre, par exemple, mesure de 10 à 12 millimètres, est formée d'un tissu assez ferme, parfaitement homogène, paraissant néanmoins formée çà et là de gros lobules agglomérés et adhérents, comme cela s'observe quand on coupe le tissu adipeux induré qui entoure de vieux ulcères. On ne retrouve pas de traces de vaisseaux. La coloration, l'aspect général représentent si exactement le tissu adipeux, que parmi tous ceux auxquels la pièce fut montrée, en me comptant tout le premier, il n'y eut pas un instant d'hésitation pour la considérer comme une lame hypertrophiée de tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Ces deux couches réunies figurent à s'y méprendre un lambeau de couenne de lard doublé de sa graisse.

3° La troisième se distingue de la précédente de la manière la plus tranchée par sa coloration ; elle a, en effet, une teinte pourpre assez intense, due à des stries rouges plutôt qu'à un lacis vasculaire, stries disséminées çà et là dans une gangue qui elle-même est d'un rose foncé, et qui rappelle ce qu'on observe dans les tumeurs fibro-plastiques molles et à développement rapide. Cette dernière couche égale en épaisseur et même surpasse en quelques points les deux précédentes. Elle est peut-être un peu plus résistante au scalpel.

Vers la circonférence de la tumeur, là où a passé le bistouri, la couche cutanée a moins d'épaisseur qu'au centre de la tumeur, tandis que les deux autres qui réellement constituent cette dernière, n'existent plus, ou du moins se confondent insensiblement avec le derme proprement dit du cuir chevelu et le tissu cellulaire qui le double.

Structure. — On pourrait l'indiquer en un seul mot en disant que la tumeur consiste dans un épaississement de la totalité du cuir chevelu par suite de l'infiltration dans sa trame d'un élément anatomique nouveau, et en ajoutant que cet élément, en se multipliant, a fait disparaître plus ou moins complètement les tissus normaux. C'est ce que les anatomo pathologistes anciens appellent une *transformation*, et c'est ce que nous croyons mieux représenter en disant qu'il y a *substitution* d'un élément aux autres, avec augmentation de volume de la région, par suite de l'abondance de l'élément envahisseur, malgré l'atrophie, la disparition plus ou moins complète de la trame normale.

Donnons maintenant quelques détails. La coloration jaunâtre

que nous avons notée dans la couche dermique et dans la sous-jacente faisait croire, au premier abord, à une infiltration graisseuse dans la première et à une hypertrophie du tissu adipeux normal dans la seconde.

Cette apparence extérieure était tout à fait trompeuse, et je ne fus pas peu surpris de constater l'absence absolue de tout élément gras, soit sous forme de vésicules, soit sous forme de granulations ou de gouttelettes graisseuses.

Le suc obtenu par le raclage de ces deux couches renfermait seulement une innombrable quantité de cytoblastions nucléaires, c'est-à-dire de ces éléments anatomiques particuliers décrits par mon excellent ami M. Robin dans la dernière édition du *Dictionnaire* de Nysten, et sur lesquels j'ai moi-même porté mes recherches (*Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. I, 1854, p. 177).

Le champ du microscope, en effet, était rempli de noyaux sphériques à contours obscurs, d'un volume assez uniforme, finement granuleux, sans nucléoles, racornis et rendus plus foncés par l'acide acétique. Par exception seulement, on rencontrait çà et là des éléments plus volumineux appartenant à la seconde variété de cytoblastions (cellules à noyaux).

Dans la troisième couche, la plus profonde et qui était fortement colorée en rouge, les mêmes noyaux se rencontraient, mais en moins grande abondance et mélangés avec une certaine quantité de globules sanguins. Quelque multipliées qu'aient été mes préparations, je n'ai pu retrouver aucun autre élément cellulaire ou nucléaire, si ce n'est un très petit nombre de noyaux ovoïdes fibro-plastiques. Au reste, ni épiderme cutané, ni épithélium glandulaire, ni pus, ni cancer. Les cytoblastions étaient libres, flottants, désagrégés dans le suc ; cependant, on les observait aussi à l'état d'amas conglomérés et serrés les uns contre les autres à la manière des épithéliums nucléaires des glandes. Ces amas, toutefois, ne m'ont paru affecter aucune disposition régulière, aucune forme constante.

J'ai recherché ensuite, à des grossissements faibles et à l'aide de coupes très minces, ce que la trame du cuir chevelu était devenue au milieu de cette infiltration. Dans le derme, on retrouvait des faisceaux fibreux entrecroisés, mais très distants et comme dissociés ; ils interceptaient encore des espaces aréolaires très larges et remplis de cytoblastions. L'épiderme cutané était conservé, mais je suis convaincu que la surface se serait ulcérée au bout d'un temps plus ou moins long. Les follicules pileux étaient très reconnaissables ; il s'enfonçaient à une assez grande profondeur ; mais tout autour d'eux et dans la gaîne des poils et même dans l'épaisseur de leur bulbe et de leur racine, on retrouvait des noyaux en question. Je n'ai pu retrouver de glandes sudoripares ; celles-ci, à la vérité, sont rares au cuir chevelu. La majorité des poils manquaient également de glandes sébacées, et quelques-unes de celles-ci, étaient atrophiées et réduites à leur conduit excréteur ou à un seul grain glanduleux. En résumé, l'élément infiltré paraissait remplacer tous les autres, si ce n'est les racines des poils, l'épiderme superficiel et quelques faisceaux fibreux, toutes parties très réfractaires, comme on sait, à la destruction dans les tumeurs cutanées. Les vaisseaux et les nerfs n'étaient plus reconnaissables.

Dans la seconde couche, malgré l'apparence graisseuse qui m'avait trompé, il n'y avait qu'une trame celluleuse délicate remplie d'abondants noyaux. A la limite de la tumeur, on retrouvait des vésicules adipeuses isolées les unes des autres et séparées par des cytoblastions d'autant plus abondants qu'on se rapprochait plus du centre de la tumeur. Ce mélange des vésicules adipeuses et de l'élément étranger existait sur le point même où le bistouri avait passé, ce qui permet d'affirmer que, malgré l'apparence saine du tissu au lieu de la section, l'infiltration existait encore à un degré notable dans les parties réputées indemnes. Au reste, M. Nélaton m'a dit qu'il avait la conviction que l'extirpation n'avait pas été complète, et que des tissus déjà malades avaient été laissés à la périphérie de la plaie. Cette manière de voir est pleinement justifiée par l'examen microscopique.

La structure de la troisième couche est moins simple, parce que les caractères de la trame sont masqués par une assez grande quantité de sang infiltré et épanché. On retrouve pourtant une forte proportion de tissu cellulaire, des vaisseaux, des cytoblastions libres ou en amas. Toute cette région est formée d'un tissu compacte, dur, difficile à désagréger, parce que de la matière unissante amorphe empâte tous les éléments.

J'ajouterai quelques remarques à cette description. Lorsque la tumeur récemment enlevée fut soumise à l'examen de M. Nélaton, puis à celui de plusieurs chirurgiens et anatomo-pathologistes, parmi lesquels je citerai M. Cruveilhier, si compétent en la matière, tout le monde conserva les plus grands doutes. Plusieurs hypothèses furent émises : il s'agissait d'une production cancéreuse, ou d'une inflammation chronique, ou d'un œdème dur du cuir chevelu, analogue à ce que l'on observe dans le sclérème des nouveau-nés.

C'est vers cette dernière opinion que j'inclinais avec M. Cruveilhier. Cependant ce dernier cherchait à exprimer de la coupe, par le raclage avec l'ongle et par la pression, un suc qui ne manquait pas absolument, mais qui, s'il avait été plus abondant, ne lui aurait pas laissé de doute sur la nature cancéreuse de la maladie.

Ce n'est pas sans dessein que je signale ces interprétations diverses, ces incertitudes de la part d'hommes habiles, car elles nous démontrent d'une manière péremptoire que, dans la majorité des cas, et surtout en présence de faits insolites, l'œil nu et les anciens moyens d'investigation sont tout à fait impuissants pour déceler la vraie nature des tumeurs, et que rien ne peut dispenser d'un examen fait à l'aide de toutes nos ressources, le microscope en première ligne. Les données vulgaires peuvent même conduire à l'erreur ; en voici la preuve. Le jour de l'extirpation, la pression et le raclage donnaient en petite quantité un suc à peine opalin ; ayant repris trois jours après l'examen de la tumeur que j'avais convenablement conservée, je pus, sur des coupes nouvelles cependant, extraire avec le dos du scalpel un suc crémeux, très abondant, très épais, en tout semblable au suc que donnent certaines masses encéphaloïdes encore fermes. Si M. Cruveilhier et d'autres personnes, qui attachent beaucoup d'importance (trop, suivant moi) à la présence de ce suc, avaient vu alors la tumeur, le diagnostic anatomique n'aurait laissé aucun doute dans leur esprit. Cependant ce liquide renfermait les mêmes éléments que le premier jour, mais à un degré de dissociation beaucoup plus marqué.

C'est là une particularité que j'ai rencontrée et signalée pour ma part depuis bien longtemps déjà. J'ai vu toutes sortes de tumeurs (épithéliomas, tumeurs fibro-plastiques, adénomes divers, ganglions lymphatiques hypertrophiés, tumeurs gommeuses, infiltrations graisseuses, purulentes, tuberculeuses) dont la coupe, au premier jour, était sèche ou presque sèche, et qui, dans les jours suivants, laissaient suinter par la pression une pulpe aussi épaisse, aussi homogène que dans les encéphaloïdes les plus types. Cela s'observe même dans les productions fraîchement extirpées. Si l'on se souvient, de plus, que le suc crémeux peut manquer presque complétement dans de vrais cancers, on sera forcé de mettre ce signe prétendu pathognomonique sur le même rang que tous ceux que l'œil nu recueille, c'est-à-dire comme bon tout simplement à établir des présomptions.

On n'a qu'à réfléchir un instant aux causes de cette apparence pour être réservé sur sa signification. Il suffit, en effet, qu'un certain nombre d'éléments anatomiques incolores

soient librement en suspension dans une petite proportion de liquide pour que le mélange prenne l'aspect d'une sorte d'émulsion, dont le pus louable, entre autres exemples, nous fournit un excellent type.

Ceci dit sur le suc lactescent, je passe outre et termine l'observation, sans discuter une à une les diverses autres hypothèses diagnostiques que l'examen microscopique ne permet plus de soutenir un instant.

Comme nous l'avons vu, les suites de l'opération furent tout d'abord très heureuses. La cicatrisation marchait très bien : les deux tumeurs de la région mastoïdienne avaient spontanément disparu, et l'état général était très satisfaisant. Cependant, un mois environ après l'extirpation, alors que la plaie était presque fermée, deux nouvelles tumeurs apparurent à la réunion du frontal et des pariétaux, très loin, par conséquent, de la première manifestation du mal ; elles étaient larges, dures comme les premières, et offraient une certaine ressemblance avec les tumeurs gommeuses du cuir chevelu (Nélaton) ; tout à fait indolentes et sans signes extérieurs d'inflammation, elles s'accrurent cependant rapidement, de manière à acquérir bientôt à la base les dimensions d'une pièce de 2 francs ; en même temps, l'enfant perdit l'appétit, prit une apparence cachectique, de l'œdème se montra aux extrémités, et la mort survint au bout d'une quinzaine de jours, précédée par une faiblesse extrême dans les membres et une somnolence prononcée. Quelques jours avant l'issue funeste, les deux nouvelles tumeurs de la région sincipitale diminuèrent peu à peu, et disparurent probablement sous l'influence de la désassimilation puissante qui se montre si souvent aux approches de la mort.

L'autopsie ne put être faite ; peut-être elle aurait révélé la formation de quelque tumeur semblable dans les centres nerveux ou dans les viscères.

J'ai dit en commençant que, malgré la connaissance exacte des symptômes du mal et de la structure de la tumeur, le cas n'en restait pas moins fort obscur. En effet, il est très difficile de donner un titre justifié à cette observation.

Cette maladie s'est comportée, à la vérité, comme certains cancers ; elle en a présenté quelques caractères extérieurs : la production de tumeurs successives, puis la marche rapide, la cachexie, l'issue funeste. Mais en revanche, les douleurs ont toujours manqué, l'engorgement ganglionnaire a fait défaut, et surtout on a observé à deux reprises cette disparition spontanée si singulière de quatre tumeurs semblables à la première. On a bien parlé, il est vrai, de la rétrocession des masses cancéreuses ; mais on n'ignore pas que ces faits sont susceptibles d'une tout autre interprétation, et qu'il ne s'agit, sans doute, que de la résorption de tumeurs de nature syphilitique. Quelques auteurs allemands l'ont démontré, suivant moi, et j'ai observé, de mon côté, un fait semblable dont j'ai entretenu la Société anatomique.

L'examen microscopique a d'ailleurs fait constater l'absence complète de tout élément ressemblant de près ou de loin au cancer. Nous n'ignorons pas que ce renseignement est de peu de valeur pour certains cliniciens qui continuent imperturbablement et systématiquement à baptiser du nom de cancer toutes les tumeurs qui récidivent, font maigrir et mourir ; mais, par bonheur, nous n'avons plus grand compte à tenir de ces opinions surannées, et, pour nous comme pour M. Nélaton, il est de la dernière évidence que, dans le cas actuel, la dénomination de cancer ne peut convenir à la tumeur si maligne pourtant, que nous étudions.

Il est une autre supposition bien plus séduisante, mais qui, par malheur, manque de base : je fais allusion à une diathèse syphilitique. En effet, la structure que nous avons observée dans la tumeur est tout à fait celle qui appartient aux tumeurs gommeuses. Les *cytoblastomes* syphilitiques, en effet, montrent une infiltration des cellules et des noyaux que nous avons décrits dans la trame normale de la peau ou des parenchymes ; ils ont la même indolence, la même absence de réaction inflammatoire, fréquemment le même siége superficiel. Leur accroissement peut être rapide, et leur disparition spontanée n'a rien d'extraordinaire. On s'explique sans peine aussi comment les bords de la plaie d'extirpation, quoique renfermant encore beaucoup d'éléments étrangers respectés par le bistouri, ont pu néanmoins entrer franchement en voie de cicatrisation. M. Nélaton, avec lequel je faisais ces remarques, prit tous les soins possibles pour chercher la filiation étiologique et pour justifier ce diagnostic, mais il ne put y parvenir. L'enfant, quoique un peu faible, n'avait jamais eu ni éruptions, ni accidents quelconques ressemblant ni à la syphilis ni à la scrofule. Ses frères et sœurs se portaient tous très bien, et aucun n'était mort en bas âge. Enfin, le père fut interrogé : c'est un homme intelligent, qui paraît fort disposé à dire la vérité, et cependant il affirme n'avoir jamais eu la moindre trace d'ulcération quelconque pouvant faire supposer l'existence antécédente d'un chancre ; il a eu seulement autrefois un écoulement abondant qui a duré longtemps. Comme on le voit, il est impossible d'asseoir l'opinion d'une syphilis héréditaire ou acquise sur des renseignements pour la plupart négatifs, à moins d'invoquer les portes d'entrée frauduleuses de la syphilis, portes très étroites et qu'on a souvent le défaut de faire beaucoup trop larges. A moins de discuter la nature syphilitique de l'écoulement signalé par le père, il faut donc s'abstenir sagement de conclure. Je dois dire d'ailleurs que, quelques jours après l'opération, M. Nélaton soumit l'enfant à l'iodure de potassium, qui n'empêcha pas, comme on l'a vu, l'évolution ultérieure de la diathèse.

Je termine comme j'ai commencé, en disant : *Que de problèmes encore non résolus ! ! !*

IV.

CORRESPONDANCE.

Sur le prolapsus du placenta.

Alford, Lincolnshire, 18 août 1856.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

A propos du cas de *prolapsus du placenta* rapporté par M. Siebold dans votre journal, n° 33, p. 588, et des observations auxquelles il a donné lieu, il m'a semblé qu'un cas presque semblable, qui m'est arrivé en 1844, fournit en quelque sorte une espèce de preuve que le placenta, lorsqu'on le trouve placé sur le col, n'y est pas toujours implanté d'origine, mais qu'il est possible que cet accident ait pu dépendre de sa chute du fond ou d'une autre partie de l'utérus, comme l'enseigne « l'ancienne erreur. » Voici cette observation, à laquelle je vous prie de réserver une place dans vos colonnes.

OBS. — *Travail prématuré, deux mois environ avant terme, déterminé par le décollement du placenta.* — A mon arrivée à minuit près de la patiente, je constate l'existence d'une forte hémorrhagie utérine, qui continue. L'orifice utérin est dilaté de la grandeur d'un shilling environ, médiocrement rigide, et le placenta situé immédiatement au-dessus. J'at-

tends deux ou trois heures, espérant une dilatation plus considérable; mais l'état de l'utérus reste le même, et la perte continue. Commençant à craindre un danger, je fais appeler un médecin du voisinage. A son arrivée, la malade s'étant tournée sur le côté droit, l'examen fait reconnaître à ce moment que le changement de position de la femme a fait glisser un peu le placenta du côté droit, de manière à permettre maintenant au doigt de toucher les membranes et de sentir un pied à travers leur épaisseur. Pas de douleurs, pas de changement dans l'état de l'orifice utérin. Mon confrère et ami est d'avis d'attendre, et nous attendons encore deux heures. L'hémorrhagie a d'ailleurs un peu diminué. Au bout de ce temps, la malade s'étant tournée sur le côté gauche, je trouve de nouveau le placenta situé directement devant l'orifice utérin, comme il était tout d'abord. Nous la faisons de nouveau changer de côté, espérant que le placenta glisserait encore, ce qui n'a pas lieu cette fois. La dilatation du col est maintenant de la grandeur d'une couronne. Après une demi-heure d'attente, la dilatation étant suffisante, je perce le placenta, saisis les pieds, et délivre sans aucune difficulté. L'enfant était mort. La mère a une bonne convalescence. R.-U. WEST, M.-D.

— Nous voyons, avec la satisfaction que donne une peine appréciée, que les lecteurs attentifs remarquent le soin mis par la GAZETTE HEBDOMADAIRE, dans sa modeste *Revue des journaux*, à faire ressortir de l'exposition des faits ou des doctrines tout ce qui ressemble à une acquisition nouvelle et réelle pour la science, et à mentionner aussi les *desiderata* que ces faits ou ces doctrines laissent subsister. Rien, à nos yeux, dans l'observation de notre savant et honorable correspondant étranger, ne prouve que le placenta est venu sur le col du fond ou d'un point élevé de l'utérus. Mais la mobilité de cet organe sur le col, qu'elle révèle, ne mérite pas moins d'être notée, et peut s'expliquer par la grande étendue du décollement et par le genre de la présentation, qui laissait un espace libre entre le placenta et le fœtus. Pour venir d'un point éloigné sur le col, il faudrait, comme condition préalable, que le placenta fût entièrement séparé de ses membranes, ce qui ne semble guère admissible, hors le cas où, par son insertion anormale, il est poussé au bas par la partie qui se présente. Jusqu'à plus ample informé donc, nous nous croyons autorisé à dire que la théorie qui, dans le *prolapsus du placenta*, fait provenir, même exceptionnellement, cet organe du fond de l'utérus, n'est qu'une réminiscence d'une ancienne erreur, de l'explication imaginée pour se rendre compte de la présence du placenta sur le col, lorsqu'on ignorait la réalité et la fréquence de son insertion sur le segment inférieur de l'utérus.

J.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur la température animale*, par M. *Claude Bernard*. — Comme l'homme et les animaux à sang chaud vivent ordinairement dans un milieu ambiant dont la température est inférieure à celle de leur corps, l'expérience a appris depuis longtemps que le liquide sanguin se refroidit en cédant son calorique à des tissus dont la température tend sans cesse à s'abaisser. Mais comme, d'autre part, la température se maintient à peu-près constante chez l'animal, cela implique nécessairement que le sang s'échauffe dans d'autres organes qui doivent dès lors être considérés, en quelque sorte, comme les foyers de la chaleur animale.

Or, quels sont d'une manière exacte, dans les conditions physiologiques ordinaires, les organes dans lesquels le sang se refroidit, et quels sont ceux dans lesquels il se réchauffe? Telle est la question que M. Bernard s'est d'abord proposé de traiter expérimentalement.

Le procédé consiste à prendre simultanément dans les vaisseaux la température du sang qui entre dans un organe et la température du sang qui sort de ce même organe. Par la comparaison, on appréciera directement les modifications calorifiques en plus ou en moins que le sang aura subies en traversant le tissu organique que l'on observe.

Malgré son apparente simplicité, cette méthode est entourée d'un grand nombre de difficultés très sérieuses, telles que la faiblesse des différences de température que l'on a à observer, les difficultés inhérentes à l'emploi des instrumens thermométriques sur les animaux vivants, et les troubles que l'on apporte dans les conditions physiologiques générales des fonctions et dans les états physiques des organes que l'on met souvent à nu, etc. M. Bernard a eu soin d'atténuer ces causes d'erreur ou de s'en garantir par diverses précautions, et surtout par des essais comparatifs.

Il a examiné successivement les modifications de température que le sang éprouve à mesure qu'il traverse : 1° l'appareil digestif ; 2° l'appareil pulmonaire ; 3° l'appareil génito-urinaire ; 4° les appareils de la vie de relation, etc.

Toutes ses expériences ont été faites sur des mammifères, et particulièrement sur des chiens.

1° *Des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil digestif.* — L'auteur étudie la température du sang dans trois ordres de vaisseaux : 1° dans les artères qui amènent le sang au canal intestinal (aorte ventrale, au niveau de l'émergence du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique); 2° dans la veine porte qui contient le sang qui a traversé l'intestin et qui le dirige vers le foie ; 3° dans les veines hépatiques qui se rendent dans la veine cave inférieure et contiennent le sang qui a traversé la totalité de l'appareil digestif.

L'animal étant convenablement maintenu, on pratique dans l'hypochondre droit une incision oblique, étendue depuis l'articulation de la dernière côte à la colonne vertébrale jusqu'au bord externe du muscle droit abdominal, au niveau de la crête de l'os des iles. Lorsqu'on est arrivé dans la cavité abdominale, il faut empêcher l'éventration d'avoir lieu, et maintenir le paquet intestinal refoulé du côté gauche.

Quand les animaux sont de forte taille, M. Bernard pénètre dans les troncs vasculaires par les branches collatérales ; mais lorsque les animaux sont de moyenne ou de petite taille, il conseille d'entrer directement dans la veine cave, dans la veine porte et dans l'aorte. Une fois le thermomètre placé, il applique la ligature de manière à ne pas intercepter le cours du sang, et même à le gêner le moins possible.

L'auteur a acquis la certitude qu'à part certaines influences que la ligature de ces gros troncs vasculaires peut avoir sur la température absolue du sang, elles ne modifient pas notablement les températures relatives. Enfin M. Bernard a tenu rigoureusement compte des modifications de circulation et de température qu'entraînent, soit les mouvements violents d'agitation, soit l'affaiblissement des animaux pendant ou après l'opération.

L'auteur a fait usage des thermomètres à mercure de M. Walferdin et de M. Fastré, dans lesquels la cuvette n'avait pas plus de 4 à 5 millimètres de diamètre, et de 2 à 3 centimètres de long.

Les résultats des expériences sont groupés dans trois tableaux qui correspondent aux trois ordres de vaisseaux de l'appareil digestif.

L'inspection du premier tableau montre que *le sang à sa sortie de l'appareil digestif*, après avoir traversé les deux systèmes capillaires sanguins, celui de l'intestin et celui du foie, *se trouve constamment plus chaud qu'à son entrée.*

Les états d'abstinence et de digestion ne semblent pas apporter de grandes modifications dans ce résultat, et souvent l'accroissement de température s'est montré plus fort chez des animaux à jeun.

Dans le deuxième tableau, on voit d'une manière générale que le sang éprouve un accroissement de température en traversant le système capillaire seul de l'intestin.

Le troisième tableau montre que le sang éprouve un accroissement constant et relativement très fort dans sa température, en traversant le tissu capillaire hépatique seul.

En résumé, les expériences de M. Cl. Bernard établissent : 1° que l'appareil digestif fait éprouver au fluide sanguin un réchauffement constant, de telle sorte que dans cet appareil le sang veineux est plus chaud que le sang artériel.

2° Le sang qui sort de l'appareil digestif par les veines hépatiques est une source constante de calorification pour le sang qui va au cœur par la veine cave inférieure : c'est même la principale, car nulle part dans le système circulatoire le sang n'est aussi chaud que dans les veines hépatiques.

3° Parmi les organes qui concourent au réchauffement du sang dans l'appareil digestif, le foie occupe le premier rang. D'où il résulte que cet organe doit être considéré comme un des foyers principaux de la chaleur animale.

Embryogénie comparée. — M. *Coste*, en présentant à l'Académie l'atlas de son ouvrage, indique les points du développement embryonnaire qui font plus spécialement l'objet de ses études. Il a fait l'histoire de la gestation et du développement de l'œuf chez l'espèce humaine, en ouvrant, pendant une douzaine d'années, tous les cadavres des femmes suicidées qu'on apportait à la Morgue de Paris. Dans ses recherches sur les mammifères, il a pris pour types le lapin et la brebis. A propos du développement de l'œuf des oiseaux, il a particulièrement étudié le phénomène de la segmentation de la cicatricule, phénomène qui lui a permis de démontrer que cette cicatricule était l'analogue de tout le contenu de l'œuf des mammifères et de l'espèce humaine, et de la plupart des invertébrés.

M. *Coste* s'est aussi proposé de résoudre par des expériences de précision le problème suivant :

Quel est le lieu où s'opère la fécondation chez les Mammifères, chez les oiseaux et par conséquent chez l'espèce humaine?

L'œuf tombant spontanément de l'ovaire sans que l'intervention du mâle soit nécessaire, il s'ensuit que la rencontre de cet œuf avec les molécules fécondantes peut se faire soit à l'ovaire, soit dans l'oviducte, soit dans la matrice, suivant le moment où ces molécules fécondantes ont été introduites dans le sein maternel. Ainsi, par exemple, si le rapprochement des sexes a lieu un certain nombre d'heures avant que les capsules ovariennes se déchirent pour laisser échapper l'œuf, les molécules fécondantes ont le temps de parcourir toute l'étendue du canal vecteur, et dans ce cas c'est à l'ovaire que se fait la rencontre ; si le rapprochement a lieu au moment même de la déhiscence, c'est dans l'oviducte que se fait la rencontre; si le rapprochement a lieu plus tard, l'œuf aura le temps de descendre dans la matrice, et c'est là que se fera la rencontre. Mais de ce que le fluide séminal peut rencontrer l'œuf soit à l'ovaire, soit dans un point quelconque du canal vecteur, il ne s'ensuit pas que partout la fécondation soit possible.

C'est ce dont l'auteur s'est assuré par un certain nombre d'expériences sur les oiseaux et sur les mammifères, ayant rencontré des lapins qui ont consenti à s'accoupler après l'époque du rut, et lorsque les œufs étaient déjà dans l'oviducte.

Dans ces cas, les molécules fécondantes ont fait leur ascension comme de coutume, sont arrivées jusqu'au point du canal vecteur occupé par les œufs, ont passé sur eux sans pénétrer l'albumen qui les entoure, sans même y rester adhérentes, et n'ont exercé sur eux aucune influence ; car, loin de présenter les traces caractéristiques de développement, c'est-à-dire le phénomène de la segmentation du vitellus, ces œufs étaient les uns complétement inertes, et les autres en partie détériorés. Par conséquent la fécondation chez les mammifères ne peut se faire ni dans la matrice ni dans l'extrémité inférieure de l'oviducte : et même elle ne peut avoir lieu qu'à l'ovaire, dans le pavillon, et peut-être aussi à quelques millimètres au-dessous, mais pas plus bas ; car, d'après des expériences antérieures, les signes de décomposition du germe commencent à se manifester avant que l'œuf ait parcouru la moitié de la longueur de l'oviducte.

Medecine. — *Rapport sur un mémoire de M. Fabre sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.* (*Comm.* : MM. Flourens, Jobert, J. Cloquet, *rapporteur*.) Après avoir rendu compte des expériences faites par M. Fabre sous les yeux de la commission dans le laboratoire de M. Flourens, au Muséum, M. Cloquet termine en ces termes :

Les expériences répétées par M. Fabre sont loin de répondre aux résultats annoncés dans son mémoire. Peut-être ce jeune physiologiste, au zèle, à la candeur, à la persévérance duquel nous aimons à rendre justice, n'a-t-il pas encore acquis cette dextérité, cette précision que donne seule une longue habitude des expériences tentées sur les animaux.

Il a paru, par exemple, à vos commissaires que M. Fabre, en faisant inspirer le chloroforme à ses animaux, bouchait trop hermétiquement leurs narines avec son éponge et ne laissait pas pénétrer dans les poumons une quantité d'air atmosphérique suffisante pour entretenir la respiration, de sorte que l'anesthésie dans laquelle tombaient ces animaux dépendait peut-être autant, sinon plus, de l'asphyxie que de l'action directe du chloroforme sur le système nerveux ; ce qui change nécessairement les éléments de la question, et a dû tromper M. Fabre dans ses observations.

Vos commissaires ont donc cru pouvoir conclure :

1° Que les fonctions vitales se rétablissent plus promptement chez un animal anesthésié par le chloroforme quand on l'abandonne à lui-même, que lorsqu'on lui fait inspirer de l'éther, soit d'une manière continue, soit à de certains intervalles ;

2° Que l'éther, loin d'être un antidote du chloroforme, ne fait qu'en prolonger, peut-être aggraver les effets anesthésiques, et que, par conséquent, on doit se donner garde de l'employer pour neutraliser et arrêter les effets du chloroforme, dans les cas où l'action de cet agent aurait été poussée au delà des limites qu'enseigne la prudence dans son administration.

Médecine. — *Emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique des troupes sardes, en Orient, pendant l'été de* 1855, par M. le docteur *Massola*. Ce médecin annonce qu'il a obtenu les plus heureux résultats de l'administration de l'ergotine, à la dose de 1 à 2 grammes dans 120 grammes d'eau gommée et édulcorée, à prendre par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure, sur une vingtaine de malades atteints de diarrhées chroniques, profuses, asthéniques. (*Comm.* : MM. Andral et J. Cloquet.)

Physiologie. — M. *H. Muller*, à propos de la réponse de M. *Rouget*, présentée dans la séance du 30 juin 1856, adresse quelques remarques ayant pour but d'établir ses droits à la priorité de la découverte du muscle ciliaire annulaire, qui n'a jamais été décrit par MM. Clay Wallace et Van Reeken, auxquels M. Rouget attribuait cet honneur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Le rapport de M. le docteur *Matter* sur le service médical des eaux de Castera-Verduzan, en 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, du Loiret, du Cher, de l'Hérault, des Hautes-Alpes et des Landes. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre accompagnant l'envoi du moule de plâtre d'après le bassin gigantesque de la fameuse *grande Laponienne*, par M. le professeur *Retzius*, associé de l'Académie. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Vigier* (de Pontoise) sur une épidémie de variole et de varioloïde dans cette commune. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Hecquet* (d'Abbeville) sur une épidémie de rougeole dans cette commune en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une note de M. *Festol*, vétérinaire à Sainte-Foy (Gironde), sur les effets de la saumure sur le porc. (*Commission déjà nommée.*) — *e*. Un travail intitulé : « Observations raisonnées sur la manière de traiter les cholériques, par M. *Guilhon* (d'Orléans). *f*. Une lettre de M. *Brachet* (de Lyon), qui sollicite le titre d'associé national (*Renvoi à la commission.*) — *g*. Une note relative à l'action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, par M. *Poggiale*. (*Commission déjà nommée.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.—M. *Colin* (d'Alfort) réclame contre l'interprétation qui a été donnée de ses expériences par M. *Henri Bouley*. Il cherche à établir : 1° que le prétendu traitement hydrothérapique a consisté à jeter sur la tête de l'un des chiens, et précisément de celui qui a succombé, une bassine d'eau froide ; 2° Que si M. Bouley n'a pas vu l'autopsie de cet animal, c'est qu'il n'a pas voulu.

M. Colin a entrepris de nouvelles expériences confirmant pleinement celles dont il a rendu compte à l'Académie. Elles démontrent, comme les premières, que la ligature de l'œsophage, exécutée convenablement, n'a pas de conséquence fâcheuse.

M le professeur *Sédillot* (de Strasbourg) adresse à l'Académie une lettre accompagnée de deux dessins et dans laquelle il rappelle ses recherches sur le rétablissement spontané de la continuité de l'œsophage à la suite de la section complète de cet organe par la ligature. Il a toujours constaté dans ses expériences de grands efforts de vomissements dus, selon lui, à la section ou à la blessure des nerfs pneumogastriques et de leurs branches, lésions qui laissent libres et sans antagonisme les mouvements antipéristaltiques de l'estomac.

M. *Follin* communique une lettre dans laquelle il expose aussi les résultats qu'il a obtenus dans des recherches récentes sur la ligature de l'œsophage (voy. p. 609).

M. *Velpeau*, en son nom et au nom de M. *Burth*, fait hommage à l'Académie des *Leçons cliniques* de M. le professeur *Bennett* (d'Édimbourg).

M. le *président* annonce que M. le docteur *Saucerotte*, membre correspondant à Lunéville, assiste à la séance.

Lectures et mémoires.

MÉDECINE. — M. *Trousseau :* « Messieurs, je désire entretenir un instant l'Académie d'une maladie bizarre à laquelle M. le docteur Addison, médecin de l'hôpital de Guy, à Londres, a donné le nom de *peau bronzée*, de *maladie bronzée*, et que je propose de nommer désormais *maladie d'Addison*, attachant ainsi à cette affection le nom de celui qui l'a découverte.

» Cette maladie cachectique mène nécessairement à la mort ; et à l'autopsie de ceux qu'elle frappe, on trouve invariablement de très graves lésions des *capsules surrénales*.

» La maladie d'Addison s'accompagne toujours de ces lésions, bien que l'altération pathologique des capsules surrénales n'amène pas nécessairement la *peau bronzée*. Au même titre, par exemple, qu'il y a invariablement dans la *fièvre putride* de Stoll des lésions des glandes de Peyer et de Brunner, bien que des altérations graves des mêmes follicules n'entraînent pas nécessairement les accidents de la fièvre putride ; au même titre que les *fièvres intermittentes* légitimes s'accompagnent toujours de lésions de la rate, sans que l'on soit en droit d'affirmer que les lésions de la rate donnent nécessairement lieu à la fièvre intermittente.

» Il semblerait donc que les capsules surrénales, laissées également dans l'oubli par les anatomistes, les physiologistes et les pathologistes, mériteront désormais de fixer plus sérieusement l'attention des médecins.

» M. Addison aura beaucoup fait pour leur rendre leur importance pathologique, M. Brown-Séquard pour leur donner en anatomie et en physiologie le rang qui leur appartient. »

M. Trousseau rappelle les principaux résultats auxquels est arrivé M. Brown-Séquard dans ses recherches. Ce physiologiste a établi que l'extirpation des deux capsules surrénales tue plus rapidement et aussi constamment que l'extirpation des reins. En moyenne, la survie n'a été que de onze heures et demie environ, sur plus de soixante animaux dépouillés de leurs capsules surrénales (lapins, chiens et chats adultes, cochons d'Inde et souris). Après l'ablation d'une ou des deux capsules, il a observé un affaiblissement graduel, des troubles profonds dans les fonctions des poumons et du cœur, puis des mouvements convulsifs, de l'éclampsie quelquefois, du tétanos plus rarement, souvent un état comateux.

Les lapins, à Paris, sont décimés, dit-on, par une maladie enzootique ou épizootique qui semble être toujours mortelle, et dans laquelle on trouve une inflammation des capsules surrénales produisant les mêmes symptômes que l'extirpation de ces organes.

M. Brown Séquard tire de ces faits les conclusions suivantes : — 1° Les capsules surrénales paraissent être absolument essentielles à la vie. — 2° Leurs altérations ou leur extirpation semblent agir de deux manières dans l'organisme : d'une part, leur fonctionnement comme glande sanguine manque, et le sang ne reçoit plus la modification que ces organes à l'état normal lui font subir ; d'une autre part, leurs nerfs sont irrités et causent différents phénomènes, tels que les convulsions limitées à une moitié du corps, qu'on ne peut considérer comme dépendant de l'état du sang.

« On a observé en France, continue M. Trousseau, deux cas de maladie bronzée : le premier à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave. Ce fait a été soigneusement décrit par M. Second-Ferréol, interne de service ; le second s'est offert récemment à l'Hôtel-Dieu, dans mes salles de clinique. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, cocher du ministre de l'intérieur, et placé dans de bonnes conditions d'hygiène. Sa femme s'aperçut, il y a quelques mois, que la peau de son mari devenait sale ; si bien, qu'elle lui reprochait de noircir ses mains et son visage avec le cirage destiné à vernir la voiture. Le malade s'affaiblissait progressivement, éprouvait un grand dégoût pour la viande, et reconnaissait qu'il avait maigri des trois quarts. Il entre dans cet état à l'Hôtel-Dieu. J'avais lu, quelque temps avant, le remarquable travail sur les capsules surrénales, publié par M Lasègue dans les *Archives* La maladie d'Addison y est parfaitement décrite, et je soupçonnai que je pourrais bien avoir affaire à une affection de ce genre.

» Le malade ne tarda pas à être pris de diarrhée, de subdelirium et d'un refroidissement des membres, qui amenèrent une mort rapide.

» A l'autopsie, nous avons trouvé de rares tubercules crus au sommet d'un poumon, une hypertrophie des reins et une augmentation considérable de volume des capsules surrénales, dont la substance était détruite par une production évidemment hétéromorphe qui, examinée au microscope par M. Brown-Séquard, a présenté les éléments caractéristiques du tubercule. M. Robin a soigneusement étudié le sang, et n'y a trouvé d'autres altérations que celles qu'on rencontre ordinairement dans l'anémie.

» Le sujet de M. Cazenave était un homme de quarante ans, déjà affaibli par les excès, et qui avait contracté, quelques mois auparavant, une blennorrhagie qu'il avait soumise à un assez rude traitement. Ses digestions se troublèrent d'abord ; puis la peau de son visage prit une teinte bronzée, et ses forces diminuèrent très notablement. A l'hôpital Necker, on découvre des tubercules pulmonaires, et l'on prescrit l'usage de l'eau d'Enghien. Plus tard, le malade entre à Saint-Louis, dans un état de phthisie confirmée, mais avec une coloration bronzée très intense de la peau du visage, des mains, du pénis et des aisselles. Ce malade meurt dans un état de cachexie profonde.

» On trouve, à l'autopsie, les poumons parsemés de tubercules, les capsules surrénales volumineuses, traversées par des tractus filamenteux assez durs, et infiltrées d'une matière graisseuse que M. Robin a trouvée composée de corpuscules adipeux et de globules de pus. »

La peau bronzée, soumise à l'examen microscopique, a offert, comme celle du nègre, une couche sous-épidermique de granulations pigmentaires très abondantes. Et, chose remarquable ! on a observé aussi que, chez les nègres, les capsules surrénales sont ordinairement plus volumineuses que chez les hommes de la race blanche, ce qui serait en rapport avec l'hypertrophie de ces organes, invariablement signalée dans la maladie d'Addison.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Jules Roux*, chirurgien-chef de la marine, à Toulon, membre correspondant de l'Académie, donne lecture d'un travail intitulé : *Injections iodées dans deux kystes congénitaux du cou.* — M Roux ne se dissimulait pas quels pourraient être, surtout chez un enfant nouveau-né, les accidents, les dangers même d'une injection iodée dans une poche séreuse énorme et placée dans une région aussi importante que le cou. Cependant il céda

à cette considération, que, si l'injection d'iode ne séjourne que peu de temps dans la cavité séreuse, et, si elle est complétement évacuée, l'inflammation devra être affaiblie ; la modification morbide que les nerfs et les gros vaisseaux pourront en recevoir sera atténuée ; les dangers de la compression inévitable des vaisseaux, des nerfs, de la trachée, de l'œsophage seront sûrement conjurés ; enfin, la crainte de l'empoisonnement iodique sera éloignée.

La première observation de M. Roux est relative à un enfant de huit jours, qui portait sur le côté gauche du cou un kyste multiloculaire volumineux comme la tête d'un fœtus à terme.

M. Roux plongea profondément dans la tumeur une sonde cannelée en fer de lance, glissa rapidement dans sa cannelure un ténotome mousse et délié qu'il porta dans diverses directions afin d'ouvrir le plus de poches possible, sans courir risque, cependant, d'intéresser les gros vaisseaux. Alors il s'échappa environ 100 grammes de sérosité filante par l'ouverture du kyste. Celui-ci s'affaissa beaucoup et devint pâteux. La sonde cannelée retirée, M. Roux injecta dans la poche un liquide composé de : Eau distillée, 50 grammes ; teinture d'iode, 50 grammes ; iodure potassique, 2 grammes. Au bout de cinq minutes, la moitié de l'injection seulement fut chassée par de douces pressions. Un carré de taffetas gommé, une compresse et deux tours de bande complétèrent le pansement.

Les suites de l'opération furent sans gravité, et aujourd'hui, six mois après l'injection iodée, l'enfant est bien portant, et il ne reste au cou nulle trace du mal.

La seconde observation a pour sujet une petite fille de quinze mois, affectée aussi d'un kyste congénital du cou, et guérie par la même opération.

— M. *Bussy* informe l'Académie que MM. *Larrey* et *Delafond* ont été invités à s'adjoindre à la commission chargée de faire des expériences sur la ligature de l'œsophage chez les animaux.

M. le *président* annonce ensuite que, relativement à la communication faite par M. *Piorry*, dans la dernière séance, sur un *lait artificiel*, le conseil a décidé que l'invention de MM. *Choumara* et *Gaudin* ne pouvait devenir l'objet d'un rapport qu'à la condition que ces messieurs en feraient la demande à l'Académie, après avoir présenté à la Compagnie un travail manuscrit sur le lait de leur composition.

Discussion sur la peau bronzée.

M. *Bouillaud.* Il me semble que M. Trousseau a trop accordé d'importance aux travaux récents de M. Brown-Séquard sur les capsules surrénales. Les faits rapportés par ce physiologiste me paraissent tellement merveilleux que je voudrais les voir appuyés de nouvelles expériences, faites sous les yeux et avec la participation d'un certain nombre de savants. N'est-il pas extraordinaire, en effet, que des organes, dont les fonctions sont demeurées si longtemps cachées, et sans l'intervention desquels on expliquait très bien le mécanisme de la vie, acquièrent tout à coup un rôle physiologique tellement considérable qu'on les représente comme étant le siége des principaux phénomènes de l'innervation, comme présidant à l'accomplissement des actes les plus essentiels de l'économie, comme usurpant enfin le pouvoir attribué jusqu'à présent aux centres nerveux ; si bien qu'en les supprimant, on supprime la vie elle-même. Vraiment, de pareilles assertions me semblent si imprévues que je crains bien que M. Brown-Séquard n'ait fait ici de la physiologie amusante plutôt que de la physiologie scientifique.

Quant aux observations de *peau bronzée*, elles me paraissent plus curieuses que fécondes en résultats, et M. Trousseau n'accorderait-il pas encore une influence exagérée aux altérations des capsules surrénales, en mettant sur leur compte des perturbations aussi graves que celles qu'il a signalées dans la circulation, l'innervation et la nutrition ? Je viens de voir les capsules surrénales de son malade. Leur tissu est assurément très altéré ; mais M. Trousseau sait bien que dans toutes les cachexies, on trouve des lésions graves dans la plupart des organes, sans qu'il soit souvent possible de décider avec certitude quelle est celle de ces altérations qui a engendré l'état morbide général.

D'ailleurs, ce qui peut ébranler un peu les conclusions trop absolues que M. Trousseau tire de son observation, c'est que je viens d'entendre dire à l'instant même, à un médecin du ministère de l'intérieur qui avait donné les premiers soins au malade, que cet homme, d'une avarice sordide, poussait quelquefois ce vice jusqu'à se priver du nécessaire et se laisser presque mourir de faim. Or, tout le monde sait qu'une alimentation insuffisante est une cause puissante de cachexie.

M. *Trousseau.* Assurément M. Bouillaud s'est montré trop sévère envers M. Brown-Séquard. Tous ceux qui connaissent ce savant physiologiste savent avec quels soins, quelle habileté, quelles précautions minutieuses, il pratique toutes ses expériences. Eh bien, les faits qu'il a annoncés, il les a vus constamment se reproduire sur soixante animaux auxquels il a pratiqué l'ablation d'une ou des deux capsules surrénales.

M. Bouillaud m'accuse à tort, ce me semble, d'accorder une trop grande importance aux altérations des capsules surrénales dans la production de la cachexie qui accompagne la *maladie bronzée*. Je n'ai pas dit que les lésions des capsules surrénales dussent nécessairement amener la maladie d'Addison avec son cortége de symptômes cacochymiques : non, sans doute. Je reconnais très bien qu'on peut rencontrer des capsules surrénales altérées dans beaucoup de maladies chroniques et dans toutes les cachexies possibles. Mais ce que j'affirme avec M. Addison, c'est que l'affection dite *peau bronzée* s'accompagne *toujours* de lésions très graves des capsules surrénales, tandis que ces altérations ne se trouvent pas *nécessairement* dans les autres formes de cacochymie. Je ne prétends pas non plus que ce soit cette lésion des capsules qui occasionne directement la mort ; mais je crois qu'elle est capable d'amener consécutivement une modification pathologique du sang incompatible avec la vie.

Si j'ai dit que mon malade vivait dans d'excellentes conditions hygiéniques, c'est que j'ignorais complétement le récit qui a été fait tout à l'heure de son avarice sordide à M. Bouillaud par le médecin du ministère de l'intérieur. Je sais que l'inanition, résultant d'une alimentation insuffisante, peut appauvrir le sang au point d'amener un état de cachexie profonde ; mais rien ne prouve qu'elle puisse produire l'affection bronzée de la peau. Pour que cette maladie se manifeste, il faut donc une condition spéciale, une cause spécifique ; et la science doit savoir gré à M. Addison d'avoir découvert qu'ici cette condition spéciale, c'est une altération grave de texture des capsules surrénales. C'est là un point capital dans le diagnostic, et aussi dans le pronostic des cachexies : car, en même temps que M. Addison a spécialisé cet état cacochymique, il a établi que sa terminaison était constamment funeste. Or vous savez combien il est important pour nous médecins d'être fixés sur les chances plus ou moins grandes de curabilité d'une maladie.

M. *Bouillaud.* Je ne puis m'empêcher de reprocher aux expériences de M. Brown-Séquard de s'écarter des voies de la physiologie positive. Quel est le rôle des capsules surrénales dans l'économie ? C'est ce que les recherches de M. Brown-Séquard n'établissent nullement. Puisque les fonctions de ces organes demeurent encore inconnues, sur quoi se fonde-t-il donc pour attribuer à leur mutilation ou à leur extirpation des désordres fonctionnels si redoutables, et qui aboutissent constamment à la mort ?

M. *Trousseau.* Ne pourrait-on pas appliquer aussi le raisonnement de M. Bouillaud aux fonctions si obscures de la rate, et peut-être aussi à celles du pancréas, depuis que M. Colin a prétendu, contrairement à M. Bernard, que cet organe n'avait pas pour mission spéciale d'émulsionner les graisses ? Un pareil système conduirait à l'incertitude et au scepticisme le plus déplorable en physiologie.

M. *Gibert.* N'y a-t-il pas lieu d'être surpris qu'un seul médecin ait eu la bonne fortune d'observer 60 cas de maladie bronzée de la peau, lorsque cette affection n'avait fixé jusqu'à présent l'attention d'aucun autre praticien ? Mon étonnement est d'autant plus grand que ces observations nous viennent de l'étranger. Je serai

moins étonné, sans doute, quand cela se sera produit en France un assez grand nombre de fois pour qu'il devienne légitime de faire entrer la *peau bronzée* avec altération des capsules surrénales dans le cadre des cachexies spéciales.

La coloration noire pathologique de la peau constitue une maladie très rare. On peut, je crois, en distinguer deux variétés. L'une est passagère, elle dure un mois environ ; elle me paraît due à une imbibition du tissu cellulaire sous-cutané et du réseau dermique par le sang, qui s'altère promptement dans les parties exposées, comme le visage et les mains, au contact de l'air. C'est sur une affection de cette espèce que j'ai eu l'occasion de lire naguère un rapport à l'Académie.

L'autre variété est celle à laquelle se rattacheraient le cas cité par M. Trousseau et celui qui a été observé dans le service de M. Cazenave. Je pourrais y ajouter peut-être le fait curieux d'une femme dont les lèvres et une grande partie du visage se colorèrent en noir à la suite d'une violente et pénible émotion. J'ai perdu de vue cette femme trop tôt pour savoir quelle aura été la suite de cet accident.

M. *Trousseau*. Je loue le sentiment de nationalité qui fait que M. Gibert accorde une si grande confiance aux travaux de nos compatriotes : mais nous risquerions de devenir injustes si nous ne reconnaissions pas également les services rendus à la science par les médecins étrangers. M. Addison est un des praticiens les plus légitimement estimés de la Grande-Bretagne, et son incontestable talent d'observateur, uni à une grande probité scientifique, est une suffisante garantie de l'authenticité des faits qu'il avance. M. Addison est le compatriote et l'ami de M. Bright. Ces deux savants médecins ont rendu des services éminents à la pathologie, l'un en découvrant une forme d'hydropisie invariablement liée à une altération grave et incurable des reins ; l'autre en signalant une coloration morbide de la peau qui s'accompagne toujours de cachexie et d'une lésion profonde des capsules surrénales. De pareils médecins sont dignes de tout notre respect et de toute notre reconnaissance : ils ont bien mérité da la science et de l'humanité.

Ophthalmologie. — M. *Quadri* (de Naples) donne lecture d'une *Note sur l'iritis*. Grâce à un assez grand nombre d'observations recueillies à Naples, puis dans les hôpitaux de Vienne, de Bruxelles, de Berlin et de Londres, ce chirurgien a pu s'assurer, en comparant la marche de l'inflammation dans ces différents pays, que l'iritis varie suivant les climats. Plus on avance vers le nord, moins elle est intense, et plus elle est prompte et facile à guérir. A Londres, l'inflammation simple de l'iris cède assez rapidement aux antiphlogistiques ordinaires. A Naples, au contraire, l'iritis cause presque toujours des douleurs atroces, des vomissements bilieux, des convulsions ; la plegmasie s'étend promptement aux autres milieux de l'œil, et les malades perdent la vue au bout de la première semaine.

Si l'iritis est plus grave dans les contrées du midi que dans celles du nord, c'est, suivant M. Quadri, parce que dans le midi la chaleur est plus intense et la lumière solaire plus vive; c'est aussi parce que l'iris est d'une couleur plus foncée que chez les hommes du nord : car il croit que la coloration de cette membrane est en rapport direct avec sa richesse vasculaire.

Les antiphlogistiques sont insuffisants pour combattre une inflammation aussi intense. Quelle que soit la forme de l'iritis, M. Quadri emploie avec avantage une pommade au sublimé corrosif dont il frictionne pendant une demi-heure environ la face dorsale des pieds du malade. Il y ajoute souvent l'administration du calomel à l'intérieur. (*Comm.* : MM. Velpeau et Ricord)

Chirurgie. — M. le docteur *Rufz*, membre correspondant, entretient l'Académie d'une affection chirurgicale fort rare, qu'il lui a été donné d'observer dans sa pratique. Il fut appelé, un jour, auprès d'une jeune mulâtresse de treize à quatorze ans, qui se plaignait de perdre continuellement du sang par les gencives. Les deux dernières molaires du côté gauche étaient très mobiles, et toutes les fois qu'on pressait sur elles, on faisait sortir des alvéoles un jet de sang rutilant; mais le doigt, posé doucement sur elles, les sentait soulevées comme par des pulsations artérielles. Pendant que M. Rufz se livrait à l'examen de cette singulière lésion, une hémorrhagie considérable survient: la jeune fille tombe en syncope, et meurt pendant que le chirurgien s'occupait activement d'arrêter l'écoulement sanguin. M. Rufz met sous les yeux de l'Académie la portion d'os maxillaire malade. L'artère dentaire inférieure, intacte jusqu'à son entrée dans le canal osseux, était remplacée là par une petite cavité ampullaire communiquant avec les deux derniers alvéoles et remplie de sang artériel. M. Rufz pense que ce cas d'anévrysme de l'artère dentaire inférieure est unique dans la science.

Instruments.— M. le docteur *Bonnafont* présente à l'Académie une pince spéciale qu'il a fait exécuter pour l'opération du phimosis.

La séance est levée à cinq heures.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Armamentarium Lucinæ novum. Collection de dessins des instruments anciens et modernes employés en obstétrique, 47 pl., 355 dessins. (*Umfassende Sammlung von Abbildungen der in der Geburtshülfe gebräuchlichen älteren und neueren Instrumente*), par le professeur F. Kilian. Bonn, Ed. Weber, 1856.

En rassemblant, dans un livre peu coûteux, la collection aussi complète que possible des instruments obstétricaux, le célèbre professeur de Bonn a voulu compléter son remarquable traité d'obstétrique opératoire, faciliter à l'élève l'étude de l'obstétrique, permettre au praticien de se débrouiller au milieu des modifications, dont l'explication , si claire qu'elle soit , ne vaudra jamais une figure.

On pourrait peut-être regretter que l'auteur et l'éditeur aient surtout visé au bon marché. D'une part, il a fallu laisser de côté bien des instruments ayant un intérêt historique, et d'une autre il est impossible de pouvoir, sur de telles ébauches, faire construire les forceps indiqués. Pour en finir avec nos desiderata, nous eussions voulu une notice courte et claire, donnant, avec le nom de l'auteur, l'époque à laquelle l'instrument a été construit, les perfectionnements , les modifications qu'il a subis, la valeur pratique que l'expérience lui a donnée. On se perd dans cet arsenal, et l'on peut souvent dire, avec M. Velpeau : « Ce serait bon , si c'était possible. » Combien de forceps, en effet, n'ont eu d'autres défenseurs que leurs inventeurs ! Nul mieux que M. Kilian n'eût été à portée de faire ces appréciations : les accoucheurs auraient accueilli avec joie les jugements et les conseils d'un praticien aussi distingué, et les élèves auraient pu, en quelques mots, se graver dans l'esprit un nom, un temps, une idée, tandis qu'ils sont embarrassés pour distinguer le bon, qui bien souvent est le vieux, (parce que c'est le simple), du mauvais, quelquefois du neuf, rendu impossible par ses complications. Et rien n'est propre à faire désirer le simple comme ces collections d'armes chirurgicales, si souvent dangereuses quand elles ne sont pas dirigées par des hommes expérimentés. Nous nous rappelons ces paroles qui terminèrent le cours d'obstétrique opératoire d'un des premiers accoucheurs de l'Allemagne, et nous ne pouvons nous empêcher de les répéter : « Souvenez-vous, disait-il aux élèves, que c'est la *main*, cet instrument que la nécessité, l'urgence, comme la commodité, nous forcent si souvent d'employer, cet instrument toujours prêt, se pliant à de si nombreuses modifications instantanées, obéissant à la volonté mieux que tout autre appareil, sachant discerner et épargner , que c'est la main qui doit être la règle et l'instrument l'exception. »

Enfin, si la collection de M. Kilian peut être utile comme historique, elle n'a pour l'élève, telle qu'elle est du moins, d'autre valeur que celle de lui rappeler ce qu'il aura vu employer et touché par lui-même, de rafraîchir sa mémoire au moment d'un examen.

Paul Picard.

VII.

VARIÉTÉS.

Voici le discours prononcé au banquet du Louvre par M. le docteur Roux, chirurgien en chef de la marine.

Messieurs et chers confrères,

Que de motifs de reconnaissance et de joie pour les médecins de la marine, quand ils apprendront quels ont été, à leur égard, votre accueil, vos paroles et vos sentiments dans cette grande et solennelle réunion! Vous leur avez prodigué tout ce que la bienveillance a de plus délicat, le langage de plus flatteur, le cœur de plus chaleureux; et pour répondre à tant de témoignages de sympathie confraternelle, c'est moi que vous choisissez pour parler en leur nom dans cette imposante assemblée! Combien je regrette davantage encore que M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, soit retenu loin de cette enceinte; nul mieux que lui n'eût répondu au toast du président du banquet et aux acclamations unanimes de nos confrères; l'âge, l'élévation du grade, la distinction du mérite, ne permettant qu'à lui seul d'honorer le corps médical de France par un juste hommage rendu

A la commission du banquet,

A l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur baron Paul Dubois, (Applaudissements.)

A l'illustre président du Conseil de santé des armées, M. le docteur Bégin, (Applaudissements.)

Au modeste promoteur de cette magnifique fête, M. le docteur Maheux. (Applaudissements.)

Dans son absence, je ne puis décliner l'honneur de le représenter ici, et de parler au nom de mes confrères de l'armée navale; mais permettez-moi, je vous prie, d'accepter ce périlleux honneur comme un devoir et en échange de votre hospitalité.

Recevez, messieurs, les remercîments bien sentis et l'expression de la profonde gratitude de tous les médecins de la flotte, pour votre invitation à ce banquet splendide, dont la pensée restera dans nos annales comme une éclatante manifestation de votre estime pour leur savoir, de votre admiration pour leur dévouement. (Applaudissements.)

Vous le savez, messieurs, la médecine s'exerce en France dans trois conditions : *la vie civile, l'armée, la marine*. Mais ces trois lignes de notre noble profession sont comme les embranchements d'une même famille, ou, si vous l'aimez mieux, comme trois sœurs que le même cœur anime et que dirigent les mêmes instincts. (Approbation.)

Dès nos premiers pas dans la carrière, nous avons appris à aimer nos confrères honorables qui, dans les campagnes et dans les villes, sous le chaume comme sous les lambris dorés, dans les temps calmes comme dans les jours d'agitations et d'épidémies, répandent sans cesse les secours d'un art bienfaiteur; nous avons appris à admirer ceux qui, dans les hôpitaux, la presse, la littérature médicale, les arts utiles à notre profession, consacrent, chaque jour, les plus belles facultés de l'esprit et les impulsions du génie au bien de l'humanité, au développement de la science, au perfectionnement de nos institutions; nous avons appris à vénérer les intelligences d'élite qui, dans les Facultés, les Sociétés savantes, l'Académie, l'Institut, par la grandeur de l'enseignement et la consécration du progrès, sont la gloire et l'éternel honneur de la médecine française. (Applaudissements.)

Vous connaissez, messieurs, comme nous les connaissons nous-mêmes, nos braves camarades de l'armée; ils ont le bonheur d'avoir des hôpitaux, une école de médecine dans la capitale, de vivre en grand nombre au milieu de vous, et de s'associer à toutes vos réunions. Vous savez qu'aussi instruits que modestes, aussi courageux qu'infatigables, ils sont si dévoués que, chez eux, l'abnégation est une vertu vulgaire; et vous appréciez tous, au degré de leur haute valeur, ces chefs éminents qui, par la distinction de leurs services, l'importance de leurs travaux, la supériorité de leurs talents, dignes émules des Percy, des Broussais, des Desgenettes, des Larrey, jettent le plus vif éclat sur la médecine militaire.

Il faut en convenir, messieurs, vous connaissez moins les médecins de la marine, également dignes de toutes vos sympathies; leur destinée est de vivre loin de vous, de n'avoir que très rarement l'occasion de prendre part à vos fêtes de famille, et de resserrer avec vous, par l'échange des meilleurs sentiments, les liens de la plus cordiale confraternité. Les nécessités du service les retenant habituellement à la mer ou dans les hôpitaux des ports, ce n'est qu'exceptionnellement, et, pour ainsi dire, qu'à la dérobée, qu'ils viennent, dans les Facultés, demander le diplôme de docteur, et dans vos hôpitaux chercher le perfectionnement pratique aux inspirations cliniques des grands médecins et des grands chirurgiens dont la France s'honore. Je voudrais vous entretenir encore de vos confrères de l'armée navale, vous dire leur avancement au concours, leurs études sérieuses, leurs connaissances étendues, les services qu'ils rendent à la flotte, les travaux dont ils ont enrichi l'hygiène, la médecine, la chirurgie, l'histoire naturelle; mais je craindrais de m'éloigner du but qui nous rassemble, et d'abuser de votre attention si bienveillante pour moi.

Dans le siége mémorable qui vient d'étonner le monde, et dans cette guerre exceptionnelle, la plus grande du siècle, où, secondant les impulsions du chef de l'État, tous ont rivalisé d'intrépidité héroïque, les médecins des armées et des flottes alliées, dans la Baltique comme dans la mer Noire, et leurs illustres chefs que j'ai l'honneur de saluer ici, sont constamment restés à la hauteur de leur noble position, toute de courage, de science et de charité. Compagnons fidèles des soldats et des matelots, ils les suivaient dans les combats et dans les épidémies, les disputaient à la mitraille comme aux fléaux destructeurs, les protégeaient contre les atteintes d'invisibles ennemis, jusqu'au jour où, frappés comme eux du fer des batailles ou des coups de la contagion, plus de cent les ont accompagnés dans la tombe!

Dans tous les temps, il a été beau de mourir pour la patrie, le glaive à la main, dans l'excitation de la gloire et l'enthousiasme du combat; c'est là une vertu antique. Mais mourir lentement dans une épidémie, attendre froidement la mort, la recevoir avec fermeté, sans éclat, sans bruit, sans renommée, c'est là plus que de la bravoure, messieurs, c'est de l'héroïsme! (Applaudissements.) Sainte abnégation, fille d'une moderne civilisation; vertu sublime, que l'antiquité païenne aurait divinisée, et que les sociétés contemporaines, grandies sans doute par les exemples de nos confrères, considèrent comme le simple accomplissement du devoir!

Messieurs, nos pères avaient la pieuse coutume de se réunir dans des banquets de famille pour s'entretenir des parents qui n'étaient plus et célébrer leur mémoire. Quel moment plus solennel pour les imiter! Honneur, mille fois honneur au talent, au courage, au dévouement de nos généreux confrères des armées et des flottes d'Orient, morts du choléra, du typhus, au champ d'honneur, au chevet du matelot et du soldat.

— Par décret rendu sur le rapport du ministre de l'agriculture, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'*officier* M. Renault, directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort ; au grade de *chevalier*, M. Magne, professeur à la même École, et M. Lhomme, jardinier en chef du jardin botanique de la Faculté de médecine.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine Medicinische Central-Zeituno. → Nos 46 à 62. — 56. Développement des condylômes pendant la grossesse, par *I. Zerbe*. — Revues et critiques. — 57. Deuxième communication sur les modifications produites dans les nerfs moteurs par des courants constants, par *Pflüger*. — 59. Chloroforme dans l'éclampsie, par *Zimmermann*. — 60. Parallèle entre quelques maladies de l'homme et des plantes, par *Zerbe*. — 62. Collodion dans le pansement des fracture , par *Wendryokowski*.

Deutsche Klinik. — N° 28. Sur la résolution des contractures paralytiques au moyen de courants galvaniques continus, par *R. Remak*. — Expériences avec l'huile de romarin sur des yeux de grenouille extirpés, par le professeur *Hoppe*.

Livres nouveaux.

Lettres sur les Substances alimentaires, et particulièrement sur la viande de Cheval, par M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*. 1 vol. grand in-18 de VIII — 260 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par le docteur *J. Béclard*. 2e éd. 1 vol. in-8 de X — 1124 pages avec 202 fig. Paris, Labé. 12 fr.

The Complete Handbook of Obstetric Surgery (Manuel de chirurgie obstétricale, ou Règles concises de pratique dans tous les cas qui peuvent se présenter). Un vol. in-8 avec 94 fig. Londres, *H. Renshaw*.

The Surgeon's Vade Mecum : a Manual of Modern Surgery, by *Robert Druitt*. 7e éd., 1 vol. grand in-18 cartonné de 760 pages avec 300 gravures. Londres, *H. Renshaw*. 17 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 5 SEPTEMBRE 1856. N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 20 au 27 août 1856.

205. LASNIER, Firmin-Marie, né à Malestroit (Morbihan). [*Quelques considérations sur l'amputation en général et le traitement des amputés.*]

206. LADEVÈZE, Gilbert-Félix, né à Saint-Galmier (Loire). [*De l'ictère.*]

207. CHAVANNE, Théodore-Louis, né à Dôle (Jura). [*De la combustion humaine spontanée.*]

208. LASSÈGUE, Jean-Prosper, né à Pouillon (Landes). [*De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la marche de la phthisie.*]

209. BOUVYER, Jules-Savinien, né à Dreux (Eure-et-Loire). [*Étude clinique sur les effets de l'abstinence dans les maladies.*]

210. BOICHIN, Charles-Auguste, né à Saint-Christophe (Isère). [*De l'habitude.*]

211. LEROUX, Xavier-Eugène, né à Paris (Seine). [*De la transfusion du sang.*]

212. LAROCHE, François-Étienne, né à Saint-Amant-de-Vergt (Dordogne). [*De quelques indications de la bronchotomie.*]

213. TESSIER, Joseph-Henri, né à Bordeaux (Gironde). [*De l'urémie.*]

214. FABRE, Jean-Jacques-Émile, né à Ornaisons (Aude). [*Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*]

215. ACHALME, Jean, né à Montchamp (Cantal). [*Des granulations du col de l'utérus.*]

216. POINSOT, Pierre-Isaïe, né à Lajesse (Aube). [*De la fonction glycogénique du foie, précédée d'une introduction sur l'organisme.*]

217. DEXANT, Pierre-Célestin, né à Saint-Séverin (Charente). [*Résumé des altérations du sang dans les maladies.*]

218. FERRO (Joachim), né à Reggio (royaume de Naples). [*Essai sur l'action thérapeutique de la strychnine dans le choléra-morbus.*]

219. MARIANNY, Marie-Jules-Victor, né à Aubenas (Ardèche). [*De l'ongle incarné.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 septembre 1856.

DOCUMENTS RELATIFS A LA PEAU BRONZÉE. — LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE ; NOUVEAUX DÉTAILS.

Nous avons cru devoir, jusqu'à présent, user de réserve à l'égard de la *peau bronzée*. Ce n'est pas un parti pris, mais un acte de prudence conforme à l'impression générale que nous a laissée la lecture des observations, et inspiré aussi par le souvenir des mécomptes auxquels exposent si souvent les nouveautés de la pathologie. Cette position nous la croyons bonne, et provisoirement nous la gardons. Mais c'est pour nous un motif de plus de mettre les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE au courant des documents sur lesquels doivent être appréciées les opinions de M. Addison, alors même que ces documents, presque tous recueillis en Angleterre dans la première ferveur de la découverte, pourraient paraître de nature à forcer les scrupules. Au demeurant, la nouvelle maladie se présente avec des garanties de savoir, d'expérience et d'autorité qui peuvent bien laisser encore place au doute, mais qui ne permettent pas de la traiter légèrement.

Depuis notre dernier article, nous avons fait quelques recherches dans la littérature médicale anglaise, dans l'intention d'y relever un tableau des observations publiées et de vérifier ainsi cette assertion du docteur Posner, que l'ensemble des faits ne justifie pas l'importance attribuée aux altérations des capsules surrénales (voy. le dernier numéro, p. 613). Ce travail, nous l'avons trouvé tout réalisé par M. le docteur Hutchinson, l'un des auteurs qui se sont le plus occupés, après M. Addison, de la nigritie accidentelle. Dans un mémoire dont la publication dans le MEDICAL TIMES a été commencée le 15 décembre 1855, et terminée tout récemment, c'est-à-dire le 22 mars 1856, M. Hutchinson fait le résumé

suivant des 28 cas qui lui étaient connus. Ce résumé, disons-le tout de suite, est très favorable à M. Addison. Commençons par le reproduire.

« Douze fois les deux capsules surrénales étaient détruites (*destroyed*) par une maladie chronique, et, dans chacun de ces cas, le changement de couleur de la peau était marqué et positif, et la mort est survenue avec des symptômes particuliers de débilité. Sept fois on n'a pu obtenir l'ouverture du cadavre ; mais la forme de cachexie observée et le genre de mort ressemblaient très exactement à ceux dans lesquels la nécropsie a confirmé la théorie. Dans un cas, le patient vit encore ; mais les symptômes sont tout à fait ceux qu'on rencontre habituellement, et le mal paraît irrémédiable. Dans un autre, les deux organes étaient frappés de suppuration récente, et la peau n'offrait qu'une teinte jaune-brun, l'affection probablement n'existant pas depuis assez longtemps pour avoir pu produire la coloration caractéristique de la couche pigmentaire. Quatre fois, l'altération n'occupait qu'une des deux capsules, l'autre restant saine, et il n'existait qu'une teinte bronzée légère, mais bien positive... Une fois, le patient guérit après avoir présenté pendant plus d'un mois une teinte *brun-sale* de la peau (*dirty brown*)... Une autre fois, on ne constata aucun changement de couleur à la peau chez une femme morte de cancer et dont les deux capsules surrénales contenaient des dépôts cancéreux... » Enfin, l'auteur fait allusion à un sujet chez lequel la peau présentait une couleur sombre générale sans que l'autopsie ait révélé aucun désordre du côté des capsules surrénales ; il s'agit sans doute ici du cas de M. Peacock, rappelé dans notre dernier numéro.

Suivant notre confrère de *Free hospital*, les vingt-cinq premiers cas plaideraient *plus ou moins* en faveur des opinions de M. Addison ; et les exceptions, en apparence constituées par les trois derniers, ne reposeraient pas sur des éléments bien solides, tantôt parce que le changement de couleur de la peau n'aurait pas tenu à un dépôt pigmentaire, comme dans le véritable *état bronzé*, mais à quelque cachexie d'une autre nature ; tantôt parce que l'absence de nigritie, malgré l'altération des capsules, pouvait s'expliquer par la conservation d'une partie de ces organes ; tantôt enfin parce que le sujet n'avait pas été observé jusque dans les derniers temps de sa vie.

Cette appréciation est trop complaisante sous de certains rapports, et, sous d'autres, trop sévère. En premier lieu, il nous semble que, du moment où il s'agit d'établir une relation entre certaine coloration du tégument externe et une lésion des capsules surrénales, la donnée anatomique est de rigueur, et que dès lors il faut mettre hors de cause les cas où l'autopsie n'a pas été pratiquée. Or, sur les 25 sujets dont il s'agit en ce moment, 7 n'ont pu être ouverts, et 1 vivait encore à la date du relevé. Restent donc 17 sujets chez lesquels l'état bronzé, à différents degrés, a coïncidé avec une lésion plus ou moins profonde des capsules surrénales. Quant aux trois derniers faits du relevé, il en est deux qui réellement ne contredisent M. Addison d'aucune manière, mais ne parlent pas non plus en sa faveur, et le tort de son collègue est de les considérer comme des exceptions possibles, quoique non démontrées. En effet, dans un des cas, le malade a guéri, ce qui peut être contre l'usage, mais ne touche en rien à la question pathogénique, et, dans l'autre cas, la destruction cancéreuse des capsules ne s'était pas accompagnée de nigritie, ce qui ne prouve pas que la nigritie ne puisse dépendre quelquefois d'une lésion de ces organes. Ce sont encore deux faits à écarter. La seule exception véritable rappelée par l'auteur est la dernière, où les capsules ont été trouvées saines dans un cas de nigritie.

Nous avons ainsi un total de 18 cas (au lieu de 28). En y ajoutant les 2 faits rapportés par M. Trousseau et celui de M. Malherbe que nous donnons plus loin (p. 633), cela fait 21 cas sur lesquels l'autopsie a montré 20 fois une altération plus ou moins grave des capsules surrénales.

Certes, ce résultat, qui est bien en opposition avec l'assertion précitée de M. Posner, serait extrêmement favorable à la cause du *bronzed skin*, si les faits d'où il est tiré étaient tous pertinents. Mais il y a, dans l'espèce, deux causes d'erreur qui rendent l'observation plus difficile qu'on ne pourrait d'abord le supposer. D'une part, il est des colorations plus ou moins noirâtres ou plombées de la peau qui n'ont aucun rapport avec la nigritie véritable, et que les auteurs, séduits par la nouveauté, ont pu confondre avec un dépôt de pigment noir. M. Hutchinson, qui s'arme de cette supposition contre les faits réputés négatifs, ne remarque pas qu'on peut l'opposer tout aussi bien aux faits réputés positifs, et croire, par exemple, que la teinte jaune foncé qui est propre aux cancérés, ou la teinte plombée que présentent certains scrofuleux, a été décorée du nom de *teinte bronzée* dans les cas (dont M. Addison lui même rapporte des exemples) où l'altération des capsules consistait en des dépôts cancéreux ou tuberculeux. D'autre part, les capsules surrénales, dans la réduction graduelle qu'elles subissent après la naissance, varient considérablement de forme, de volume, de consistance, se ratatinent, se durcissent, ou deviennent graisseuses, sans qu'aucune fonction de l'économie paraisse s'en ressentir. On est peu disposé dès lors à attacher quelque importance aux observations dans lesquelles l'altération se réduit à ces termes vulgaires. Et quant aux autres, nous l'avons dit dans le dernier numéro, elles manquent presque toujours des détails et de la précision qu'on est en droit d'exiger surtout dans un sujet encore inexploré. La question reste donc *sub judice*, mais, nous le répétons, avec un dossier qui mérite la plus sérieuse attention.

A. Dechambre.

Une nouvelle communication sur la ligature de l'œsophage a été faite par M. Orfila. Depuis le 19 du mois dernier, l'honorable agrégé de la Faculté a lié l'œsophage à dix-huit chiens, et il est arrivé aux mêmes conclusions que nous et que M. Follin, relativement aux causes de la mort qui suit quelquefois la ligature. De plus, M. Orfila, en tuant ses chiens par la section du bulbe, deux, quatre à six heures après l'opération, s'est assuré directement de la présence de cette salive spumeuse et gluante dans le larynx et même dans la trachée et les bronches.

Nous sommes en mesure, aujourd'hui, de compléter l'histoire des chiens qui ont été soumis à notre expérimentation. Des trois qui vivaient au moment où nous écrivions notre dernier article, l'un a succombé dans la nuit du 28 au 29 août, c'est-à-dire plus de cinq jours et demi après l'opération : c'est celui de la troisième expérience, qui portait une ouverture de l'œsophage au-dessus (1) de la ligature. Nous don-

(1) Dans le numéro précédent (p. 611, 3e expérience) s'est glissée une faute d'impression que nos lecteurs auront sans doute corrigée, mais qu'il importe néanmoins de rectifier, afin d'éviter toute confusion. Au lieu de : l'œsophage est incisé transversalement *au-dessous* du lien, c'est *au-dessus* qu'il devait y avoir.

nons plus loin les résultats que nous a fournis l'autopsie. Les deux autres chiens, c'est-à-dire celui qui avait subi la ligature simple et celui chez lequel la ligature de l'œsophage embrassait les deux récurrents, sont parvenus à s'échapper dans la journée du 30 août, et il nous a été impossible de les retrouver. Ils avaient, du reste, repris toutes les apparences d'une santé parfaite; ils étaient vifs, alertes, et jouissaient d'un excellent appétit, bien que chez eux la déglutition fût encore assez laborieuse et qu'une partie des boissons passât encore par la plaie. Celle-ci était rosée, couverte de bourgeons charnus de bonne nature, et paraissait devoir se fermer prochainement. Les ligatures étaient encore en place.

Autopsie du chien nº 3. — Au niveau de la ligature existe, entre l'œsophage et la trachée, un abcès de 6 centimètres environ d'étendue longitudinale, dont le contenu était versé facilement au dehors par la plaie : pus séreux, fétide, de couleur brunâtre. Muqueuse laryngienne assez vivement enflammée, et couverte d'une couche continue d'un pus crémeux. Muqueuse bronchique normale; poumon rétracté, crépitant, sans induration aucune; sa couleur est rose, avec des régions d'un rouge foncé. En incisant le poumon, on n'en fait écouler aucune spumosité; lorsque l'incision porte sur une des taches plus foncées, on constate qu'elles dépendent d'une accumulation de sang à ce niveau, que le parenchyme pulmonaire y est plus gorgé de sang, mais qu'il n'a subi aucune modification dans sa consistance, et que ce sang accumulé s'enlève en grande partie par le lavage. Tous ces fragments congestionnés, jetés dans l'eau, surnagent, sauf un seul, du volume d'une noix environ, qui gagne le fond. En présence de ces faits, nous avons pensé qu'il s'agissait là d'une simple congestion cadavérique, et M. Follin, qui a bien voulu examiner ce poumon, a partagé notre opinion, en constatant en même temps l'énorme différence qui séparait cet état de l'organe de celui qu'il a observé chez les chiens dont l'œsophage n'avait pas été ouvert au-dessus de la ligature. M. Verneuil a pensé que cette congestion avait pu se développer en partie déjà pendant la vie, tout en reconnaissant qu'elle n'était en rien comparable aux lésions observées et décrites par M. Follin. La ligature était encore en place, et l'œsophage coupé incomplétement seulement et dans une partie de son pourtour; sur certains points, ses tuniques étaient à peine entamées. Au-dessous de la ligature, il ne présentait rien d'anormal; l'estomac contenait un peu de liquide jaunâtre, semblable à du mucus; il était fortement revenu sur lui-même, et sa muqueuse formait de gros plis assez réguliers; l'examen le plus attentif n'y a pas fait découvrir la moindre lésion, non plus que dans le duodénum. Le foie était normal, la vésicule volumineuse et gorgée de bile verte.

On ne saurait contester que les détails de cette autopsie viennent admirablement à l'appui des conclusions que nous avons tirées de nos expériences, et qu'ils fournissent la contre-épreuve des propositions dont nos premières expériences avaient donné la preuve directe.

Nous avions l'intention, après avoir écrit ces lignes, de passer en revue toutes les expériences rapportées dans le *Traité de toxicologie*, afin d'examiner quelles sont celles dont les résultats pouvaient être attribués en partie ou en totalité à la ligature de l'œsophage. Mais nous avons dû renvoyer cet examen à un autre numéro, puisque M. Bouley assure que les accidents sont beaucoup plus graves et plus fréquents chez les animaux auxquels on a ingéré, avant la ligature, une substance même inoffensive, mais surtout une substance vomitive.

MARC SÉE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATION DE MORVE CHRONIQUE, recueillie à l'hôpital du Midi en 1853 dans le service de M. RICORD, par MM. les docteurs DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, et CHARLES DUFOUR, ancien interne des hôpitaux.

Les cas de morve ont encore aujourd'hui un trop grand intérêt, quand ils sont entourés de renseignements et de détails suffisants, pour que nous n'ayons pas cru devoir laisser inédit celui dont nous avons été témoins, l'un de nous comme remplaçant par intérim M. Ricord, et l'autre comme interne du service.

Les affections morvo-farcineuses ne sont définitivement acquises, du moins en France, à la pathologie humaine que depuis les beaux travaux de M. Rayer en 1837. Nous n'avons pas à rappeler les luttes bien connues qu'eut à soutenir cet observateur infatigable et convaincu pour faire triompher la vérité. « Douloureuse découverte, sans doute! » suivant les paroles de notre regretté maître le professeur Requin (*Pathologie médicale*, t. III, p. 390); « mais ce n'est pas la première fois qu'un progrès de la science ne nous apporte qu'une tristesse de plus. » Les diverses formes de l'intoxication morvo-farcineuse n'ont pas été toutes également mises en lumière par les premiers travaux de M. Rayer; c'est surtout l'histoire de la morve aiguë qui fut exposée par ce médecin distingué avec des détails tels qu'aucun observateur n'a pu depuis que venir confirmer et corroborer par des observations nouvelles et complètes la première description du maître. Deux formes chroniques, le farcin et la morve chroniques, n'avaient été présentées par M. Rayer qu'avec réserve, à cause de l'insuffisance des matériaux qu'il put recueillir surtout dans les recueils étrangers, et n'ayant observé aucun cas semblable par lui-même à cette époque. Cependant il restait convaincu de l'identité de la cause, mais demandait de nouveaux faits. Ceux-ci ne tardèrent pas à paraître, et ce fut un élève de M. Rayer, M. Tardieu, aujourd'hui l'un des médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris, qui fixa la science sur ce point dans les *Archives* en 1841 et dans sa thèse inaugurale (1843). Ce dernier travail présente une longue et savante monographie du farcin et de la morve chronique chez les solipèdes et chez l'homme. On y trouve les observations authentiques de farcin et de morve chroniques connues jusqu'au moment de la publication (1843). Mais la fréquence de ces deux formes de la morve ne paraissait pas déjà être égale, et le temps est venu confirmer cette différence importante. Ainsi, déjà en 1843, M. Tardieu traçait l'histoire du farcin chronique avec 22 observations bien concluantes, tandis qu'il ne lui avait été possible que de rassembler 10 observations de morve chronique incontestables; sur ces 10 observations, 8 fois la morve chronique était unie au farcin, d'où le nom de morve farcineuse chronique; dans 2 cas seulement, la morve chronique existait seule. On voit, par cet exposé, combien étaient encore rares les exemples de morve chronique, et surtout seule sans farcin concomitant,

Depuis le travail de M. Tardieu, les recueils scientifiques périodiques ont enregistré un grand nombre de faits de farcin simple chronique et de morve aiguë. Mais en consultant les recueils suivants, de 1843 jusqu'à 1856, *Gazette médicale*, *Gazette des hôpitaux*, *Gazette hebdomadaire*, *Union médicale*, *Moniteur des hôpitaux*, *Archives générales de médecine*, *Bulletins de la Société anatomique*, nous n'avons trouvé que 4 autres cas de morve chronique : 1° 2 en 1847, publiés dans les *Archives* par M. Monneret, le savant auteur du *Compendium*, 2° 1 dans la *Gazette médicale* de 1850, morve farcineuse chronique, par M. Hairion (de Bruxelles); 3° 1 dans la *Gazette médicale* de 1855, morve chronique, extrait d'un mémoire sur la morve par le docteur Léopold Christen, publié dans *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde* du professeur Halla et du docteur Hasner.

Ainsi donc, si aucun fait ne nous a échappé, il n'y aurait, avec les 10 faits de M. Tardieu, les 4 nouveaux sus-indiqués et celui que nous allons présenter au lecteur, que 15 faits connus en France sur la morve chronique jusqu'à ce jour.

Cette pénurie des faits de morve chronique en rend le diagnostic difficile dans certains cas, surtout si elle n'est pas accompagnée de farcin chronique concomitant. Ainsi, de l'aveu de M. Tardieu, page 103, thèse citée : « Au tableau des symptômes de la morve chronique, il convient d'opposer les cas, peut-être assez nombreux, où elle ne se manifeste absolument par aucun caractère extérieur, où le farcin semble exister seul pendant toute la durée de la maladie, où aucune gêne, aucune douleur, aucun écoulement ne se montrent du côté des fosses nasales, où c'est à peine si une toux légère indique quelque trouble des fonctions respiratoires, et où cependant l'autopsie, qui montre les lésions les plus graves et les plus caractéristiques sur la pituitaire ou dans la trachée, ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie. C'est ainsi que la morve peut rester absolument latente pendant la vie et qu'on peut nier son existence, de même qu'elle ne peut être confirmée qu'après l'autopsie des fosses nasales. » On comprend qu'il peut aussi en être de même pour la morve chronique isolée, et qu'elle peut exister pendant longtemps sans symptôme bien tranché. Ainsi, chez notre malade, les douleurs musculaires paraissent avoir manqué, car, dans l'observation assez détaillée que nous avons prise, nous ne les trouvons pas mentionnées; les symptômes accusés par le malade dans l'arrière-gorge et dans les fosses nasales n'auraient pu faire à eux seuls supposer des lésions aussi avancées que celles que nous avons découvertes à l'autopsie. Mais ce qui rendait encore le diagnostic plus difficile et plus obscur, c'était la présence de nombreux ganglions cervicaux qui ne pouvaient être rapportés qu'à la scrofule, tant par leur apparence identique avec l'adénite strumeuse, que par ce que l'on sait de l'absence du glandage chez l'homme avec la morve, fait si constant chez les solipèdes, mais qui ne se retrouve chez l'homme qu'avec les ulcères farcineux de la peau. M. Ricord, qui le premier avait vu le malade à sa consultation en ville, nous l'adressa, soupçonnant une affection farcineuse. Lorsqu'il vint l'examiner avec soin à l'hôpital, il s'arrêta de plus en plus à son premier diagnostic. Une seule chose était insolite d'après les cas relatés jusqu'à ce jour : c'était l'engorgement ganglionnaire du cou ; aussi M. Ricord admettait-il une complication strumeuse, ce que confirmait bien l'hérédité du malade.

La syphilis devait être écartée, soit individuelle, soit héréditaire. L'aspect du voile du palais n'avait pas le caractère des affections tertiaires de ces parties. En outre, pour nous le malade n'avait aucun antécédent syphilitique suffisant (une simple blennorrhagie quelques années auparavant). Restait l'hérédité, qui, quoique possible, est toujours un fait rare à l'âge du malade.

Nous pensons que la scrofule seule n'aurait pu amener les désordres graves qui paraissaient exister dans les fosses nasales sans aucun travail ulcératif du côté de la peau.

La contagion du virus morveux, auquel la profession du malade avait pu très facilement l'exposer, était l'hypothèse la plus probable.

Des mucosités nasales furent portées le 27 octobre 1853 à M. Leblanc, et inoculées par lui à un cheval qui mourut spontanément le même jour que le malade, avant que les dix jours nécessaires à l'incubation complète fussent révolus. Ce vétérinaire distingué, en pratiquant avec soin l'autopsie, assura avoir trouvé les signes non douteux de la réussite de l'inoculation.

Il est plus que probable que si notre malade avait vécu plus longtemps, il nous aurait présenté d'autres phénomènes qui nous auraient confirmés dans l'idée de la morve. Toujours est-il que sa mort a dû être hâtée par les deux terribles maladies auxquelles il était en proie; que la bronchite généralisée avec ces accès de suffocation si graves était due à la fois et aux désordres de l'affection morveuse et à la génération des tubercules pulmonaires. Le malade commençait déjà, du reste, à présenter le début du marasme que produisent également à la longue la diathèse tuberculeuse et l'intoxication morveuse chronique. Les lésions, à l'autopsie, ont été celles de la morve chronique et de la tuberculisation. M. Tardieu, qui voulut bien venir examiner les pièces, reconnut parfaitement les désordres de la morve chronique, réunis par une simple coïncidence avec la tuberculisation. C'eût été un joli cas à mettre en avant par les vétérinaires qui n'ont voulu voir dans la morve du cheval qu'une forme méconnue des tubercules : ils auraient trouvé là une apparente confirmation de leur hypothèse; mais aujourd'hui des recherches ultérieures et les discussions académiques ont fait justice de ces trompeuses analogies qui avaient séduit des esprits distingués, et nous ne retomberons pas dans une semblable erreur.

Le malade, trois ans avant son entrée, dit avoir reçu un coup de pied de cheval à la jambe, et que la plaie qui en résulta resta deux ans à se cicatriser sans qu'il y eût jamais ni angioleucite ni adénite du membre. Serait-ce là un exemple d'ulcère farcineux spontanément guéri, puis l'intoxication latente pendant trois ans reparaissant sous forme de morve chronique? On ne peut que poser la question sans la résoudre d'après des renseignements trop incomplets. Il est plus vraisemblable cependant de croire à la négative, parce que la constitution naturellement faible du malade ne permet pas de supposer que l'intoxication se soit bornée d'abord à un seul accident farcineux, pour subir ensuite une si longue incubation. A la rigueur, nous pensons que la chose ne serait pas impossible, et qu'on peut trouver des cas analogues dans l'histoire de la morve et du farcin; mais c'est tout ce que nous pouvons dire sur cet antécédent obscur.

OBS. — Le nommé Gouley (Adrien-Delphin), âgé de vingt-neuf ans, cocher des omnibus, né à Venizy (Yonne), entre le 18 octobre 1853 à l'hôpital du Midi, salle 4e, lit n° 21.

La mère morte à quarante-six ans de la poitrine.

Le père vit encore, soixante-trois ans, bien portant.

La famille se composait de huit enfants, dont quatre morts, un à onze ans, de phthisie pulmonaire ; un à vingt-trois ans, de la même maladie ; deux autres morts très jeunes. Un de vingt-quatre ans, grand, pâle, brun, maigre, toujours en bonne santé jusqu'à ce jour ; un de dix ans et un de dix-huit ans, aux Enfants trouvés ; on les dit dans de bonnes conditions.

Notre malade avait, jusqu'au commencement de cette année, toutes les apparences d'une santé florissante, embonpoint, fraîcheur ; mais, comme le fait observer sa femme, il était plein d'humeur, la moindre chose le faisait suppurer. Il est brun et a le visage trompeur qui, avec une coloration foncée de la peau et du système pileux, cache souvent une diathèse lymphatique et strumeuse des plus prononcées. Il a eu trois enfants, un non à terme, à six mois et demi, qui vécut cinq jours, un autre de treize mois et un de sept ans, tous deux bien portants.

Depuis l'âge de treize ans, il travaille dans les écuries de chevaux comme palefrenier ou postillon ; il a parcouru la France longtemps en cette qualité, surtout aux environs de Paris, en Lorraine et à Mulhouse, chez des maîtres de poste ou des relayeurs ; en dernier lieu, il soigna et conduisit les chevaux des Messageries nationales. Depuis un an, il ne soigne plus de chevaux et est seulement employé comme cocher d'omnibus.

Le frère et la femme, quoique le malade le nie, disent qu'il est impossible qu'il n'ait pas eu affaire, dans cette longue carrière d'écurie, avec quelques chevaux malades et notamment morveux.

Il y a cinq ans, il contracta la variole ; peu de temps après, audessous de l'oreille gauche, apparut une petite glande, dont l'éruption variolique aurait bien pu être la cause occasionnelle.

Il y a trois ans, il reçut un coup de pied de cheval à la jambe gauche ; la plaie resta un an à guérir, mais il n'y aurait eu jamais d'engorgement des vaisseaux du membre inférieur de ce côté ni des glandes de l'aine.

Au commencement de l'année 1853, la glande du cou à gauche avait fini par s'abcéder ; puis en même temps sont survenues peu à peu d'autres glandes périmaxillaires, vers les mois de mars et avril, avant que le malade se plaignît de la gorge et du nez. Le malade a commencé ensuite à maigrir et à se sentir gêné de la gorge, et depuis trois mois seulement est survenue de la punaisie avec croûtes, enchifrènement, mucosités épaisses et purulentes des fosses nasales. La femme, qui a toujours couché avec son mari, n'a rien eu ce moment, mais songeait à faire deux lits, à cause de l'odeur de plus en plus fétide de son haleine.

Jamais de chancres, une seule chaudepisse il y a quelques années.

Le malade arrive à l'hôpital de la part de M. Ricord qu'il avait consulté la veille.

A son entrée, nous constatons un peu de bouffissure de la face, surtout du nez, avec légère rougeur violacée de la peau qui recouvre les os propres. Enchifrènement, croûtes remplissant les narines, mais sans traces d'ulcérations de la muqueuse visibles à l'examen de l'orifice des narines. La muqueuse n'est même pas violacée, rouge ; elle a conservé sa teinte normale. Le timbre de la voix n'est pas altéré ; cependant, on remarque une raucité et un nasonnement guttural qui font soupçonner des désordres du côté du voile du palais. En examinant l'arrière-gorge, on aperçoit une sorte de coloration grisâtre, avec épaississement du voile du palais ; de plus, des petits pertuis fistuleux au-dessus de la base de la luette, de 2 à 3 millimètres de diamètre pour les plus grands ; ces pertuis, sondés avec un stylet, ne semblent pas pénétrer très avant et traverser complétement le voile. Du reste, l'examen parfait de la gorge est impossible, le malade n'ouvrant que très peu la bouche, à cause des masses ganglionnaires dont nous allons nous occuper. L'haleine n'est pas précisément fétide comme dans l'ozène chronique, mais aigre et fade. Ces lésions du nez et de la gorge ne dateraient que de trois mois environ. Le malade porte en outre un engorgement général des ganglions lymphatiques du cou ; on sent sur les côtés des traînées moniliformes de petits ganglions indurés ; on retrouve pourtant des ganglions durs et augmentés de volume latéralement et antérieurement, mais ce sont surtout les ganglions périmaxillaires près des angles de la mâchoire qui ont acquis le plus grand volume ; les plus gros atteignent la grosseur d'une petite noix. Cet engorgement, tout à fait froid, sans rougeur, indolent, rappelle entièrement les engorgements scrofuleux du jeune âge ; il remonterait au mois d'avril, trois mois environ avant les accidents naso-pharyngiens. On voit au-dessous de l'oreille gauche une cicatrice résultat de la glande qui s'y est abcédée au commencement de l'année, et à droite sous le bord de la mâchoire inférieure, au niveau de la glande sous-maxillaire, existe une ulcération tout à fait semblable à celles résultant de l'ouverture spontanée des abcès strumeux du cou, et qui est la suite d'un abcès ouvert il y a huit jours en ce point. Le malade présente en outre des râles sonores ronflant et sibilant généraux des deux côtés, avec respiration très rude et trachéale, un peu de matité relative du poumon à droite antérieurement, et des râles muqueux très humides. En nul point du corps on ne remarque d'éruption ou de traces d'abcès cutanés. Le malade est dans un état continuel de dyspnée. On constate un bruit *de langue de chat intermittent* à la région précordiale à l'auscultation.

Le 19, même état.

Le 20, MM. Demarquay et Puche, en visitant le malade, pensent qu'il y a des désordres profonds dans les os du nez, et probablement perforation de la cloison. Tel est aussi l'avis de M. Ricord, qui le lendemain vint voir le malade. Ce matin, la dyspnée paraît un peu plus grande et les râles sonores plus abondants ; le malade ne se plaint pas davantage. Vers midi, il est pris tout à coup d'accès de suffocation des plus intenses, avec respiration sifflante, turgescence violacée de la face, qui tout d'abord me fait songer à la trachéotomie ; cependant, en examinant les symptômes avec plus de soin, je crois qu'elle ne devrait pas soulager le malade. Ainsi de temps en temps le malade appelle du secours, et le timbre de la voix est parfaitement conservé ; toute l'expression de la dyspnée se passe dans le cou, vers les régions sus-claviculaires, et non pas dans le thorax et à la pointe du sternum. L'obstacle me paraît être sous-laryngien. Le doigt, introduit vers la base de la langue, ne fait point constater d'œdème de l'épiglotte. (Le malade avait été soumis jusqu'alors à Baghols, 100 grammes ; tartrate de fer, 3 grammes ; gargarisme iodé à 3 pour 100. Il venait de déjeuner.) On lui donne immédiatement émétique, 0,05 ; poudre d'ipéca, 1,00 en deux doses dans un peu d'eau tiède. Il a un vomissement abondant peu de temps après, qui semble amener un amendement dans les symptômes de suffocation. Des compresses froides sont appliquées autour du cou, et des sinapismes aux extrémités.

Le malade reste en orthopnée, mais non plus sous l'imminence de l'asphyxie. Deux heures après, nouvel accès moins intense que le premier ; un second vomitif est administré, qui reste sans effet ; l'accès s'apaise au bout de quelque temps. M. Demarquay, prévenu, vient voir le malade, et pense aussi que la cause de la dyspnée est au-dessous du larynx, mais que la trachéotomie, quoique contre-indiquée théoriquement, devra peut-être être tentée comme dernière chance de salut. Il revient le soir à dix heures. Le malade est alors mieux, et a pu reprendre dans son lit le décubitus horizontal. Cependant, à sept heures, il avait eu encore un accès de suffocation ; l'interne de garde lui avait administré un nouveau vomitif comme les précédents.

Dans la nuit, vomissements produits probablement par les doses d'émétique données dans la journée et restées sans effet.

(*Nota*. Les mouvements respiratoires étaient de 40 par minute dans les accès.)

Le lendemain 21, à la visite, le malade est calme, mais la respiration toujours difficile, trachéale ; le pouls, qui était resté très fréquent et très petit pendant et après les accès de suffocation de la veille, a repris du calme et de l'ampleur.

A cause d'une suspicion très légitime de morve chronique, le malade est placé dans une chambre séparée.

Lavement purgatif ; vésicatoire aux cuisses ; pot. kermès, 0,10.

22 et 23. Le mieux se continue. Potages ; kermès, 0,10 ; gar-

garisme aluné à renifler et à se gargariser. Sueurs nocturnes abondantes ; la nuit, le malade est toujours plus oppressé.

24. On le met à 1 gramme iodure de potassium ; gargarisme iodé ; une portion.

25, 26 et 27. Idem.

28. A 2 grammes iodure de potassium.

29. A 2 grammes iodure de potassium ; huile iodée, 60 gram.

Le malade se trouvant beaucoup mieux dans les derniers jours, on avait cessé de le garder la nuit ; mais le soir du 29, il me demanda de lui faire remettre quelqu'un près de lui, parce qu'il avait de plus fortes quintes de toux depuis deux jours dans la nuit. Depuis le 21, il rendait chaque jour des crachats abondants muco-purulents, nageant dans une grande quantité de sérosité filante.

30 et 31. Même état; même prescription.

Le 31, à onze heures et demie du soir, l'infirmier qui le veillait vint me chercher en toute hâte. Le malade était en proie depuis quelques instants à un accès de suffocation semblable à ceux du 20 octobre. Je le trouvai baigné de sueur, dans un état d'angoisse extrême, avec sifflement laryngé. Je pensai encore à une trachéotomie urgente, malgré l'assurance où j'étais qu'elle ne pourrait être, en tous cas, que palliative. Cependant la voix était encore parfaitement claire et sonore quand le malade prononçait quelques mots. Je lui administrai un vomitif comme la première fois. Sinapismes aux avant-bras.

Après une petite heure sans vomissements, l'accès se calma, et le malade fatigué, quoique la respiration fût encore très laborieuse, commençait à s'endormir, lorsqu'il fut repris peu de temps après d'un nouvel accès. Il n'avait même plus la force de se soutenir sur son séant ; les yeux étaient convulsés en haut, les efforts respiratoires très grands et sans dilatation considérable du thorax. Le malade acclamait sa femme et ses enfants, qu'il ne reverrait plus, disait-il, et implorait du soulagement. Je lui fis remettre encore de larges sinapismes aux cuisses ; l'accès s'apaisa un peu, et je le quittai de nouveau. Peu de temps après, environ une heure, le malade, croyant qu'il allait goûter un peu de repos, est repris d'un nouvel accès moins intense que les premiers, en apparence. Les inspirations sont moins nombreuses (30 au lieu de 40 par minute), mais les forces semblaient épuisées ; le malade restait pendant plusieurs instants comme sans connaissance ; il ne se réveillait que pour implorer du secours. J'eus la pensée, malgré la grave responsabilité que j'assumais sur moi, de recourir au chloroforme, et je lui présentai de la charpie imbibée de ce liquide, que je lui promenais à distance autour des narines et de la bouche. Je ne poussai pas la chloroformisation jusqu'au sommeil, et la cessai bientôt, ne voyant pas une amélioration bien sensible à l'état des mouvements respiratoires. Cependant le malade parut soulagé de ces inhalations, car il me les redemanda à plusieurs reprises. La dernière fois, vers cinq heures du matin, il voulut reprendre du chloroforme, me priant de le faire dormir. Je prévoyais une mort prochaine, et, dans la crainte qu'on ne me l'attribuât, je ne voulus pas recommencer. Les inspirations, toujours très laborieuses, étaient devenues plus rares. Je lui donnai quelques gouttes de laudanum de Sydenham dans un peu d'eau. La respiration resta laborieuse pendant une heure environ, puis le malade ne parla plus. Il sembla qu'il se fût fait tout à coup une sorte de détente ; les mouvements respiratoires devinrent de plus en plus éloignés. C'était le commencement de l'agonie, et à sept heures du matin, le 1[er] novembre, j'étais appelé à constater les dernières inspirations, avec perte complète de connaissance.

Autopsie. — Cerveau sain.

Rien dans les plèvres et le péricarde.

Le cœur présente à sa face antérieure deux plaques laiteuses parfaitement lisses au toucher.

Les cavités ventriculaires présentent deux caillots fibrineux considérables, très adhérents et entrelacés dans le tissu réticulaire des colonnes charnues. On trouve en outre des caillots rouges dans le reste des cavités cardiaques.

Les valvules aortiques et auriculo-ventriculaires gauches ont perdu leur transparence et sont un peu épaissies, surtout à leurs bords libres.

Foie très congestionné ; rate un peu volumineuse, mais de bonne consistance.

Pancréas sain.

Rien d'anormal dans la cavité abdominale ; l'estomac seul est ouvert et est sain.

Vessie rétractée, sans urine.

Testicules sains.

Le rein droit est congestionné.

Le rein gauche présente plusieurs petites collections purulentes, environ une quinzaine ; elles varient considérablement de volume, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noisette. Il n'y en a que trois ou quatre de ce volume ; elles siégent à la base des pyramides dans la substance corticale; tout à l'entour pour les plus volumineuses, cette substance est ramollie, jaunâtre et infiltrée de pus.

L'examen microscopique nous a fait reconnaître des globules de pus altérés. Tous les ganglions du cou, superficiels et profonds, sont plus ou moins engorgés ; ils présentent la plupart, dans leur intérieur, des masses tuberculeuses centrales ; quelques-uns sont complétement envahis par le tubercule. Les petits ganglions, qui forment des traînées le long du cou dans les triangles sus-claviculaires, renferment aussi de petits dépôts isolés de tubercules, même les plus petits ganglions, qui ne paraissent pas altérés tout d'abord.

A la bifurcation de la trachée existe une masse ganglionnaire oblongue de ganglions noirs, avec des dépôts tuberculeux circonscrits dans la plupart. L'examen microscopique a donné les caractères du tubercule dans tous les ganglions sus-nommés.

Le corps thyroïde est très développé, l'isthme ainsi que les lobes latéraux, mais ne présente pas d'altération.

Les fosses nasales sont fendues d'arrière en avant ; on y voit toute la muqueuse des cornets, des méats et de la face supérieure du voile du palais d'une teinte violacée et turgide. Les os propres du nez, nécrosés, sont séparés de leurs symphyses et contenus dans un foyer tapissé par une membrane pyogénique. Nous ne retrouvons pas trace du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ; il ne reste plus que la cloison cartilagineuse, recouverte d'une muqueuse bourgeonnante et épaisse. Sur les deux cornets inférieurs existent deux ulcérations dont le fond conduit sur l'os dénudé ; on voit une troisième ulcération semblable sur la muqueuse qui revêt l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit; l'os y est aussi dénudé. Vers les trompes d'Eustache, la muqueuse est comme tiraillée par de petites brides cicatricielles. Le voile du palais et les piliers sont épaissis, et les pertuis qui existent au-dessus de la base de la luette conduisent dans de petites cavités purulentes sous-muqueuses. La paroi pharyngienne au-dessous du voile ne présente aucune apparence morbide, ainsi que la muqueuse œsophagienne.

Le larynx est sain. A deux travers de doigt environ de l'orifice inférieur commence dans la trachée un épaississement avec injection considérable et très vive de la muqueuse, mais pas de trace positive d'ulcération. Au niveau environ du septième anneau de la trachée du côté gauche existe une bride cicatricielle résistante, saillante dans la lumière du conduit aérien, qui devait amener un rétrécissement très marqué en ce point. Une autre bride semblable existait à la paroi postérieure, au niveau de la bifurcation de la trachée. Les bronches présentent la même rougeur et le même épaississement que la muqueuse. Au niveau de leur division, à la racine des poumons, elles présentent sur l'éperon un sorte d'exsudation grisâtre infiltrant la muqueuse, et de petites ulcérations superficielles. Dans le reste de leur étendue, les bronches présentent une rougeur morbide vive, diminuant d'intensité à partir de la racine du poumon, mais sans ulcération. Les fibres élastiques longitudinales paraissent un peu hypertrophiées. Les poumons sont congestionnés en arrière, surtout le lobe inférieur droit. On y sent plutôt qu'on n'y voit, en divers points, de l'infiltration tuberculeuse grise. C'est surtout le poumon droit qui présente l'infiltra-

tion la plus étendue et la plus abondante. Dans certains points du lobe inférieur de ce poumon, cette infiltration, jointe à la congestion, donne une apparence grossière d'hépatisation. Nulle part n'existe de dépôt tuberculeux circonscrit.

Il était intéressant de savoir ce qu'étaient devenus le frère et la femme, qui avaient eu des rapports journaliers avec lui, surtout pour la femme, qui nous avait assuré, avons-nous dit, avoir couché avec lui jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir à la date du 17 juillet 1856 :

Le frère est encore vivant, bien portant, mais a quitté Paris pour aller se fixer à Lyon.

La femme, dans les premiers temps qui suivirent la mort de son mari, craignait beaucoup d'être atteinte du même mal, dont elle connaissait toute la gravité, et plusieurs fois elle s'en inquiéta vivement. Cependant, malgré ses appréhensions bien fondées, elle serait aujourd'hui bien portante ; remariée depuis six mois, elle habite Saint-Maurice, près de Charenton, où elle tient une boutique d'épicerie. Ces renseignements nous ont été donnés par une de ses amies, qui l'a vue il y a un mois à peine. Du reste, nous nous proposons de nous assurer par nous-mêmes, en lui rendant visite, de l'état où elle se trouve, et nous nous engageons à rectifier les faits si nous trouvions chez elle quelque indice des formes chroniques de la morve. Si l'immunité est complète, comme tout semble le faire prévoir, elle est en tout cas bien remarquable, si l'on songe aux rapports intimes de la vie conjugale, non interrompus presque jusqu'à la mort (quinze jours à peine du moins, si la femme ne nous a pas trompés).

Les cas de contagion de l'homme à l'homme n'ont été observés que dans le cas de morve aiguë ou de farcin chronique terminé par la morve aiguë. Serait-ce qu'elle perdrait la faculté de se transmettre de l'homme à l'homme avec la forme chronique, malgré les résultats positifs qu'elle donne lorsqu'on l'inocule aux animaux? Nous ne voyons là rien d'impossible; de même que le vaccin, qui n'est assurément que le cow-pox mitigé par des inoculations répétées d'homme à homme ne peut reproduire le véritable cow-pox chez la vache. Ce sont là de ces mystères de la contagion en général qui sont encore bien obscurs et qui ne pourront être élucidés que par des faits plus nombreux et étayés de garanties suffisantes de savoir et de bonne foi.

De la tuberculisation des ganglions bronchiques chez l'adulte, par MM. Frédéric Duriau et Aristide Gleize.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Obs. IV. — *Tubercules pulmonaires; aphonie; mort presque subite. Autopsie; tuberculisation des ganglions bronchiques.* — M... (Jules), vingt-quatre ans, graveur sur métaux, né à Paris, demeurant rue Bonaparte, n° 10, est entré le 23 février 1856, salle Saint-Charles, n° 5, service de M. le professeur Piorry.

Son père est mort à la suite d'une ascite, ponctionnée à plusieurs reprises par Lisfranc, à la Pitié, et coïncidant avec une hypertrophie du cœur. Sa mère est rachitique, mais actuellement bien portante. Il a perdu une sœur, de convulsions, à l'âge de trois mois. Une autre sœur a été traitée par Lisfranc pour un anévrysme du cœur; depuis qu'elle est réglée, cette femme présente tous les attributs de la santé.

Le malade est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique très prononcé. Durant son enfance et jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il a eu fréquement des œdèmes partiels, soit des mains, soit des pieds, revenant à intervalles, et ne persistant que quelques heures, sans cause appréciable.

Jamais il n'a craché de sang, mais il est sujet à s'enrhumer, et depuis longtemps il s'essouffle facilement; ses digestions se font avec lenteur.

Le 10 février, c'est-à-dire treize jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris, à son réveil, d'une aphonie qu'il chercha à expliquer par un refroidissement; les jours précédents, il s'était livré à des excès de boissons. Le larynx n'était point douloureux; l'examen de la bouche et du pharynx ne put découvrir aucune altération, mais le malade accusait au fond de la gorge un sifflement continu qui se produisait principalement pendant l'inspiration. Matité au sommet du poumon gauche; sonorité normale du côté droit. Le murmure respiratoire était affaibli à gauche, l'expiration semblait prolongée; à droite, au contraire, la respiration était plutôt exagérée.

Potion ipéca stibiée.

A la suite de ce vomitif, l'aphonie diminua un peu, mais ne disparut pas entièrement. Du reste, il n'y avait pas de fièvre, et le malade reprit son travail.

Fatigué de son aphonie, et ne pouvant se traiter chez lui, le malade consentit à entrer à l'hôpital.

23 février. — A la visite, on le trouve dans l'état suivant :

L'aphonie est presque complète ; chaque mouvement inspirateur est accompagné d'un sifflement très marqué et fatigant pour le malade. Le larynx n'est pas sensible à la pression, et l'exploration du cou ne rencontre rien d'anormal.

Point de déformations ni de douleurs de la poitrine. Matité et résistance au doigt au sommet du poumon gauche; respiration très affaiblie, expiration au moins égale à l'inspiration. A droite, sonorité et élasticité du poumon; respiration puérile. D'aucun côté il n'y a de râle. La poitrine est saine en arrière. Bruits du cœur normaux.

Crachats peu abondants, salivaires, sans aucun aspect pyoïde.

Urines normales.

On soupçonne des tubercules du poumon, et le malade est soumis à la médication iodée.

24. — Même état.

25. — Le malade se félicitait déjà d'une légère amélioration. Le soir, vers neuf heures et demie, son voisin, avec lequel il venait de causer quelques instants auparavant, l'entendit tout à coup râler ; mais, le voyant couché sur le côté droit, immobile, il crut d'abord que c'était un simple ronflement dû au sommeil.

Vingt minutes après, le malade meurt comme étouffé, sans avoir rendu de sang par le nez ou par la bouche.

Nécropsie, trente-quatre heures après la mort. — Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang ; le cerveau est ferme et dans une sorte d'éréthisme congestionnel ; les ventricules sont libres.

Le tube digestif a été surpris par la mort au milieu de la digestion. L'estomac est distendu par la bouillie alimentaire. Point de lésions gastriques ou intestinales. La rate est doublée de volume, fortement gorgée de sang noir, ramollie et friable. Le foie est aussi congestionné ; de plus, il présente à un haut degré les caractères de la dégénérescence graisseuse. Les ganglions mésentériques sont sains ; point d'épanchement abdominal. Il n'existe qu'un seul rein qui, au lieu d'être verticalement placé, est couché transversalement sur la colonne lombaire; un seul uretère conduit de cet organe au côté gauche de la vessie.

Pas d'épanchement thoracique ; la plèvre, saine d'ailleurs, présente à peine quelques adhérences au sommet du poumon gauche. Le cœur est un peu volumineux, eu égard à la force du sujet ; le ventricule gauche contient à peine un peu de sang liquide et poisseux ; les cavités droites sont distendues par du sang noirâtre et coagulé; ces caillots remontent jusque dans l'artère pulmonaire et les veines caves supérieure et inférieure.

Les poumons sont volumineux; ils offrent des tubercules miliaires disséminés en certain nombre dans leur parenchyme, sur-

tout à gauche ; tous les deux présentent à leur sommet une surface froncée et déprimée en forme de cicatrice, à laquelle correspondent intérieurement différents dépôts d'une matière en partie crétacée, en partie mélanique. Point de cavernes. Le tissu pulmonaire à l'entour de ces concrétions est infiltré de matière noire dans une étendue assez considérable. Le poumon gauche est rempli d'écume bronchique ; il offre de nombreux points crépitants et emphysémateux, surtout à sa base, et quelques taches ecchymotiques. Le poumon droit est imprégné, dans toute son étendue, d'un sang noir qui ruisselle en abondance sous le scalpel. Cet état, manifestement congestionnel, n'est pas disposé par points circonscrits : il est réparti dans tout le poumon, et surtout vers les parties déclives. La surface des incisions est très humide et ne serait nullement granulée s'il n'y avait point de tubercules miliaires. La muqueuse bronchique est partout d'un rouge écarlate ou brunâtre ; cette coloration se prolonge jusque dans la trachée et le larynx. La trachée et les bronches ne paraissent pas avoir sensiblement diminué de volume. Le larynx ne présente aucune espèce d'altération.

Les ganglions bronchiques sont tuberculeux. De chaque côté du cou il existe une traînée de ganglions tuberculeux qui descendent de 3 centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée, passent derrière les bronches et pénètrent avec elles jusque dans le parenchyme pulmonaire. A droite, ils sont plus durs que ceux du côté opposé et constituent, autour des vaisseaux pulmonaires, une sorte de gaîne inextensible. Indépendamment de chacune de ces masses, il en existe une troisième située derrière le sternum, au-dessous et un peu au-devant de la crosse de l'aorte, composée principalement de tubercules durs et crétacés. Cette masse embrasse le nerf récurrent du côté gauche à son origine et passe avec le pneumogastrique derrière la bronche, où elle rejoint la masse latérale. Le nerf récurrent du côté droit est libre ; mais le pneumogastrique est englobé au milieu d'une masse tuberculeuse et paraît presque désorganisé. Tous ces ganglions sont tuberculeux ; les uns ont seulement augmenté de volume, renferment des tubercules crus, les autres sont très durs et crétacés ; le plus grand nombre avait subi la transformation mélanique.

Tout tend à prouver que, dans cette observation, la mort a été réellement la conséquence de la gangliophymie bronchique. On trouve ici trois lésions qui attirent également l'attention : premièrement, l'*écume bronchique ;* deuxièmement, la *congestion du poumon droit ;* troisièmement, la *tuberculisation des ganglions bronchiques.* Nous ne parlons pas de la phthisie pulmonaire, qui, dans ce cas, ne mérite guère de nous occuper. Or, l'écume qui se trouvait dans les bronches est-elle une cause ou un effet? Certainement, et d'une manière absolue, l'écume bronchique est une cause de mort ; mais ici elle n'est qu'une cause complétement secondaire, ou, pour mieux dire, un effet. Elle ne se fût pas manifestée, si les nerfs respirateurs eussent conservé l'intégrité de leurs fonctions. Pendant toute la durée de l'observation, on n'a entendu aucun râle dans la poitrine, les rhonchus ne se sont produits qu'au moment de la mort, et si la glotte n'eût pas été paralysée par suite de la compression des récurrents, la respiration se fût probablement continuée sans s'accompagner de râles. Quant à l'état du poumon droit, il n'est aussi, selon nous, qu'une conséquence de l'altération nerveuse due à la gangliophymie ; en effet, il ne faut pas perdre de vue que le malade était couché sur le côté droit lorsqu'il fut surpris par la suffocation. Ce poumon, examiné minutieusement, ne présenta aucun noyau, aucun foyer apoplectique ; lorsqu'on l'incisa, il laissa suinter un sang noir, infiltré, non pas d'une façon circonscrite, mais d'une manière générale et surtout vers les parties déclives ; les seules granulations qu'on y rencontrât étaient des granulations tuberculeuses. On remarquera donc que le poumon gauche était gorgé d'écume et présentait à peine quelques taches ecchymotiques, tandis que le poumon droit, qui était le siége d'un engouement général, ne renfermait point de sérosité spumeuse. Or, ces faits sont complétement en harmonie avec les expériences de Legallois confirmées par celles de M. Brachet. Ces physiologistes ont démontré que, consécutivement à la section des pneumogastriques au cou, la quantité d'écume bronchique est toujours en raison inverse de l'engorgement sanguin. Voilà pourquoi la congestion ne s'est manifestée que d'un seul côté. Si maintenant on veut savoir pourquoi elle existait de préférence du côté droit, on en trouvera la raison dans le décubitus du malade. Ainsi, la gangliophymie bronchique est la cause de cette mort subite. En outre, cela soit dit en passant, cette observation, où l'on a pu surprendre la nature au milieu de son travail de cicatrisation, vient donner une nouvelle confirmation à cette loi, établie par M. Andral, que « la tuberculisation des ganglions bronchiques est toujours consécutive à une tuberculisation pulmonaire en voie de guérison. »

RÉFLEXIONS. — Si l'on compare entre elles ces quatre observations, on est frappé d'un fait constant, la *mort presque subite.* Or, comment expliquer cette rapidité de la mort? Dans les trois premiers cas, on parle de la compression et du rétrécissement de la trachée et des bronches ; dans la quatrième observation, le conduit de l'air avait conservé son calibre normal, mais les nerfs respirateurs étaient le siége d'une compression manifeste.

La tuberculisation des ganglions bronchiques amènerait donc deux genres de mort subite : le premier serait la conséquence du rétrécissement des voies de l'air, le second serait dû à une paralysie des nerfs pneumogastriques et récurrents. Remarquons ici que, dans les trois premières observations, il n'est nullement fait mention d'une compression des nerfs de la dixième paire. Or, chacun connaît le rôle des pneumogastriques dans l'acte de la respiration, et, plus particulièrement, l'influence directe que le nerf récurrent exerce sur le larynx. De plus, tous les lymphatiques du poumon et des conduits aériens aboutissent à des ganglions répandus sur l'origine des bronches, à l'entour de la crosse de l'aorte et des gros vaisseaux qui sortent de la poitrine ou qui y pénètrent. C'est au milieu de ce lacis ganglionnaire que l'on est forcé de rechercher les pneumogastriques et les récurrents. Et le tubercule, en se déposant au milieu de ces ganglions, doit comprimer, distendre, et finalement désorganiser les nerfs de la dixième paire. Tantôt des symptômes précurseurs annonceront cette lésion, tantôt, au contraire, l'abolition complète de l'action nerveuse et la mort surviendront subitement et presque sans prodromes. On s'étonnera peut-être qu'une maladie essentiellement chronique ne soit pas constamment accusée par une série progressive de symptômes graves. Cependant, le cas que nous signalons ici n'est pas le seul dans lequel la fonctionnalité entière d'un organe ait été tout à coup abolie sans qu'aucun symptôme en soit venu révéler l'altération ; ainsi, par exemple, pour les maladies de l'encéphale (1), on a trouvé plusieurs fois, à l'autopsie, des lésions organiques qui avaient amené rapidement la mort sans que rien, jusqu'alors, eût pu faire soupçonner une affection cérébrale. Il semble que, lorsque l'altération d'un organe s'opère lentement et, en quelque sorte, atome par atome, cet organe s'habitue à la

(1) Voy. Lallemand, *Recherches anat.-path. sur l'encéphale*, et Rostan, *Rech. sur le ramoll. du cerveau*, 2e édit.

souffrance, et le sujet succombe seulement au moment où l'altération organique est parvenue, par son développement, à rendre la fonction matériellement impossible. De même, chez notre malade (obs. IV), la lésion des nerfs respirateurs s'est traduite, au début, par quelques accès de suffocation; puis, l'organe s'habituant à sa souffrance, ces suffocations ont disparu. Néanmoins, la tuberculisation suivait silencieusement sa marche, et les nerfs pneumogastriques et récurrents n'ont suspendu leur action que lorsque le développement tuberculeux des ganglions fut porté à son plus haut point.

Quant aux hydropisies partielles, qui se sont rencontrées trois fois sur quatre, le mécanisme en a été suffisamment démontré par M. Marchal de Calvi (1); de même que les nerfs respirateurs ou les voies de l'air ont été comprimés par les masses tuberculeuses, de la même façon, ces masses, en s'appuyant sur les vaisseaux de la poitrine, apportaient un obstacle au cours du sang, et devenaient ainsi une cause mécanique d'hydropisie.

On se demandera peut-être pourquoi il y avait de l'intermittence dans les hydropisies et dans les troubles de la respiration; ainsi, des accès de suffocation s'étaient présentés à différents intervalles, les extrémités avaient été tuméfiées pendant quelques jours, puis cet œdème avait disparu sans cause appréciable. Ces intermittences peuvent s'expliquer de deux manières. Toutes les fois qu'un organe est malade, la moindre circonstance suffit pour y donner naissance à de nouveaux troubles. Combien de fois n'a-t-on pas signalé de pneumonies à l'entour des masses tuberculeuses? De même, un effort du malade peut déterminer vers les ganglions bronchiques un afflux de sang trop considérable et même une stase sanguine. On se trouve alors ramené aux faits observés par Aug. Hourmann (2), et cette hypothèse peut rendre compte des intermittences que l'on a constatées. Dans un autre ordre d'idées, il est permis de supposer que ces intermittences correspondent à une nouvelle éruption de tubercules dans les ganglions; car, avant de devenir permanentes, les hydropisies se sont produites d'une façon momentanée, à une époque qui devait coïncider précisément avec le dépôt de nouveaux tubercules. Du reste, ces deux circonstances peuvent se rencontrer, soit simultanément, soit successivement chez le même malade. En outre, comme le font observer MM. Rilliet et Barthez « le plus souvent, sans doute, il existe plusieurs causes qui nous échappent encore; car les phénomènes morbides produits sur la tumeur, qui agissent comme organes de compression, sont d'ordinaire intermittents. » (3).

L'aphonie, qu'on n'a observée qu'une seule fois sur quatre, s'explique naturellement par l'altération des nerfs récurrents; ce n'est pas, d'ailleurs, le seul cas où on l'ait rencontrée sans lésion du larynx : les anévrysmes de l'aorte, les tumeurs diverses situées dans cette région, etc., en offrent des exemples assez fréquents. Donc, sans être un symptôme pathognomonique de l'affection qui nous occupe, cette aphonie, jointe aux autres troubles, œdèmes partiels, accès de suffocation, et coïncidant avec une phthisie pulmonaire, donnera au praticien l'éveil sur une cause de mort subile.

En résumé, on peut conclure que :

1° La ganglophymie bronchique frappe les adultes aussi bien que les enfants.

(1) *Loc. cit.*
(2) *De l'engorgement des ganglions bronchiques*, Thèse de Paris, 1852.
(3) *Traité des maladies des enfants.*

2° Ses symptômes les plus fréquents sont : des hydropisies partielles et intermittentes, des accès de suffocation, de l'aphonie.

3° Cette maladie est d'un pronostic toujours grave.

4° Elle peut amener la mort subite en déterminant soit un rétrécissement des voies de l'air, soit une compression des nerfs de la dixième paire, soit enfin une hémorrhagie mortelle, par suite de l'inflammation ulcérative d'un des gros vaisseaux de la poitrine.

III.

REVUE CLINIQUE.

Nouvelle observation de peau bronzée.

La discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, et sur laquelle nous revenons aujourd'hui (voir p. 625), donne un intérêt tout particulier à l'observation suivante, recueillie par M. le docteur Malherbe, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et faisant partie de ses Observations cliniques.

Obs. — La femme Ouvrard, âgée de quarante-huit ans, journalière, entre à l'hôpital le 23 février 1856.

Elle est malade depuis plus d'un an : elle se sent faible, mais ne présente aucun symptôme d'affection organique viscérale. Seulement, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires du côté droit sont engorgés et forment une tumeur dure, bosselée, que nous considérons comme de nature strumeuse. Des douleurs vagues existent dans l'abdomen et dans les membres. Les carotides sont le siége d'un léger souffle. La peau est d'une couleur terreuse remarquable, à travers laquelle on saisit cependant la pâleur jaunâtre de la chlorose ou des affections organiques à leur dernière période; l'amaigrissement n'est pas très prononcé. Nous concluons à l'existence d'une chloro-anémie avec névropathie générale, et nous prescrivons, en conséquence, un traitement ferrugineux et des aliments réparateurs.

Au bout de quelques jours, nous sommes forcé de suspendre traitement et régime, à cause d'une diarrhée abondante et de vomissements répétés.

En même temps, l'état de débilité, déjà très marqué, augmente progressivement; le pouls, assez lent, devient d'une faiblesse extrême; tous les aliments répugnent, et le peu de substances liquides que la malade ingère est rejeté presque immédiatement; enfin, tout fait présager une fin prochaine.

A ce moment, le hasard nous fit tomber sous les yeux l'analyse d'un mémoire de M. Addison, publiée par M. Lasègue, dans le numéro de mars des *Archives générales de médecine.*

Le médecin anglais rapporte, dans son travail, un certain nombre de cas d'affections diverses des capsules surrénales, dans lesquels les malades présentaient une forme particulière de chloro-anémie, qu'il ne savait à quelle cause attribuer, ne rencontrant dans l'économie aucune des circonstances habituelles qui donnent lieu à cette maladie. Le hasard seul vint le mettre sur la voie du rapport qui existait entre l'état chloro-anémique et les altérations des capsules surrénales; mais le fait le plus curieux, c'est un changement particulier de la couleur de la peau, symptôme sans lequel la chloro-anémie spéciale qui nous occupe ne se distinguerait pas, pendant la vie, de celles qui dépendent d'influences morbides d'une autre nature.

Cette description nous rappela, à mesure que nous la lisions, l'impression que nous avait faite l'aspect de la femme Ouvrard, et nous comptions l'observer à ce point de vue, quand nous apprîmes, le lendemain, à la visite, qu'elle avait succombé la veille, 12 mars, à six heures du soir.

Nous prîmes alors des renseignements, et nous sûmes que la

maladie avait débuté dix-huit mois auparavant, à la suite d'une vive émotion morale; que, depuis lors, elle avait toujours langui, et qu'on avait remarque que sa peau, très blanche auparavant, avait pris une teinte de plus en plus foncée.

Autopsie faite le 14 mars au matin. — L'amaigrissement n'est pas très prononcé.

La couleur enfumée est un peu moins foncée que pendant la vie. Elle est plus intense à la face, aux aisselles et aux aines, que partout ailleurs. Elle est sensible par tout le corps.

Tous les ganglions lymphatiques sont à très peu près transformés en tubercules; ils ne forment de tumeur un peu considérable qu'à la région cervicale et sous-maxillaire du côté droit.

Les uns sont ramollis, les autres indurés; ces deux degrés se rencontrent à peu près en proportion égale.

Pas un tubercule dans les poumons ni dans aucun autre organe parenchymateux ou membraneux. — Le rein droit, augmenté de volume, est légèrement hypérémié.

La capsule surrénale du même côté conserve sa forme triangulaire, mais elle est beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal, et contient deux gros tubercules enkystés, ne commençant pas encore à se ramollir.

Le rein gauche, bosselé, présente à peine la moitié de son volume normal; il est plus pâle que le droit et d'une couleur grisâtre; il est farci de tubercules enkystés de volume variable, les uns durs, d'autres à l'état caséeux, d'autres enfin contenant du pus liquide, qui s'écoule à l'incision.

La capsule surrénale correspondante a complétement changé de forme; c'est un cylindre légèrement atténué à ses extrémités, placé transversalement sur l'extrémité supérieure du rein. Elle est de consistance lardacée, comme du tubercule cru, et présente un grand nombre de tubercules enkystés à l'état caséeux, variant pour le volume depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois vert.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Recherches sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales*; par M. *Brown-Séquard*. — Des expériences extrêmement nombreuses, entreprises depuis plus de huit mois concernant les capsules surrénales, ont conduit l'auteur à cette conclusion, assurément imprévue, même après les faits rapportés par Addison, que la fonction de ces organes est une des plus importantes de l'économie.

On croit que ces capsules appartiennent surtout, sinon exclusivement, à la vie embryonnaire. C'est une erreur; car M. Brown-Séquard a constaté que ces organes gagnent en poids presque autant que les reins, à partir de la naissance jusqu'à l'âge adulte, chez l'homme, le chat, le chien, le lapin et surtout le cochon d'Inde.

La durée moyenne de la survie pour les animaux qui ont servi aux expériences, a été de onze heures trente minutes à peu près. Bien que jusqu'ici aucun animal n'ait survécu définitivement à l'ablation d'une des capsules surrénales, l'auteur croit probable qu'en multipliant les expériences on verra des survies définitives après cette opération.

Les principaux symptômes observés par M. Brown-Séquard après l'ablation des deux capsules surrénales consistent en un affaiblissement notable, des troubles variés de la respiration, de la circulation, et enfin des convulsions, du tournoiement, du délire et du coma. Les convulsions, surtout fréquentes chez les lapins, ont eu lieu par action réflexe, comme celles dues à l'empoisonnement par la strychnine et d'autres poisons. Chez les animaux dépouillés seulement d'une capsule surrénale, souvent les convulsions sont plus fortes du côté de l'opération que de l'autre. Quelquefois les lapins roulent sur eux-mêmes comme lorsqu'on a lésé certaines parties de la base de l'encéphale. Ce roulement commence ordinairement par le côté opposé à celui de l'opération. On trouve assez souvent la pupille plus resserrée du côté opposé que de l'autre.

L'auteur a constaté que la mort n'est due, après l'ablation des capsules surrénales, ni à une hémorrhagie, ni à une péritonite, ni à une blessure des viscères voisins des capsules. Dans des expériences nombreuses où il a dilacéré le péritoine en plusieurs endroits et blessé les viscères voisins des capsules, sans enlever ces organes, il a vu les animaux survivre un temps assez long et quelques-uns même se rétablir définitivement.

M. Brown-Séquard, s'appuyant sur les expériences de M. Flourens, pense que l'irritation des filets du grand sympathique qui vont aux capsules doit jouer un rôle dans les phénomènes qu'on observe après l'ablation de ces organes. Mais la longue survie des animaux sur lesquels on a blessé et coupé le grand sympathique abdominal ou les nerfs grands splanchniques, dans les expériences de Haffter, dans celles de M. Cl. Bernard et dans celles de l'auteur, montre que la mort après l'ablation des capsules ne peut être considérée comme étant exclusivement ni même principalement le résultat d'une blessure du grand sympathique.

Le sang chez les animaux dépouillés des capsules surrénales semble se charger d'un principe toxique : du moins, ce sang (pris sur des lapins à l'agonie) hâte considérablement la mort des lapins sur lesquels on a enlevé depuis quelques heures une seule capsule, et. d'un autre côté, du sang de lapin, en bonne santé, injecté dans les veines d'un lapin à l'agonie après l'ablation de l'une ou des deux capsules, le fait revenir à la vie sous quelques heures.

A l'autopsie des animaux morts après l'extirpation des capsules, on ne trouve aucune autre altération dans les centres nerveux qu'une congestion plus ou moins considérable.

M. Brown-Séquard a trouvé que les capsules surrénales, chez les lapins, sont très souvent le siége d'une inflammation très vive, qui amène rapidement la mort après avoir occasionné des phénomènes tout à fait semblables à ceux qui suivent l'extirpation de ces organes.

L'auteur termine par les conclusions suivantes : 1° les capsules surrénales paraissent être des organes essentiels à la vie, au moins chez les chiens, les chats, les lapins et les cochons d'Inde; 2° l'ablation de ces organes amène, en général, la mort plus rapidement que l'ablation des reins; 3° les capsules surrénales ont avec le centre cérébro-rachidien de nombreuses relations d'influence. (*Comm.*: MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

ANTHROPOLOGIE. — *Mémoire sur le développement de la forme du crâne de l'homme, et sur quelques variations qu'on observe dans la marche de l'ossification de ses sutures*; par M. *Gratiolet*. Tous les crânes qui ont servi à ces recherches n'ont été desséchés qu'après avoir été, au préalable, remplis de plâtre; de la sorte, en se desséchant, ils n'ont pu subir aucune déformation.

La tête de l'enfant français nouveau-né est très longue eu égard à sa largeur, son diamètre transversal différant du longitudinal du quart environ de la longueur totale. Chez le Français adulte bien conformé, la différence est au plus d'un cinquième, et peut n'être que le septième de cette longueur. L'enfant est donc *dolichocéphale* eu égard à l'adulte, ce qui montre que, d'une manière générale, le cerveau s'accroît plus rapidement en largeur qu'en longueur.

L'auteur a essayé de préciser le détail de ces modifications, et pour cela, il a choisi, comme points fixes, les noyaux d'ossification du pariétal, du frontal et de la pièce supérieure de l'occipital. Ses recherches lui ont appris qu'en acquérant des formes définitives, le crâne s'accroît plus en haut et en avant qu'en bas et en arrière, ce qui se trouve parfaitement en rapport avec les résultats fournis par l'étude du développement relatif des différents groupes des plis cérébraux.

L'étude des sutures donne des éléments précieux à la comparaison des différentes races entre elles.

Dans la plupart des races sauvages, la direction générale de la

suture fronto-pariétale sur le profil du crâne est à peu près parallèle à celle de la ligne faciale, prise à la manière de Camper, et le sommet de la grande aile du sphénoïde dépasse à peine le niveau de l'apophyse orbitaire externe. Dans la race blanche, au contraire, le sommet de la grande aile du sphénoïde s'élève, et repousse l'angle antéro inférieur du pariétal qui, rejeté en arrière, par un mouvement de bascule, anticipe sur la face postérieure du crâne, en refoulant en bas l'occipital. Ainsi, que le front soit droit ou fuyant, un plus grand champ est ouvert, chez le blanc, aux accroissements possibles du frontal.

Dans l'homme blanc, les sutures s'ossifient d'une manière tardive. Dans les races éthiopienne et alforienne, au contraire, l'oblitération des sutures est précoce. Chez le blanc, le crâne se ferme d'abord en arrière ; chez le nègre et chez l'alfouroux, il se ferme d'abord en avant. On observe souvent le même fait sur les crânes d'idiots appartenant à la race blanche.

Les sutures sont-elles simples, elles se soudent de bonne heure; sont-elles compliquées, leur oblitération est tardive. Les crânes, dont les sutures se soudent prématurément, sont fort épais, et manquent, en général, de sinus aérien.

M. Gratiolet, en terminant, se demande si la longue persistance des sutures, dans la race blanche, n'aurait pas quelque rapport avec la perfectibilité presque indéfinie de l'intelligence dans les hommes de cette race, et si cette durée d'une des conditions organiques de l'enfance ne semblerait pas indiquer que le cerveau doit, chez ces hommes perfectibles, demeurer capable d'un accroissement lent, mais continu ? (*Comm. :* MM. Velpeau, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur l'existence fréquente d'une poche amnio-choriale jusqu'à une époque avancée de la grossesse*, par M. *Mattei*. — L'auteur a eu lieu de constater plusieurs fois qu'entre l'amnios et le chorion, il existe une poche où peut se réunir un liquide assez abondant : 1° dans les cas où la femme enceinte perd tout à coup des eaux assez abondantes pour croire à un accouchement imminent, tandis que la grossesse va encore très loin ; 2° dans les cas d'hydrorrhée pendant la grossesse ; 3° dans les cas où, au moment du travail, on est obligé, pour un seul œuf, de percer successivement deux parties distinctes, qui donnent chacune un liquide de même couleur ou de couleur différente. Dans les cas où cette poche existe, le sac amniotique peut être tellement isolé, qu'il n'adhère même pas à la surface fœtale du placenta. Il ne tient au cordon ombilical que par son insertion au point où cette tige s'implante sur le gâteau placentaire. (*Comm. :* MM. Bernard et J. Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Morbihan, de la Somme, des Bouches-du-Rhône. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : Une lettre de M. le docteur *Lafforgue*, professeur à l'école de médecine de Toulouse, qui sollicite le titre de membre correspondant dans la section de chirurgie et d'accouchement. (*Commission des correspondants.*)

M. le docteur *Brown-Séquard* adresse à l'Académie une lettre relative à ses expériences sur les capsules surrénales, expériences dont les résultats ont été exposés par M Trousseau dans la dernière séance, et qui ont été si sévèrement critiquées par M. Bouillaud. Cette lettre se termine par les conclusions suivantes :

1° L'étude des accidents qui succèdent à l'extirpation d'organes ou de portions d'organes appartient à la physiologie sérieuse.

2° Les fonctions des capsules surrénales, bien qu'encore indéterminées, sont indispensables à l'entretien de la vie, et paraissent même être plus importantes que celles des reins.

3° La précédente proposition, appuyée sur un nombre considérable d'expériences, est un premier pas fait vers la connaissance des fonctions des capsules surrénales.

M. *Delafond* écrit une lettre dans laquelle il prie l'Académie de désigner un de ses membres pour le remplacer dans la commission qu'elle a chargée d'examiner la question de la ligature de l'œsophage.

M. *Depaul* donne lecture d'une *Note* de M. *Orfila* sur la ligature de l'œsophage. L'auteur a pu se convaincre par dix-huit expériences nouvelles que la mort des animaux, à la suite de la ligature de l'œsophage, doit être attribuée à l'action de ce liquide blanc, spumeux, gluant qui s'accumule dans le pharynx et dans le larynx, et qui pénètre même dans la trachée et dans les bronches.

Cette conviction est fondée sur les observations suivantes : 1° Lorsque la ligature a été convenablement appliquée, les chiens, qui ne salivent pas, ne meurent point, alors même que le lien constricteur reste appliqué sur l'œsophage pendant vingt-quatre heures. 2° Les chiens qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive meurent à un moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation. 3° Enfin, lorsqu'on pratique une ouverture à l'œsophage au-dessus de la ligature, la salive s'écoule par cette ouverture, les animaux alors ne présentent d'autres symptômes que de l'abattement, et vivent au moins trois jours, souvent jusqu'à sept ou huit jours après l'opération.

M. L. Orfila fait ressortir l'importance de cette condition, et rappelle que l'auteur de la *Toxicologie* recourait souvent à l'incision de l'œsophage, pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action. (*Commission nommée.*)

M. *le Président* annonce que, sur la demande qui en est faite à l'Académie par les inventeurs, l'examen du *lait artificiel* de MM. *Gaudin* et *Choumara* est renvoyé à une Commission composée de MM. Bérard, Boudet, Guérard et Piorry.

M. *Bouley*. Messieurs, dans une lettre qui vous a été lue mardi dernier, M. *Colin* nie qu'il ait eu recours, dans une de ses expériences, à une espèce de traitement hydrothérapique, dans le but de contrarier et d'entraver même la marche ordinaire des phénomènes qui accompagnent la ligature de l'œsophage ; il affirme qu'il s'est contenté de verser une bassine d'eau sur la tête du chien. Suivant M. Colin, j'en aurais donc imposé à l'Académie. Nos assertions contradictoires soulèvent une grave question de moralité scientifique. Comme l'Académie n'a pas de raison pour croire plutôt l'un que l'autre, et qu'il s'agit ici d'une expérience qui s'est passée sous les yeux de plusieurs assistants, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau un certificat signé par les témoins du fait, et qui pourra servir à éclairer la religion de l'Académie.

Cette pièce est renvoyée à la *Commission* chargée des expériences sur la ligature de l'œsophage.

M. *Ricord*. M. Bonnafont, à la fin de la dernière séance, a mis sous les yeux de l'Académie des instruments propres à pratiquer la circoncision par un procédé nouveau. Je crois que celui que j'ai adopté depuis vingt ans présente, aussi bien que le procédé de M. Bonnafont, l'avantage de faire la section de la peau et de la muqueuse sur le même plan; et il n'a point l'inconvénient d'exiger des instruments spéciaux. Une aiguille, une pince et un bistouri suffisent pour le pratiquer.

Je tends, autant qu'il le faut, le prépuce, et je trace à l'encre, sur la peau, la ligne elliptique que l'incision doit suivre. Puis, je traverse le prépuce de bas en haut avec une aiguille, au niveau de la ligne d'encre, de manière à fixer la peau et la muqueuse. J'introduis la pince entre le gland et le prépuce, j'écarte ses mors afin de tendre les tissus ; enfin je coupe, avec la plus grande facilité, le prépuce ainsi distendu, en faisant suivre au bistouri la ligne préalablement tracée, et j'obtiens toujours ainsi, de la couronne du gland au frein, une incision elliptique, dont les lèvres, formées par la peau et la muqueuse, sont et demeurent sur un même plan.

M. *Gibert* s'étonne que les chirurgiens pratiquent aujourd'hui

plus volontiers la circoncision que l'incision pure et simple du prépuce dans les cas de phimosis. Quant à lui, il a toujours retiré de grands avantages de ce procédé chez les individus affectés d'eczéma chronique du prépuce, et c'est à l'incision qu'il donne encore la préférence.

M. *Malgaigne* fait observer que c'est l'incision qui se pratique encore le plus souvent, et que ce n'est qu'exceptionnellement que les chirurgiens ont recours à la circoncision.

M. *Ricord*. Je reconnais qu'il est des cas où l'on peut se dispenser de la circoncision. Pourtant c'est, à mon avis, chez l'adulte surtout, l'opération la plus rationnelle. Si le prépuce est long, exubérant, l'incision simple fournit de mauvais résultats : le phimosis se reproduit quelquefois, ou bien il reste une difformité à laquelle on est obligé plus tard de remédier. Or, les opérations qui se pratiquent sur ces organes sont de celles pour lesquelles nos clients ont le moins de vocation. Il faut, autant que possible, recourir à un procédé qui guérisse infailliblement, et n'expose point le malade à subir une seconde fois une opération qui lui inspire une grande répugnance. Le procédé que j'ai décrit ne réclame pas plus d'instruments, ne cause pas plus de douleur et ne demande pas un plus long temps pour être exécuté que l'incision préconisée par M. Gibert. Il a l'immense avantage de procurer une guérison définitive, et sans laisser une disgracieuse difformité.

M. *Larrey* donne la préférence à l'incision dans la majorité des cas.

M. *Malgaigne*. La circoncision doit être préférée à la simple incision chez les enfants ou chez les adultes dont le prépuce est fort long ; mais, je le répète, c'est une opération à laquelle on ne recourra qu'exceptionnellement, et dans les cas où l'incision serait insuffisante et pourrait laisser après elle une difformité choquante. Car, à la suite de la circoncision, tandis que la peau se rétracte fortement jusqu'à la couronne, la muqueuse, au contraire, à cause de sa faible extensibilité, s'avance encore sur le gland, le recouvre plus ou moins, et reproduit une espèce de phimosis qu'il faudra détruire encore plus tard. Aussi, dans les opérations de ce genre, est-il bon d'imiter les rabbins, et de couper comme eux la muqueuse préputiale jusqu'au niveau de la couronne du gland.

M. *Ricord* est surpris d'entendre ce langage dans la bouche du professeur de médecine opératoire. Dans le procédé qu'il a imaginé, la ligne elliptique tracée sur la peau du prépuce servant à diriger l'incision, l'aiguille enfoncée à travers les tissus, afin de maintenir les rapports exacts de la peau et de la muqueuse, sont autant de précautions qui écartent sûrement les inconvénients signalés par M. Malgaigne, et qui surtout s'opposent à la production d'un phimosis consécutif.

Lectures et mémoires.

M. *Londe* donne lecture d'un rapport officiel sur un lit destiné aux enfants du premier âge, et réclame l'approbation de l'Académie pour cette invention.

M. *Trousseau* pense qu'il n'est pas de la dignité de l'Académie d'approuver une invention purement industrielle, d'autant plus que le lit dont il est question n'offre aucun avantage réel sur les berceaux ordinaires.

Sur la proposition de M. *Trousseau*, appuyée par MM. *Bussy*, *Moreau* et *Renault*, le rapport de M. Londe est renvoyé à la commission déjà nommée, à laquelle M. *Trousseau* est prié de s'adjoindre.

Chimie médicale. — M. *Gobley*, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, donne lecture d'une note intitulée : *Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile.* Il résulte des faits exposés dans ce travail :

1° Que les acides oléique et margarique ne préexistent pas dans la bile, comme on l'admet généralement ;

2° Qu'ils sont des produits de dédoublement de la lécithine sous l'influence des agents chimiques ou de la putréfaction ;

3° Que l'oléine, la margarine, la cholestérine, et surtout la lécithine, sont au nombre des principes gras de la bile ;

4° Que les matières grasses de la bile, lorsqu'elles se répandent avec cette dernière dans l'intestin, sont presque en totalité absorbées par cet organe, puisqu'on ne retrouve dans les matières excrémentitielles qu'une petite quantité d'huile fixe (oléine et margarine), avec des traces de cholestérine ;

5° Qu'il est difficile, par suite, d'admettre que la bile soit sans utilité et absolument sans usages, puisque les matières grasses qu'elle renferme sont presque complétement absorbées par l'intestin, et qu'il faut à l'animal qui en est privé une plus forte proportion de nourriture et des aliments plus substantiels. (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

— M. *Morétin*, en son nom et au nom de M. *E. Humbert*, lit un travail intitulé : *Recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'iodoforme.*

L'iodoforme, découvert par Sérullas, et que les travaux de M. Dumas, de M. Bouchardat ont surtout fait connaître, se présente à l'état de corps solide, sous la forme de paillettes nacrées d'un jaune de soufre, friables, douces au toucher, d'une odeur aromatique très persistante ; il renferme plus des 9/10^es de son poids d'iode, et n'a rien de corrosif.

Administré à des chiens il tue à doses plus faibles que l'iode, après avoir donné lieu à un abattement plus ou moins prononcé, rarement à des vomissements. A l'abattement succède une période d'excitation : convulsions, contractures, etc.

L'iodoforme est totalement dépourvu d'action locale irritante ; il ne donne pas lieu à la plus légère vascularisation de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

Quant aux propriétés thérapeutiques de l'iodoforme, les auteurs les ont consignées dans les propositions suivantes :

1° En raison de la grande quantité d'iode que renferme l'iodoforme, ce médicament peut remplacer l'iode et les iodures dans toutes les circonstances où ces derniers agents sont indiqués ;

2° L'absorption de l'iodoforme se fait avec la plus grande facilité : en effet, l'iode étant combiné avec l'hydrogène et le carbone pour le constituer, on a, pour ainsi dire, un composé organique ;

3° L'iodoforme, appliqué à la thérapeutique, a sur les autres iodiques, l'avantage de ne déterminer aucune irritation locale et aucun des accidents qui forcent dans certains cas de suspendre l'emploi de ces derniers ;

4° Outre les propriétés qui lui sont communes avec l'iode, l'iodoforme jouit de vertus spéciales : Il calme les douleurs, dans certaines affections névralgiques et détermine une sorte d'anesthésie locale et partielle du rectum lorsqu'il a été déposé dans cet organe ;

5° Les doses auxquelles on peut l'administrer sont de 5, 10, 15, 25, 50 centigrammes par jour. M. Bouchardat l'a porté jusqu'à 60 centigrammes ;

6° Les principales maladies dans lesquelles les auteurs l'ont employé avec avantage sont : le goître endémique, la maladie scrofuleuse, le rachitisme, la syphilis, certaines affections du col de la vessie ou de la prostate, quelques névralgies.

Sans nul doute, entre les mains de M. le professeur Piorry, il aurait toute l'efficacité de l'iode dans la phthisie pulmonaire.

7° Enfin, l'iodoforme se prête avec la plus grande facilité aux formes pharmaceutiques les plus importantes. (*Comm.* : MM. Grisolle, Würtz et Bouchardat.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Lemenant des Chenais* lit un travail intitulé : *Quelques considérations critiques sur la fièvre typhoïde.* (*Comm.* : MM. Boinet, Duparque et Guibout.)

ULCÈRES DU COL DE L'UTÉRUS.

M. *Boys de Loury* donne lecture du mémoire suivant, qu'il accompagne de dessins coloriés où il reproduit, d'après nature, les diverses altérations du col utérin dont il vient de parler.

Dans la dernière séance, notre honorable confrère, M. Camus, à propos de la lecture que j'ai faite devant la Société sur les caustiques préparés à la gutta-percha, m'a demandé dans quelles circonstances les caustiques devaient être employés contre les ulcérations de l'utérus, quelles étaient les contre-indications des caustiques suivant la nature de ces ulcérations, ou suivant l'état général des malades; il me priait de préciser mes idées sur les diverses natures d'ulcération, et de formuler mon opinion sur les traitements que je leur oppose dans ma pratique.

J'ai fait remarquer, dans mon précédent travail, que je ne sortirais pas du sujet que je traitais, et que les observations qui le terminent indiqueraient d'ailleurs suffisamment la nature des ulcérations que j'avais eu à combattre.

En présentant le résultat de mes recherches devant la Société, je prévoyais que la question serait amenée sur le terrain où je suis appelé, question importante qui n'a paru devant la Société qu'incomplétement et depuis longtemps, et qui, portée plusieurs fois devant l'Académie, s'est terminée, malgré le talent des orateurs, sans apporter de conviction, sans qu'il en soit sorti une méthode thérapeutique.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner ; toute question prise dans son ensemble paraît à première vue facile à discuter. On est d'accord sur la masse, mais on s'éloigne pour les détails. En approfondissant le thème qu'on s'est proposé, on ne tarde pas à reconnaître toutes les nuances qui deviendront autant de difficultés, autant de points d'arrêts pour la discussion. Aussi, dans la question qui nous intéresse, je désire avant tout être bien d'accord sur ce que c'est qu'une ulcération. Quelle est celle qui est légère, quels sont les caractères de celles qui sont profondes? Il faut s'entendre enfin sur leurs formes, leur nature, et n'aborder qu'après ce premier sujet de controverse, les engorgements ou hypertrophie du col, second point où s'arrêtera de nouveau la discussion.

La discussion s'établira donc sur plusieurs points successifs, et je désire, si on veut qu'elle ait un résultat profitable, ne pas nous en écarter; traiter d'abord des ulcérations, de leurs diverses natures. Lorsque nous nous serons entendus sur les ulcérations, on pourra discuter sur l'hypertrophie, puis aborder le traitement.

Je divise les ulcérations en ulcérations simples ou bénignes, et ulcérations cancéreuses.

Appeler les premières *simples*, c'est peut-être un tort; j'ai suivi en cela la méthode de plusieurs confrères qui m'ont précédé. Est-il bien juste, en effet, d'appeler *simple* une maladie difficile à guérir, et qui demande souvent plusieurs mois de soins? Mais il fallait un nom pour ne pas confondre cette classe avec celles qui sont nécessairement mortelles, les cancéreuses.

Ces ulcérations ou elkoses, pour me servir d'une expression allemande empruntée elle-même à la langue classique, ces ulcérations simples, j'ai reconnu qu'on pouvait les diviser en : 1° ulcérations légères, érosions; 2° ulcérations granulées; 3° fongueuses; 4° profondes; 5° ulcérations de l'intérieur du col, que nous avons appelées linéaires ou fissures; 6° ulcérations syphilitiques. Je rejette les autres espèces d'ulcérations qui ont été décrites par quelques auteurs connus, dartreuses, psoriques, scrofuleuses; et quoique j'en aie noté d'une nature diphthéritique, le fait s'est présenté trop rarement à mon observation pour que j'en fasse un ordre spécial. J'écarterai également les ulcérations des femmes enceintes, quoique spéciales, et ayant un caractère tranché; je préfère en parler à l'occasion des hypertrophies du col.

La forme la plus simple, l'érosion, qui a été appelée aussi exulcération, peut se présenter sous la simple apparence d'une rougeur plus ou moins étendue, occupant dans le plus grand nombre des cas la lèvre postérieure. Elle peut cependant s'étendre à tout le col; mais, dans presque tous les cas, l'épithélium n'est pas détruit. C'est une affection tellement légère que les femmes ne s'en doutent pas le plus souvent; aucune douleur, pas même de chaleur dans les parties; c'est une affection tellement commune, qu'il est peu de femmes qui ne présentent cette rougeur de la lèvre postérieure, et qu'il est rare que nous ne rencontrions pas cette légère érosion sur des femmes envoyées à l'hôpital pour toute autre affection. Pourtant, lors même que l'épithélium existe, en touchant le col aussi légèrement ulcéré, il saigne facilement; il est atteint quelques fois d'engorgement. Cette forme aussi bénigne peut cependant présenter un peu plus de gravité: la muqueuse a cédé à l'inflammation, s'est ulcérée; et dans quelques cas elle se détruit partiellement; il y a alors de petits ulcères disséminés, qui parfois guérissent sans s'être rapprochés les uns des autres, et dans ce cas, lorsqu'on examine le col au moment de la guérison, on remarque des taches rouges tranchant sur le reste de la couleur du col, ce qui a fait appeler par quelques personnes ces cols du nom vulgaire de *saumonés*. D'autres fois, et c'est le plus ordinaire, ces ulcérations, se confondant et se rapprochant de l'orifice du col, ne forment plus qu'une seule surface ulcérée.

L'elkose légère est quelquefois surprise dès sa naissance, et quoique je ne pense pas qu'elle commence toujours ainsi que je viens de la décrire, je tiens à vous en parler. On voit, disséminées autour de l'orifice, de petites pustules miliaires, sans changement apparent de couleur; en les perçant, il s'en écoule une gouttelette de liquide incolore; si on les abandonne à elles-mêmes, elles s'ouvrent naturellement, et c'est, je crois, ainsi qu'elles se présentent le plus souvent à l'observateur, sous la forme des petites ulcérations disséminées dont j'ai déjà parlé.

Les ulcérations granulées ont pour caractère d'être superficielles, nettement circonscrites, d'une couleur bien tranchée sur le reste du col, le plus souvent occupant les deux lèvres; l'aspect de cette ulcération est grenue; il rappelle celui de la conjonctivite granuleuse; sa surface est continuellement recouverte d'une exsudation qui suinte et s'infiltre entre chaque granulation. Ce liquide est peu coloré, visqueux, difficile à enlever; il donne à l'ulcération une apparence toute différente avant qu'il soit détaché, et lorsqu'on y est parvenu, la surface granulée saigne avec la plus grande facilité. Cette ulcération est plus grave que la première; sa durée en moyenne est d'environ deux mois; il est rare qu'elle soit accompagnée de douleurs.

La troisième espèce d'ulcération est l'ulcération fongueuse ou végétante; elle occupe le pourtour de l'orifice du col; sa surface est boursouflée; les bords bien limités sont dépassés en saillie par les fongosités; comme on l'observe dans les ulcères ou les plaies fongueuses de toute autre partie du corps, la surface en est saignante à la moindre pression; pour un praticien peu exercé, son aspect pourrait inspirer de l'inquiétude. Sa couleur, d'un rouge plus livide; ces bourgeons qui se renouvellent facilement, dont le sang peut s'écouler avec une certaine abondance, pour peu que la surface en ait été touchée, qui, au contraire laissent suinter un liquide vert, épais, un véritable pus dans les circonstances ordinaires; cette affection qui s'accompagne de chaleur souvent brûlante dans les parties, de pesanteur sur le rectum et de tiraillements dans les aines; tout cet ensemble, dis-je, peut faire croire à une affection plus profonde, à un commencement de dégénérescence, au cancer hématode. J'ai toujours vu l'ulcération fongueuse guérir sans entraîner d'accidents funestes; elle succède à l'ulcération simple, soit que cette première ait été négligée, soit que certaines circonstances aient aidé à la gravité de cette ulcération.

Les ulcérations profondes occupent toujours tout le pourtour de l'orifice du col, elles gagnent la surface du col souvent dans une grande partie de son étendue; leur caractère est d'être en forme d'entonnoir, soit qu'il y ait perte de substance du col, soit que l'engorgement inséparable de cette affection, plus grave que celle que je viens de décrire, fasse paraître le milieu de l'ulcération plus enfoncé que les bords; il n'en est pas moins vrai que son apparence est celle d'une plaie avec perte de substance, d'autant plus profonde qu'on se rapproche du centre de l'ulcère, d'une couleur

rouge, quelquefois violette, tranchant avec le reste de l'organe; sa surface n'est pas fongueuse, mais elle est irrégulière, bosselée ou au moins granulée. Inutile de dire que cette ulcération laisse suinter une matière sanieuse, épaisse, verdâtre, très abondante, et que si sa surface laisse ordinairement moins écouler de sang que l'ulcération fongueuse, il peut pourtant se manifester des hémorrhagies assez graves par suite de la destruction des vaisseaux. Il est une ulcération extrêmement commune, que les femmes peuvent porter longtemps sans se douter qu'elles ont une affection d'une certaine gravité, qu'on regarde souvent comme un accident des suites de couches, et qui effectivement leur succède, mais qu'on croit devoir ne traiter que par des palliatifs, et qui, si elle était plus souvent examinée au moyen du spéculum, montrerait au praticien qu'elle doit être soignée autrement. Une femme accouchée depuis plus ou moins longtemps a conservé une perte blanche, qu'elle attribue à son lait, lors même que l'écoulement est épais et verdâtre; pourtant elle finit par se plaindre de cuissons, de brûlures, puis un écoulement sanieux, sanguin, quelquefois de véritables hémorrhagies, surviennent; si l'on examine au spéculum la malade, même longtemps après son accouchement, il est possible qu'on ne découvre absolument rien au col de l'utérus, si l'on n'a pas la précaution de prendre les lèvres du col entre les valves du spéculum mobile, et de les presser légèrement. Dans cette circonstance, les lèvres s'écartent, elles laissent voir l'orifice du col ouvert, béant, d'un rouge intense; sa surface est irrégulière sur un ou plusieurs des points de sa circonférence; on voit une déchirure qui se prolonge plus ou moins haut dans la longueur du col, une véritable fissure, de laquelle s'écoule le liquide observé depuis l'époque de l'accouchement. Si l'on examine la malade plus tard, l'ulcération a gagné en dehors de l'orifice utérin, et encore si l'on n'y fait pas grande attention il y aurait cause d'erreur, car si l'on voit une ulcération, on peut la juger de peu d'étendue, peu profonde, et devant guérir rapidement. On la croira d'autant plus facile à se cicatriser qu'elle n'est que rarement accompagnée de fongosités, que sa surface est peu saignante; enfin si l'on attaque cette ulcération seulement dans la partie que le spéculum laisse voir, on est évidemment trompé par l'espoir d'une guérison prochaine. Ce genre d'ulcération est extrêmement fréquent, et on doit s'attendre à le rencontrer lorsqu'après un accouchement les symptômes dont je viens de parler se seront manifestés.

Je n'admets comme ulcérations syphilitiques que celles qui sont représentées par un chancre bien nettement caractérisé sur le col de l'utérus; c'est une ulcération qu'on doit observer bien rarement dans la pratique de la ville; moi-même, en dehors de mon service, je ne l'ai vue que très rarement. J'en ai relevé en plusieurs *années* une cinquantaine d'observations à Saint-Lazare, c'est-à-dire une dizaine au plus chaque année, lorsque le chiffre des autres espèces d'ulcérations, soit simples, soit compliquées d'engorgement, s'élève en moyenne de 120 à 180, non compris toutefois les ulcérations légères, celles qui viennent compliquer d'autres espèces de maladies. Le chancre syphilitique du col, si on peut le voir dès son début, commence par l'inflammation, la tuméfaction d'un ou de plusieurs follicules placés sous l'épithélium; l'ulcération qui lui succède s'entoure d'un cercle rouge, l'ulcère s'agrandit rapidement. Le fond mis à nu est d'un rouge pâle, tranché par le liséré rouge qui découpe ses bords, qu'on voit souvent relevés au-dessus de l'ulcère et taillés à pic; l'ulcère prend ensuite l'aspect grisâtre propre à l'ulcère syphilitique, et se recouvre d'une exsudation jaune assez adhérente qui en masque le fond et la coloration.

Cette ulcération change très promptement de caractère. Quatre à cinq jours suffisent souvent pour qu'on ne reconnaisse plus sur la même malade les nuances que je viens de décrire; j'avais dit dans le travail publié avec M. Costilhes, que nous n'avions jamais observé d'induration autour de l'ulcération; je l'ai rencontrée depuis, plusieurs fois et tout nouvellement encore, ce qui lui donne une ressemblance de plus avec le chancre huntérien, du reste s'inoculant facilement, et dans presque tous les cas s'inoculant de lui-même sur les parties génitales. Ainsi lorsqu'à la première inspection, je trouve de petits chancres disséminés aux petites lèvres, à l'intérieur des grandes lèvres, souvent en rapport direct, de chaque côté symétriquement placés comme si ceux de droite étaient la contre-épreuve de l'autre côté, il est presque certain que je vais trouver dans ce cas un chancre sur le col de l'utérus. J'ai noté ce caractère 36 fois sur 50.

Le chancre du col, ainsi que je viens de le dire, guérit très rapidement, ou au moins la première période disparaît en quelques jours; il ne reste ensuite qu'une ulcération simple se rapportant aux ulcérations granulées, quelquefois aux fongueuses qui guérissent comme elles en un mois ou six semaines.

La fréquence des ulcérations de toute nature qu'on observe sur les filles publiques a fait croire à quelques praticiens que la maladie syphilitique peut se manifester sous plusieurs formes d'ulcérations du col. Des ulcérations précédemment décrites, la plupart ne peuvent communiquer, aux hommes ayant des rapports avec les femmes qui en sont affectées, que des écoulements, des uréthrites, le plus souvent des balanites, et j'ai vu maintes fois des hommes mariés n'éprouver aucun accident en cohabitant avec leurs femmes atteintes des ulcérations précédemment décrites; il n'en est pas de même pour le chancre du col; lui seul a le privilége d'inoculation, mais il le perd aussi en peu de jours. Une fois que le chancre a acquis la forme des ulcérations ordinaires, c'est en vain que vous tenterez l'inoculation.

Dans un mémoire imprimé il y a une quinzaine d'années, notre honorable collègue, M. Gibert, a décrit et dessiné l'ulcération granulée ou légèrement fongueuse du col, entourant tout le pourtour de l'orifice, et limitée d'une manière tranchée; il l'a décrite comme forme syphilitique, ou au moins comme type de l'ulcération succédant au chancre; mais il m'est démontré que cette forme n'est jamais syphilitique primitivement, et que le chancre du col en voie de guérison ne la prend pas davantage; je n'ai jamais vu le chancre du col occupant tout le pourtour de l'orifice, il a ordinairement peu d'étendue, et s'il y en a plusieurs, ils sont disséminés et ne se rapprochent jamais assez complétement pour entourer tout l'orifice du col; l'ulcère qui leur succède n'occupe que la place où on les avait observés, il a ordinairement la forme la plus simple, et ne tend pas à prendre l'apparence circulaire qui a été décrite par cet habile observateur.

Je me réserve de faire sur cette ulcération un travail spécial; mais ce que je viens d'en dire, rend, il me semble, suffisamment compte des idées que leur étude m'a suggérées.

Ainsi, des six formes d'ulcérations que je viens de vous décrire aussi succinctement qu'on doit le faire dans une discussion, deux peuvent être séparées; l'une tient à un vice spécifique, le virus syphilitique, l'autre est la suite des accouchements. Pour les quatre autres, elles s'enchaînent l'une à l'autre; et si elles restent souvent avec leur aspect, elles peuvent aussi se transformer; ainsi une personne examinée huit jours après qu'on a constaté une simple érosion peut présenter une ulcération fongueuse ou profonde, de même que, en voie de guérison, une ulcération grave ne présente plus qu'une apparence granulée.

Il resterait à décrire l'ulcère cancéreux, si ses caractères n'étaient assez tranchés pour qu'il pût être facilement différencié des ulcérations fongueuses ou profondes; mais je ne veux parler que des ulcères susceptibles de guérison, et en me posant la question des divers traitements, notre honorable confrère Camus ne prétendait sans doute pas me conduire plus loin que la limite que je me trace aujourd'hui. Je m'arrête donc ici, renvoyant à un autre moment l'étude des causes des ulcérations, de leurs complications, pour arriver ensuite à la partie la plus essentielle, leur traitement.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Excroissances condylomateuses sur les parties génitales externes d'une femme grosse, par M. le docteur Zerbe.

Nous avons donné, dans le n° 26 de la Gazette hebdomadaire

de la présente année, une analyse étendue du mémoire du docteur Thibierge sur les *végétations qui se développent sur les parties génitales externes des femmes pendant la grossesse*, parce que ce mémoire tendait à mettre en relief un fait singulier, à peine soupçonné, et en pleine contradiction avec l'étiologie attribuée aux végétations des parties génitales externes, à savoir, que ces tumeurs, au moins chez les femmes enceintes, ne sont pas des *manifestations syphilitiques*, et qu'elles n'apparaissent, au contraire, que par le seul fait de la gestation. Tous les faits qui peuvent contribuer à élucider une question d'un aussi grand intérêt doivent être accueillis avec faveur. Celui du docteur Zerbe me paraît un des plus importants, d'autant mieux que l'auteur, ignorant le rôle attribué à la grossesse, n'a pu être influencé par des idées théoriques, ou du moins, s'il a pu l'être, c'est dans le sens contraire. Ne soupçonnant pas à la maladie qu'il avait sous les yeux une origine autre que la syphilis, ni la rapidité de la disparition des excroissances après l'accouchement, ni leur résistance à tout traitement pendant la grossesse n'ont pas même fait naître des doutes dans son esprit. Ne pouvant établir directement la filiation des accidents, il suppose que sa malade s'est trouvée dans le cas de beaucoup d'habitants de son pays, qui le quittent au printemps pour faire en été du commerce en Hollande, et qui reviennent en automne pour vivre de leur profit. Ils rapportent quelquefois de leur pèlerinage, outre leur gain, un cadeau de la *Venus vulgivaga*, ce qui a procuré à M. Zerbe l'occasion d'observer différentes formes de blennorrhée de l'urèthre, ainsi que diverses espèces d'ulcères syphilitiques et de condylomes, dont voici un remarquable exemple.

Obs. — Une femme d'environ trente ans, d'une constitution scrofuleuse, vint consulter le docteur Zerbe dans le huitième mois de la grossesse. Il ne put découvrir l'époque où l'infection avait eu lieu, parce que, ne connaissant pas la nature de son mal, cette femme n'y fit attention que lorsque les excroissances commencèrent à l'incommoder. Il trouva la membrane muqueuse du vagin en état de catarrhe, sécrétant un pus jaune verdâtre. Tout le *pudendum muliebre* était garni d'excroissances condylomateuses. A l'extérieur, sur la lame externe des grandes lèvres, étaient placés des condylomes larges, sous forme de fraises et de mûres ; entre eux, des excroissances pointues, sous forme de stalactites ou en touffes piquantes (épineuses), à cause de l'épaississement de l'épithélium. Sur la membrane génito-urinaire et sur les petites lèvres, de petites excroissances plates, et à l'entrée du vagin, ainsi que sur le clitoris, de petits condylomes pédiculés. L'intérieur du vagin était libre. Toutes ces excroissances étaient d'un rouge foncé, recouvertes d'un épithélium très sensible, et sécrétaient une mucosité âcre et de mauvais odeur, réclamant l'application souvent répétée d'une solution faible de chlorure de chaux.

Déjà, avant de s'adresser à M. Zerbe, cette femme avait été traitée sans succès, par d'autres médecins, avec le sublimé et l'iodure de mercure. Il crut convenable d'avoir recours à l'iodure de potassium, qui fut bien supporté, et qu'il porta jusqu'à l'apparition des traces de saturation iodique. Il ordonna aussi des applications locales d'une solution iodurée. Ce traitement fut sans succès pour restreindre ces excroissances progressives ; il fit pendant quelque temps suspendre tout traitement antisyphilitique interne, se bornant à des lotions d'eau de Saturne ou de chaux, à des applications, sur les végétations, de charpie trempée dans de l'eau phagédénique. Il fit prendre à l'intérieur une solution de sulfate de quinine dans de la liqueur d'Hoffmann, ce qui eut un bon effet sur la digestion. Mais les végétations ne continuaient pas moins à progresser.

Il essaya ensuite des applications de teinture de *thuja occidentalis*, vantée par Warnatz, Leo et Koehler ; mais il trouva, comme Frieke, qu'elles occasionnaient des douleurs vives et continues, et il dut en abandonner promptement l'emploi. Une forte solution de sublimé dans du collodion fut mal supportée ; il en fut de même du nitrate d'argent en substance. Il revint au sublimé à petite dose, aux lotions avec l'eau de chaux et aux applications de l'eau phagédénique. Ces divers traitements n'avaient pas eu le moindre succès, car les végétations avaient gagné une extension énorme ; mais elles avaient perdu beaucoup de leur sensibilité première, et les plus grosses étaient devenues comme noires. Mais la grossesse était arrivée à son terme. Il appliqua des ligatures sur les excroissances les plus grosses, et enleva les parties mortifiées avec les ciseaux, toucha avec le nitrate d'argent, et dégagea ainsi un peu l'entrée des parties.

Bientôt le travail se déclara, et la malade accoucha d'un enfant à terme, fort bien conformé, et sans aucune trace d'affection syphilitique, et il continua à se bien porter plus tard.

Pendant la première quinzaine, la mère ne suivit aucun traitement. On se borna à des lotions réitérées d'eau aromatique. Dans la troisième semaine, les lochies ayant cessé de couler, il voulut recommencer à exciser les excroissances les plus grosses, à cautériser les plus petites avec le nitrate d'argent, et à revenir au sublimé à l'intérieur. Mais, depuis l'accouchement, les excroissances avaient pris un tout autre caractère : elles étaient devenues plus pâles et moins sensibles, elles avaient perdu leur turgescence et étaient entrées dans une métamorphose rétrograde. Au bout de quatre semaines, toutes les excroissances avaient disparu, sans qu'il fût possible d'en rencontrer trace. La femme, soumise à un régime fortifiant et nutritif, jouissait de la meilleure santé. (*Allgemeine Medicinische central Zeitung*, 9 juillet 1856.)

Accidents tétaniques causés par l'antimoine ; efficacité de cette substance contre le croup ; remarques à ce sujet sur la mort violente de John Parsons Cook ; par M. Elliotson.

L'affaire Palmer n'a pas seulement produit une vive émotion en Angleterre. Elle a suscité un doute scientifique qui est devenu le mobile d'ardentes discussions et d'intéressantes recherches. Tout le monde sait que la mort de John Cook a été attribuée à la strychnine, bien que l'analyse chimique n'ait pu découvrir cette substance dans les organes. A deux reprises se sont déclarés, au milieu d'autres symptômes, des convulsions analogues à celles que provoque le principe actif de la noix vomique, et, chaque fois, ce désordre morbide a coïncidé avec l'achat du poison dont l'emploi n'a point été justifié. Cette circonstance a suffi pour décider l'opinion.

Cependant les convictions n'ont point été unanimes. Diverses particularités ont, entre autres, conduit M. Elliotson à adopter une manière de voir spéciale. Palmer, par exemple, sans désavouer formellement l'empoisonnement, a toujours nié qu'il fût dû à la strychnine. Selon M. Elliotson, cette dénégation pourrait, jusqu'à un certain point, être fondée. Il est constant que John Cook avait pris des préparations d'antimoine. M. Elliotson pense qu'elles ont été administrées dans un but coupable, mais que n'ayant pas opéré au gré ou désir de Palmer, celui-ci, au dernier moment, aura eu recours à la strychnine.

Préciser le fait serait, d'ailleurs, d'autant plus téméraire que, contrairement aux données admises, l'antimoine amène, quelquefois, outre les évacuations intestinales, des symptômes tétaniques. C'est ce qui est arrivé notamment dans deux cas fort remarquable, à un autre titre, des croups intenses ayant été heureusement amendés par le tartrate antimonié de potasse à doses répétées.

Obs. I. — Chez le premier malade, âgé de quatorze mois, l'affection datait de six jours, lorsque M. Elliotson fut appelé comme consultant. L'enfant, pour tout traitement, avait absorbé en trois jours 27 grains du médicament. Un soulagement notable avait, au quatrième jour, été la conséquence de nombreux vomissements. Alors survinrent des convulsions caractérisées par la rigidité des bras et des jambes, l'incurvation de la tête en arrière et la flexion forcée des pouces sur la paume des mains. Les lèvres étaient si serrées, qu'on ne pouvait qu'à grand'peine introduire du liquide dans la bouche à l'aide d'une cuiller. Le mode de traitement parut nouveau à M. Elliotson, qui n'avait jamais employé le tartrate de potasse et d'antimoine qu'à doses modérées, seul ou uni aux émissions sanguines ou au mercure, à la vérité sans succès. Il fut d'avis de temporiser. Les spasmes s'apaisèrent insensiblement, et l'enfant est aujourd'hui un beau garçon âgé de sept ans et demi.

Le hasard avait mis sur la voie le médecin ordinaire, auteur de la médication. De quatre enfants d'une même famille, trois avaient succombé au croup. Le plus jeune, atteint lui-même d'une angine de caractère suspect, prit par mégarde une potion stibiée préparée pour son aîné. L'abondance des vomissements le jeta dans une prostration extrême ; mais la phlegmasie fut enrayée.

Obs. II. — Cet exemple ne fut pas oublié par celui qui en avait été témoin, et qui s'en autorisa dans le cas précédemment mentionné. Bientôt s'offrit à lui une seconde occasion de renouveler le même essai sur un nourrisson de huit mois, en proie à une suffocation croupale imminente, et auquel il prescrivit un demi-grain, toutes les heures, de tartrate antimonié de potasse. M. Elliotson, requis aussi pour ce malade, acquiesça à la continuation du remède. Sept grains furent donnés en seize heures. De nombreux vomissements eurent lieu, et, comme la première fois, des accidents tétaniques d'une durée passagère et suivis d'une guérison rapide. Un autre enfant, tout récemment, avait été enlevé par le croup dans un endroit voisin.

A ces faits, M. Elliotson en ajoute deux autres également heureux où l'action vomitive ne se compliqua point de convulsions. Les enfants, il est vrai, l'un de huit, l'autre de treize ans, étaient d'un âge plus avancé, faudrait-il en conclure à l'exclusion, chez les adultes soumis à l'usage réitéré de l'antimoine, des phénomènes tétaniques ? Tel n'est point l'avis de M. Elliotson qui s'appuie sur trois exemples empruntés au docteur Alf. Taylor et parmi lesquels figure celui d'un homme de vingt-huit ans, qui, traité par ce procédé d'une affection non spécifiée, recouvra la santé après avoir éprouvé la succession des symptômes décrits : vomissements, superpurgations, contractions spasmodiques étendues et persistantes.

D'après ces considérations, il ne serait donc pas impossible qu'en réalité les accidents tétaniques observés chez John Cook eussent été, ainsi que les évacuations auxquelles ils sont joints, le résultat de l'action du tartrate antimonié de potasse. Quoi qu'il en soit, l'influence avantageuse de cet agent sur le croup, lésion si fréquemment mortelle, n'en est pas moins digne de fixer l'attention médicale. On comprend que la crainte du désordre convulsif ne devrait point être, en pareil cas, de nature à prévaloir contre une telle perspective de salut ! (*Medical Times and Gaz.*, 5 juillet 1856.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Specimen du budget d'un asile d'aliénés, par M. Girard de Cailleux, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre ; 1 vol. in-4, cartonné. Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Nous nous serions borné à mentionner ce modèle budgétaire, si nous n'eussions eu à parler que des nombreux tableaux qui le composent. Mais l'auteur, en le publiant, a eu son but, qu'il importe de faire ressortir. Prenant pour type la maison qu'il dirige avec tant de zèle et d'intelligence, M. Girard a voulu prouver que, dans un établissement de 350 aliénés, administré selon les conditions très réalisables par lui indiquées, il était possible d'arriver à un excédant de recettes suffisant pour couvrir la subvention départementale destinée à l'entretien des malades indigents.

On comprend la portée d'un tel résultat, qui tendrait à exonérer les départements d'une des plus lourdes charges dont ils soient grevés. A cet effet, il admet trois catégories : la première, formée des aliénés secourus en totalité ou en partie, et qui ne devrait jamais dépasser 180 ; la seconde, comprenant 120 pensionnaires payant le prix ordinaire qu'il estime 420 francs ; une troisième, enfin, supérieure de 50 insensés appartenant à des familles riches, et admis au taux variable de 1,200 francs à 2,400 francs.

Voici, du reste, comment il produit le décompte :

La dépense, pour l'ensemble, s'élèverait à 163,846 fr. 47 c., et la recette à 219,895 fr., soit de boni 55,778 fr. 55 c. La somme des rentes proviendrait :

1° Du prix de 170 pensionnaires payants. .	129,870 fr.
2° Du travail des aliénés, etc.	14,150
3° De la subvention pour les indigents. . .	75,205
	219,225

Sur ce dernier chiffre, les portions à la charge des communes ou des familles entrant pour 17,800 francs, celle incombant au département se trouve réduite à 57,595, somme, on le voit, à peu près équivalente à la différence des recettes sur les dépenses.

Toutefois, un tel résultat ne saurait être acquis qu'en mettant une juste sévérité dans les admissions gratuites. En ceci, peut-être, le directeur l'a-t-il emporté sur le médecin. Comme M. Girard, nous avons souvent déploré l'encombrement de nos salles par des déments ou apoplectiques qui n'ont besoin que de soins matériels. Mais, à l'égard de la plupart des imbéciles et surtout des épileptiques, la séquestration, au point de vue de la sécurité ou de la convenance publiques, nous semble au moins désirable, sinon toujours impérieusement réclamée.

Ces réserves faites, l'idée de M. Girard est évidemment digne du plus haut intérêt. Présentée sous la forme d'un programme auquel ne manque aucun détail, ayant le fait pour sanction, elle s'impose, en quelque sorte, aux départements retardataires qui, n'ayant point encore rempli le vœu généreux de la loi de juin 1838, ou ne possèdent point d'asiles en propre, ou n'en ont que d'insuffisamment organisés. Puisse-t-elle, en effet, contribuer à faire achever en France ce magnifique système d'établissements qui, depuis vingt ans, et au grand honneur de l'humanité, s'élèvent comme par enchantement dans toutes les provinces.

Delasiauve.

The Lancet, dans son dernier numéro, après avoir rendu compte du banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient, exprime l'espoir qu'un pareil hommage sera rendu par les médecins anglais à ceux de leurs confrères qui ont fait les campagnes de Crimée et de la Baltique.

— M. le docteur Calvo vient d'être nommé médecin titulaire de la Conciergerie, en remplacement de M. Bonnet. M. le docteur Campardon reste médecin adjoint de cette prison.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — Août 1856. Sur le secret de Chamberlen et Roonhuysen, par *Ritgen*. — Histoire d'un accouchement et description des couches chez une Indienne, par *Schwartz*.

Vierteljahrsschrift f. gerichtliche und oeffentliche Medicin, 1er cahier. — Androgyne marié comme femme, au point de vue de l'Église, par *Tourtual*. — La vie et la respiration sont-elles identiques au point de vue médico-légal, par *Franz*.

Vierteljahrschrift f. die praktische Heilkunde. — IIIe vol. 1856. Sur l'induration du poumon et les altérations des vaisseaux qui l'accompagnent, par *R. Heschl*.—Rétrécissement du trou occipital et du canal rachidien par des formations osseuses, par *A. Willigk*.

Wiener Medizinische Wochenschrift. — Nos 29 à 33. Cas de tumeur de la base du cerveau, par *A. Freund*. — Extirpation du plexus cœliaque, par *S. Samuel*.— 32. Sur la durée de l'incubation de la syphilis, par le professeur *Sigmund*. — 33. Cirrhose et foie atrophié de couleur noix muscade, extrait du cours d'anatomie pathologique du professeur *Virchow*. — Contributions à la nature et au traitement de la syphilis, par *Michælis*. — Contributions étiologiques, par *Hanselmann*.

Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — Nos 30 à 34. — 31. Dilatation des conduits excréteurs de la prostate, par *Werner Steinlin*. — 32. Un cas d'accouchement prématuré artificiel, par *V. Alois*. — 33. Grossesse dans un utérus bicorne. — Accouchement prématuré avec issue favorable pour la mère et l'enfant, par le docteur *Lumpe*. — 34. Histoire d'une plaie de tête, par *F. Ulrich*.

Zeitschrift f. Wissenchaft. Zoold., de Siebold. — VIIIe vol., 2e cahier. Sur la muqueuse olfactive, par le professeur *Ecker*.

El Siglo medico. — No 128. Importance des conditions extérieures en médecine (suite), par *J. Salgado*. — Anencéphale ayant vécu trente-quatre heures, par *C. Lucia*. — Choléra épidémique de la Grenade, par M. *Rodriguez Carreno*. — 129. Prostatite blennorrhagique, par *J. Gonzales Olivares*. — Anémone pulsatille et ses usages thérapeutiques, par *A. Blanca*. — 130. Étude sur les fièvres intermittentes, par *F.-B. Caballero*.—131. Prostatite blennorrhagique, par *G. Olivares*. Importance des conditions extérieures, etc., par *Salgado*.—Absence des nerfs olfactifs ; atrophie congénitale des testicules et du membre viril, par *A. Maestre de San Juan*.

Livres nouveaux.

Des sciences occultes ou Essai sur la magie, les prodiges et les miracles, par *Eusèbe Salverte*, 3e éd. précédée d'une introduction, par *E. Littré*. 1 vol. in-8 de LXXIV—516 p. Paris, J.-B. Baillière. 7 fr. 50

Du suicide, statistique, médecine, histoire et législation, par le docteur *E. Lisle*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 5 décembre 1848. 1 vol. in-8 de 500 p. Paris, 1856, J.-B. Baillière. 7 fr.

Guide pratique des maladies de l'œil, par le docteur *W. Mackenzie*, 4e éd. traduite de l'anglais et augmentée de notes, par les docteurs *Warlomont* et *Testelin*, fascicules V et VI comprenant : ch. XII, les lésions traumatiques du globe de l'œil ; ch. XIII, ophthalmies ou maladies inflammatoires du globe de l'œil et de la conjonctive, pages 577 à 862, fig. 73 à 96.

Prix du double fascicule. 5 fr.

Le tome Ier est terminé avec le fascicule VI. Prix. 15 fr.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 12 SEPTEMBRE 1856. | N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 6 septembre 1856, M. WIÉGER, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 20 au 27 août 1856.

220. BATUT, Joseph-Léandre, né à Montpeyroux (Aveyron). [*Un aperçu des syphilides.*]

221. MAS, Antoine-Victor-Édouard, né à Recoules-Prévinquières (Aveyron). [*Du traitement de l'avortement.*]

222. POREAU, Alfred-Édouard, né à Ancenis (Loire-Inférieure). [*Recherches sur les causes des vomissements des femmes enceintes.*]

223. GLEIZE, Louis Aristide, né à la Ferté-Milon (Aisne). [*Quelques considérations sur la chlorose chez la femme.*]

224. LAVIGNE, Étienne-Placide, né à Joncreuil (Aube). [*De la pathogénie et du diagnostic de l'ascite.*]

225. DUGUÉ, Édouard-Gabriel, né à Coulie (Sarthe). [*Des déchirures du périnée dans l'accouchement, et des moyens d'y remédier.*]

226. LAFORÊT, Honoré-Ferdinand, né à Sainte-Eulalie (Aveyron). [*Du traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre.*]

227. MATHIEU, Benoit-Xavier, né à Pont-en-Royan (Isère). [*Du goître.*]

228. MOUTON, Charles-Marie-Gustave, né à Paris (Seine). [*Des convulsions de l'enfance.*]

229. MARQUET, Camille-Alexis-Michel, né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure). [*De la phthisie aiguë chez l'adulte.*]

230. JACEWIEZ, Ignace-Jules, né à Felsze (Pologne). [*Étude sur l'hérédité de la syphilis.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Répression des délits relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ; rapport lu à l'Association des médecins du département du Rhône, par M. le docteur DIDAY (1).

Essai d'une institution médicale basée sur la science de l'homme ; rapport lu à la Société médicale d'émulation, par M. le docteur J. FOURNET (2).

La première de ces brochures, qui est récente, nous a rappelé la seconde, qui remonte à l'année dernière. Nous avons d'ailleurs pour les rapprocher plus d'un motif. D'abord, chacune d'elles touche plus particulièrement à l'une des deux grandes plaies des professions médicales : d'une part, l'exercice illégal ou coupable de ces professions, de l'autre, l'ensemble des actes simplement abusifs, indélicats, déconsidérants, qui constituent le charlatanisme. M. Diday appelle, avec l'impatience d'un vif esprit et d'un cœur honnête, la répression de l'illégalité et du délit ; M. Fournet, plus ambitieux, plus spéculatif, voudrait prévenir les envahissements du charlatanisme en l'attaquant à sa racine. De plus, et c'est notre second motif, l'un et l'autre proposent, pour la réalisation de leurs vues respectives, des moyens dont l'originalité soustrait immédiatement la question aux redites vulgaires où, pour notre compte, nous ne nous sentons plus le goût de la suivre.

Nous avons eu l'occasion, dès la fondation de ce journal (t. I, p. 85), de nous expliquer catégoriquement sur l'opportunité d'une répression pénale du charlatanisme, du charlatanisme qui n'est que cela et non une infraction à la loi. Une répression de cette nature serait à nos yeux un contre-sens social. *Le charlatanisme en toute chose est un droit individuel*, parce qu'il n'est autre chose après tout qu'une certaine manière d'user d'un pouvoir dont le libre exercice a été garanti par les dispositions de la loi ou les formalités

(1) Broch. in-8. Lyon, chez Savy.
(2) Broch. in-8. Paris, chez Victor Masson.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 11 septembre 1856.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE AU POINT DE VUE TOXICOLOGIQUE.

Nos précédentes expériences nous ont fait connaître les effets de la ligature de l'œsophage, soit simple, soit compliquée d'une ouverture au-dessus ou au-dessous de la constriction, sur des chiens auxquels on n'avait rien injecté dans l'estomac. Des faits observés, on peut tirer les conclusions suivantes : la ligature de l'œsophage est par elle-même une opération grave, entraînant la mort dans un assez grand nombre de cas, quelle que soit la manière dont elle est pratiquée. Les phénomènes les plus constants auxquels elle donne naissance, sont un certain abattement et une sécrétion abondante de salive et de mucus, liquides dont l'accumulation au-dessus de la ligature et la pénétration dans les voies aériennes, lorsqu'ils ne trouvent point d'issue par la plaie, déterminent une agitation plus ou moins grande, accompagnée d'efforts d'expuition qu'on a pris à tort pour des efforts de vomissement. De la présence de ces liquides dans les voies aériennes résulte une gêne notable de la respiration, et par suite une asphyxie plus ou moins lente, suivant certaines circonstances individuelles, et dont les effets sont parfaitement reconnaissables à l'autopsie. A part ce genre de mort, les chiens peuvent succomber à la suite d'abcès qui se forment dans la région du cou, et probablement par d'autres causes encore; mais la mort ne survient point, en général, dans les premières quarante-huit heures qui suivent l'opération, elle a lieu, par conséquent, longtemps après la période dans laquelle elle pourrait être attribuée à une substance toxique ingérée. Toutefois, comme la ligature de l'œsophage, de même que toute opération sérieuse, jette les animaux dans un certain abattement, il serait possible que ses effets, joints à ceux du poison ingéré, déterminassent la mort plus promptement que si ce dernier était seul en jeu, ou dans des cas où la dose toxique eût été insuffisante pour la produire à elle seule. L'ouverture de l'œsophage au-dessus de la ligature, loin d'aggraver l'opération, comme le croyait Orfila, est une circonstance favorable qui écarte un des dangers les plus graves, celui de l'asphyxie. La ligature de l'œsophage avec ouverture au-dessous donne exactement les mêmes résultats que la ligature simple.

Il nous restait à rechercher si les phénomènes sont notablement différents, alors que l'ingestion d'une substance inerte ou vomitive a précédé l'application de la ligature. Car on se rappelle que c'est là une des assertions opposées par M. Bouley à ceux qui n'ont pas vu la ligature de l'œsophage suivie du cortége d'accidents qu'il avait annoncés. C'est dans ce but de vérification que nous avons fait, le 8 septembre, MM. Dechambre, Martin-Magron et nous, les expériences suivantes, exécutées toutes dans les conditions où l'on devra opérer dorénavant, pour écarter la complication respiratoire, c'est-à-dire avec une ouverture au-dessus de la ligature, permettant aux animaux d'expulser leur salive.

1re EXPÉRIENCE. — Chien adulte de forte taille. A onze heures trois quarts, l'œsophage, mis à nu et soulevé au moyen d'une sonde cannelée, est incisé transversalement; dans l'ouverture est engagée une sonde par laquelle on pousse dans l'estomac, avec une seringue, environ trois quarts de litre d'eau tiède. Une ligature est appliquée au-dessous de l'ouverture, puis l'animal est mis en liberté. Immédiatement après l'opération, qui a été très laborieuse en raison de la difficulté de maintenir convenablement un chien de cette force, l'animal a été parfaitement tranquille; il s'est promené sans la moindre agitation et n'a éprouvé ni nausées ni envies de vomir. Au bout de quelques minutes, il a rendu par la plaie des spumosités teintes de sang.

A deux heures, ce chien nous a paru médiocrement abattu. Appelé par nous, il s'est levé, a marché pendant quelques minutes, puis s'est assis comme un animal bien portant.

A cinq heures, l'animal était plus triste et couché dans un coin; rien cependant ne trahissait en lui des souffrances notables.

9 septembre, neuf heures et demie du matin. — Même état. Décubitus latéral. L'animal se lève quand on l'appelle; il va boire de l'eau, qu'il avale très facilement, mais qui s'écoule par la plaie à chaque gorgée ; il boit pendant plus d'un quart d'heure.

10 septembre, onze heures. — État très satisfaisant ; œil vif ; le chien accourt promptement quand on l'appelle, et ne se recouche qu'après un certain temps.

11 septembre. L'animal est très alerte. Nous enlevons la ligature.

---

administratives. *Id jure licitum.* Ce n'est pas assez, certes, pour l'honorabilité, pour l'équité même ; mais c'est assez pour la justice, qui permet tacitement tout ce qu'elle ne défend pas. Le charlatan au sens étymologique est celui qui débite des hâbleries en public (de *ciarlare*, parler beaucoup). Qu'il les débite sur un champ de foire, debout sur une voiture à deux chevaux, casque en tête et burnous brodé sur les épaules ; ou qu'il les débite par l'annonce, par l'affiche, par les brochures à domicile, par la bouche de compères, par l'office d'une presse vénale, son caractère essentiel reste le même, et sa position à l'égard du Code ne peut ni ne doit changer.

Ne pouvant réprimer le charlatanisme, peut-on espérer de le prévenir en en supprimant les causes ? C'est, nous l'avons dit, à quoi tendent les vues de M. Fournet ; et il croit qu'on y parviendrait, du moins en partie, si l'on donnait la *science de l'homme* pour base à l'*Institution médicale*. Quel rapport y a-t-il entre ces deux choses ? Par quel défilé l'auteur passe-t-il de la constitution physique et morale de l'être humain à l'organisation de l'exercice de la médecine ? On ne le devine pas du premier coup, et même, si nous en jugeons par notre impression personnelle, on s'y trompe très aisément. On entrevoit bien dans la nature humaine un certain ensemble de dispositions morales, de besoins, de facultés, de passions, d'instincts, dont l'étude attentive pourrait servir, jusqu'à un certain point, à régler la mission du médecin. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et voici la théorie de M. Fournet : Dans la nature, « nous ne voyons la *vie végétative* se manifester qu'après la *vie minérale* qui lui fournit ses éléments ; nous ne voyons la *vie animale*, c'est-à-dire la vie du sentiment, du mouvement, des sensations et des instincts, faire son apparition qu'après la vie végétale qui lui fournit un de ses éléments ; nous ne voyons la *vie humaine*, c'est-à-dire la vie affective, la vie intellectuelle, la vie morale, c'est-à-dire la source vitale des arts libéraux et des professions libérales, faire son avénement qu'après l'évolution des trois règnes où elle puise l'aliment universel de son universelle nature. L'homme est venu le dernier sur la terre. » C'est ce que l'auteur appelle l'*échelle universelle*. « Mais, ajoute-t-il, l'*échelle humaine*, abrégé de l'échelle

II^e Expérience. — Sur un chien de petite taille, mais paraissant très robuste, on fait la ligature de l'œsophage après avoir injecté, par une ouverture pratiquée à ce canal, et au moyen d'un entonnoir, 4 grammes de sous-nitrate de bismuth parfaitement pur, délayés dans un peu d'eau tiède. Cette opération, exécutée à midi, n'amène ni agitation, ni efforts de vomissement. L'animal, après s'être promené pendant quelques minutes, va se recoucher dans un coin du pavillon, sans paraître éprouver aucun malaise spécial.

A deux heures, nous le trouvons dans le même état; à cinq heures, il semble cependant plus abattu.

Le 9 *septembre*, nous ne constatons aucun changement. Tristesse et abattement de l'animal, qui se lève quand on le pousse avec quelque violence, mais pour se recoucher presque aussitôt.

10 *septembre*. Tranquillité parfaite; l'animal est accroupi sur le train de derrière, ses pattes de devant étendues sous la tête; il refuse de se lever. Le soir, il se lève quand on le pousse, puis il va s'asseoir; léger tremblement du train postérieur.

11 septembre. Etat général excellent. Ni tristesse ni abattement.

III^e Expérience. — Chien de forte taille. Ligature de l'œsophage à midi un quart; avant de serrer le lien, on a ingéré dans l'estomac, par une ouverture de l'œsophage, 12 centigrammes d'émétique dissous dans environ une cuillerée d'eau. L'animal, abandonné à lui-même, n'a pas fait le moindre effort de vomissement. L'émétique n'avait produit aucun effet. Des spumosités teintes de sang s'écoulant par la plaie, et une certaine torpeur, indiquaient seules que l'animal avait subi une opération grave. A midi 40 minutes, on injecte dans le tissu cellulaire de la région dorsale, à travers une petite ouverture de la peau, 10 centigrammes d'émétique en solution concentrée. Au bout de trois minutes, l'animal est pris d'envies de vomir; il s'arrête, se tient immobile, et semble sous l'empire d'un grand malaise; puis il allonge le cou; on voit ses muscles de l'abdomen et son diaphragme se contracter violemment; il ouvre largement la gueule; il semble que le contenu de l'estomac va être versé au dehors; mais la ligature y met obstacle, et il ne coule par la plaie que des mucosités teintes de sang provenant de la bouche. Après trois ou quatre secousses semblables, les efforts de vomissement s'arrêtent. L'animal paraît faible, très abattu; il va se coucher tranquillement et sans la moindre agitation.

2 heures. L'animal a eu une selle liquide, de couleur jaune; il boit une grande quantité d'eau, qui coule par la plaie après chaque mouvement de déglutition; il marche facilement, sans chanceler.

5 heures. Ce chien semble assez alerte; il marche, et boit volontiers de l'eau.

Le lendemain, à neuf heures et demie, on le trouve mort et déjà roide. L'animal était mort probablement dans la première moitié de la nuit. L'autopsie a été faite à midi et demi.

Autopsie. — Le larynx, la trachée et les bronches ne présentent aucune lésion et ne renferment point de mucus. Le poumon est sain, de couleur rose; on n'y trouve ni indurations, ni taches ecchymotiques. L'œsophage n'offre rien d'anormal; la ligature, qui n'entoure aucun nerf, n'a encore produit qu'un peu de rougeur de la muqueuse. L'estomac est distendu par une grande quantité (1/2 litre environ) d'un liquide brunâtre, non trouble, peu visqueux. La muqueuse stomacale est le siége de lésions considérables; dans la région du grand cul-de sac et vers le pylore se voient de larges plaques irrégulières d'un rouge vif, qui nous ont paru dues à un état inflammatoire de la muqueuse. Sur ces plaques, dont la couleur tient à un état congestif des vaisseaux et non à une extravasation du sang, se voient de petites taches plus foncées, provenant d'un véritable épanchement sanguin dans l'épaisseur de la muqueuse et dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Au niveau de ces sugillations, dont l'étendue varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille, la muqueuse est ramollie et se déchire avec la plus grande facilité; en deux points nous l'avons trouvée détruite en grande partie et convertie en une sorte de putrilage. Le foie ne nous a rien offert de particulier, non plus que la rate, ni les reins. La cavité crânienne n'a point été ouverte. Le système veineux en général, et le cœur droit en particulier, étaient gorgés d'un sang noir, épais, sans caillots. Le cœur gauche en renfermait également une quantité assez notable; les artères, au contraire, étaient complétement vides.

Ces trois faits, observés sans aucune idée préconçue, nous ont donné la conviction que l'ingestion d'une substance quelconque dans l'estomac de l'animal auquel on pratique la ligature de l'œsophage, ne change en rien les phénomènes auxquels cette dernière donne naissance et surtout qu'elle ne produit point ces efforts de vomissement incoërcible dont la

---

universelle, nous offre la même loi d'évolutions successives de la vie végétative ou purement organique; puis de la vie animale ou sensuelle; enfin de la vie vraiment humaine, c'est-à-dire intellectuelle et morale, c'est-à-dire artistique, scientifique et libérale. » Or la conséquence est que, dans un gouvernement bien dirigé, la vie organique doit être assurée avant l'initiation à la vie intellectuelle ou morale, ou de relation. En termes plus simples, dans la création, les végétaux sont venus après les minéraux, les animaux après les végétaux, l'homme après les animaux. Dans l'homme, la vie organique précède la vie animale, la vie purement animale précède la vie morale et intellectuelle. Or, ce plan de la providence doit servir de modèle, en ce qui touche le régime des professions, aux gouvernements, qui sont la providence des peuples; et les carrières dites libérales, dont la médecine fait partie, ne doivent être ouvertes qu'à ceux dont la vie organique est assurée par un patrimoine, sauf à régler le *quantum* de cet avoir.

Regarder les choses de haut, c'est le moyen d'en embrasser l'ensemble, mais ce n'est pas toujours celui de les mieux voir. D'une certaine hauteur, elles n'apparaissent plus que sous des formes vagues, confuses, entremêlées, où s'effacent les caractères différentiels et où l'illusion crée entre les objets des rapports imaginaires, en même temps qu'elle dérobe les rapports réels. C'est un peu, sauf erreur, ce qui est advenu dans la circonstance à M. Fournet; ses habitudes distinguées de généralisation et de synthèse l'ont emporté cette fois dans une région vaporeuse où il a perdu la vue nette et distincte du vrai. Son exemple de la triple vie de l'humanité et de l'homme nous fait l'effet d'un apologue bien plus que d'un argument. M. Diday, lui aussi, considérant l'association au nom de laquelle il parle, y trouve des modes d'activité analogues *à la vie nutritive et à la vie de relation*; mais ce n'est dans son discours qu'une image qui ne tire pas à conséquence. L'apologue de M. Fournet est-il même d'une parfaite justesse? A prendre avec lui les choses au pied de la lettre, la destinée de l'être créé n'est pas seulement d'avoir des fonctions digestives ou nutritives plus précoces que certaines fonctions cérébrales, mais aussi et surtout de conquérir ses moyens d'existence; elle n'est pas de naître avec

mort serait la conséquence. Les chiens des deux premières expériences n'ont présenté aucun phénomène particulier. Le troisième, après avoir reçu 12 centigrammes de tartre stibié, n'a eu ni nausées, ni envies de vomir : ces dernières n'ont apparu qu'après que nous eûmes injecté 10 centigrammes d'émétique dans le tissu cellulaire sous-cutané, et c'étaient là de vrais efforts de vomissement, ne ressemblant en rien à ce qu'éprouvent les animaux dont l'œsophage a été lié sans ouverture au-dessus de la ligature. En conséquence, nous croyons pouvoir, sans nous écarter de la vérité, appliquer à tous les cas de ligature de l'œsophage les conclusions que nous avons tirées de notre première série d'expériences. Ce serait un travail utile assurément que de rechercher la part que peuvent avoir prise dans les résultats des expériences d'Orfila les accidents propres à la ligature de l'œsophage, tels que nous les avons définis; mais il nous paraît certain dès à présent que cette part ne saurait être attribuée à la souffrance de l'estomac et aux envies de vomir, toutes les fois qu'une ouverture a été pratiquée à l'œsophage *au-dessus* de la ligature.

Parmi les expériences d'Orfila, celles qui ont été faites dans ces dernières conditions, ne nous paraissent point en général sujettes à contestation. Dans les autres, il importe de faire remarquer qu'Orfila n'a point établi la distinction, si essentielle à notre avis, entre les efforts de vomissement et les efforts d'expulsion de la salive; que, lorsqu'il il parle d'envies de vomir survenant quelques minutes après l'opération, il peut bien n'avoir observé que des efforts d'expuition ; toutes ces expériences seraient donc à vérifier. Quant aux lésions trouvées à l'autopsie, nous croyons que celles de l'estomac ne peuvent, dans aucun cas, être mises sur le compte de la ligature; il n'en est pas de même des lésions pulmonaires et de certains états du sang, à la production desquels l'asphyxie est rarement étrangère.

Marc Sée.

M. le docteur Gendrin a fait à l'Académie des sciences, relativement à l'auscultation de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, une communication dont le titre un peu ambitieux, dont les termes surtout, semblent annoncer la prétention d'ouvrir une voie nouvelle à la stéthoscopie. Tout le monde sait pourtant bien que les médecins spécialement voués au traitement des maladies des organes de l'ouïe pratiquent tous les jours l'auscultation de ces organes, en appliquant leur oreille sur les parties latérales de la tête, spécialement sur l'apophyse mastoïde; qu'ils ont décrit les bruits entendus dans plusieurs états pathologiques, et qu'ils en tiennent compte dans la diagnose. Un chapitre spécial sur ce sujet, écrit par M. Menière, se trouve dans le Traité pratique d'auscultation de MM. Barth et Roger. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Opération du phimosis congénital ; pince pour la circoncision ; par M. le docteur Omer Marquez (de Colmar).

Sans doute, la multiplicité des moyens chirurgicaux dirigés contre un mal accidentel ou contre un vice de conformation congénital accuse la fécondité d'esprits inventifs; mais elle montre aussi qu'il n'est pas toujours facile d'atteindre le but proposé, et que le mieux laissait encore quelque chose à désirer. Sous ce rapport, l'opération du phimosis congénital, si simple qu'elle paraisse, si vulgaire qu'elle puisse être, n'est certes pas la moins riche en procédés divers, selon que les opérateurs s'en sont tenus à l'incision du prépuce, ou qu'ils ont cherché à faire mieux par l'excision partielle de la portion exubérante, et mieux encore par son excision complète au moyen de la circoncision chirurgicale.

Cet article est uniquement destiné à faire connaître une pince qui peut, je l'espère du moins, dans la majeure partie des cas, rendre la circoncision plus facile. Il n'entre donc pas dans mon sujet de passer une revue historique et critique des méthodes et des procédés imaginés pour le phimosis congénital. Mais s'il n'est point nécessaire de rechercher ici quelles indications spéciales motivent plus ou moins, soit l'incision simple ou par débridements multiples, soit l'excision partielle, on peut au moins faire remarquer que les procédés de ces méthodes donnent fréquemment des résultats incomplets et défectueux, et nous nous permettrons d'ajouter que l'excision complète procure, au contraire, le résultat le plus avantageux, le seul réellement avantageux, complet et non dépourvu d'une certaine élégance. C'est qu'en effet l'excision remplit la double indication de raccourcir un prépuce trop allongé, en même temps que d'élargir l'ouverture trop étroite, et, dans son œuvre de correction,

---

un patrimoine; et puisque l'auteur invoque à ce propos la tradition mosaïque, nous lui rappellerons que le paradis terrestre est encore gardé aujourd'hui par les anges à l'épée de feu. Or, pour conquérir des aliments, il faut penser, vouloir, travailler ; en sorte que, selon l'ordre naturel, l'emploi le plus urgent des facultés intellectuelles de l'homme échappé aux premiers soins maternels doit être au profit de la vie organique, ce qui va contre la théorie de M. Fournet. Mais quand il s'agit de problème social, de pareilles questions sont oiseuses. Il est aussi illusoire de vouloir placer le signe d'une bonne organisation dans une harmonie tout extérieure avec des lois cosmogoniques ou physiologiques, que de rattacher la pathologie aux quatre éléments ou à la conjonction des planètes. Les lois de la nature sont fixes, et les conditions d'une société varient avec les temps et les lieux. La question d'ailleurs est toute de pratique ; l'organisation la meilleure est celle qui, par une méthode ou par une autre, ou même par plusieurs méthodes à la fois, parvient à équilibrer le mieux les droits, les devoirs, les besoins de tous, et à réaliser le moins imparfaitement dans le monde le bien, le vrai, le beau, qui sont les trois grands intérêts des peuples civilisés.

Mais, théorie à part, le moyen préconisé par M. Fournet, l'obligation d'un patrimoine imposé au seuil des professions libérales, ce moyen est-il acceptable? Aurait-il les effets qu'on en attend? Nous nous expliquerons à cet égard avec une entière franchise.

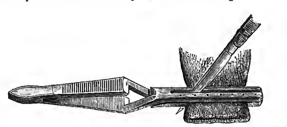
Cette invention a des partisans parmi des confrères éclairés autant qu'honorables. M. Fournet rappelle même qu'elle a été recommandée à une société d'arrondissement par un des présidents. Eh bien, à nos yeux, il n'en est pas de plus malheureuse; elle est rétrograde, elle est antisociale, et vaine par-dessus le marché. Interdire non pas seulement la carrière médicale, mais, par esprit de conséquence, toutes les carrières libérales aux jeunes gens dépourvus de fortune! mais c'est le sacrifice du plus grand principe, de la plus noble conquête de la société moderne! Principe si fort, conquête si légitime, que le passage de la démagogie la plus désordonnée au despotisme le plus vigoureux n'a fait que les consacrer et les développer! Cette égalité tutélaire, féconde, que l'Empire, assez amoureux pourtant de discipline, se vantait de porter

d'imiter assez bien les dispositions anatomo-physiologiques normales. Ici, du reste, comme pour l'incision partielle, les variantes sont nombreuses, depuis le procédé emprunté par Labat aux pratiques si anciennes d'une hygiène religieuse et modifié par Lisfranc, jusqu'aux améliorations plus récemment introduites et dont les plus importantes ou les plus séduisantes appartiennent à M. Ricord, à Vidal (de Cassis), à M. Chassaignac, à M. Chauvin, etc.; toutes modifications qui ont en vue d'apporter plus de précision dans le manuel opératoire, et, partant, d'écarter le plus possible les chances d'un résultat défectueux. Mais ces procédés, certainement ingénieux, utiles et progressistes, ne laissent-ils rien à désirer?

Pour bien fixer le prépuce, il faut tenir assez serrée la pince fenêtrée de M. Ricord. Reste ensuite une double zone de peau marquetée par les mâchures dues aux mors de l'instrument. La dilatation et l'aplatissement du prépuce assurent bien à M. Chassaignac « l'implantation d'aiguilles à sutures dans la muqueuse aussi sûrement que dans la peau; la ligature, serrée immédiatement au-devant de ces aiguilles, permet d'abattre d'un seul coup de ciseaux à la fois peau et muqueuse....; » par contre, le pédicule obtenu par froncement expose à laisser un bord plus ou moins festonné et tourmenté par la force de l'étranglement subit. Les griffes du posthotome de M. Chauvin dilatent le prépuce et en attirent la muqueuse, dont une notable portion peut être enlevée; mais le refouloir, qui a nécessairement peu de diamètre pour pouvoir franchir une ouverture parfois fort rétrécie, a peu de prise sur le gland : il peut trop aisément le faire basculer et l'amener sous le tranchant des ciseaux. Pour rendre l'opération plus simple et moins douloureuse, M. Bonnafont remplit la cavité préputiale de charpie ou de coton, puis ampute circulairement sur ce point d'appui la portion exubérante. Il est permis de douter que cette précaution atteigne parfaitement le but proposé, et qu'il lui soit réservé un grand avenir. Le procédé de Vidal (de Cassis), qui fixe, immobilise muqueuse et peau, en même temps qu'il en détermine l'aplatissement, ce procédé semble mieux à même de remplir l'indication capitale d'une section rapide, simultanée et bien nette, des deux feuillets du prépuce, ce qui permet d'assurer par une suture facile (fils ou serres-fines) une cicatrisation plus régulière; mais en opérant, ainsi que faisait Vidal, entre pince et gland, on court le risque de blesser cet organe, et si l'on coupait en avant de la pince, les bords à réunir pourraient n'être pas réguliers.

Or, pour obvier à ces inconvénients et concilier autant que possible les avantages plus réels des procédés Ricord et Vidal, j'ai ajouté à la *pince à pression continue* de Vidal une disposition en vertu de laquelle le chirurgien isole avec certitude le gland, retrouve, après l'opération, en parfait état les tissus conservés, et se prépare le succès par la facilité d'une réunion aussi exacte qu'on peut le désirer.

Cette pince modifiée est à quatre branches longues de 5 cen-



timètres et demi, symétriquement disposées sur deux plans parallèles, deux branches étant antérieures et deux postérieures. Les premières se rencontrent exactement, les pointes, à environ 2 millimètres, dont l'une est armée, venant s'engager dans les trous dont l'autre est forée. Les branches postérieures à bords mousses et moins fortes que les précédentes sont séparées des branches antérieures par un écartement de 2 ou 3 millimètres; loin de se juxtaposer l'une à l'autre, elles laissent entre leurs faces internes un vide de près de 2 millimètres.

Après avoir déterminé la partie du prépuce sur laquelle portera l'excision, deux pinces à dents de souris saisissent le limbe préputial sur deux points diamétralement opposés, du côté du frein et vers le dos de la verge; on exerce une traction convenable en avant, tandis que deux doigts en fourche soutiennent le pénis et font en quelque sorte contre-extension. On s'assure de la position du gland au fond du fourreau : la double pince est alors appliquée, suivant une direction oblique (1), dans le sens de la coupe naturelle du gland, ainsi que l'indique Vidal

(1) Sur la figure, on n'a pas donné à la pince la direction oblique dont il est question ici, afin de mieux laisser voir la manœuvre de la section. Nous ajoutons que c'est par erreur que le graveur a représenté un bistouri simple au lieu d'un bistouri à double tranchant.

à travers le monde sur la pointe de ses baïonnettes, que l'Empereur lui-même recommandait aux États vassaux, il faudrait y renoncer par horreur du charlatanisme! Voilà ce qui s'appelle un pavé pour tuer une mouche. Mais il y a plus, sous l'Empire, il a été fait un essai fort analogue à celui qu'on réclame; car il avait pour objet la profession ecclésiastique, qui peut bien compter parmi les professions libérales. En 1802, après le concordat, quand la religion touchait de si près la politique, quand le principe du salariement du clergé venait d'être posé, Napoléon avait décidé que les élèves des séminaires ne pourraient être ordonnés prêtres sans justifier de 300 francs de revenu. Cette mesure avait aussi pour but de garantir la dignité de la corporation. Il a fallu bientôt y renoncer, et c'est le clergé surtout qui la repoussait, comme aujourd'hui il repousse encore, en de certains pays, l'appui financier de l'Etat. Et il n'était question, nous venons de le dire, que d'un modique revenu de cent écus. Mais pour un médecin, surtout pour un médecin des grandes villes, obligé à des frais considérables d'installation et de représentation, c'est à plusieurs milliers de francs qu'il faudrait fixer les ressources annuelles; car si vous en exigez moins qu'il n'en faut en réalité pour assurer son existence, votre expédient devient inutile. Et l'on peut mesurer par là la portée de l'élimination proposée et la quantité de forces intellectuelles dont on priverait les sciences, les lettres, les arts, le barreau, l'humanité tout entière. Ajoutons que si l'aisance matérielle faisait taire chez quelques-uns les mauvais instincts, elle pourrait bien endormir chez d'autres l'activité, qui est le ressort essentiel du progrès.

Ces raisons pour nous sont péremptoires; elles dominent la question de si haut, qu'elles nous rendent à peu près sourd à toutes les autres considérations. Voyons pourtant. M. Fournet argue de ce fait que les familles et la paternité elles-mêmes sont réglées par la loi; que le mariage n'est permis au célibataire qu'à de certaines conditions de fortune.

Le premier exemple n'a aucune application dans l'espèce. La famille, c'est l'élément essentiel, c'est le fondement même de la société; régir la famille par des lois, c'est constituer la société elle-même, et personne n'en conteste, non pas seulement l'utilité,

(de Cassis), et de manière à ne point détruire le frein; les branches antérieures fixent les parties, peau et muqueuse; les branches postérieures, ces deux doigts d'acier ajoutés à la pince proprement dite, appuient sans l'écraser sur le prépuce, et isolent le gland refoulé en arrière; les pinces d'extension sont enlevées, et l'on opère la section avec le bistouri. Mais la peau élastique, très mobile, se laisse difficilement entamer: aussi je préfère, à l'exemple de M. Phillips, traverser d'un coup de pointe les tissus rapprochés et tendus, et finir méthodiquement. Pour éviter de le faire en deux temps, je me sers d'une lame à double tranchant. Ainsi, à quelques millimètres du pli préputial, et dans l'écartement des branches antérieures et postérieures de la double pince, on pratique une ponction avec mouvement de rappel en haut, pour assurer l'entière division des tissus vers le dos de la verge; puis rapidement on achève la séparation voulue, sans que l'on ait été le moins du monde exposé à toucher le gland: les lèvres cutanée et muqueuse vont se prêter à un affrontement facile à contenir par quelques points de suture, ou mieux par l'emploi des serres-fines, et le résultat définitif sera des plus satisfaisants.

III.

REVUE CLINIQUE.

Ulcère simple de l'estomac; violence extérieure; observation lue à la Société anatomique, par M. le docteur Potain, suivie d'un rapport de M. le docteur Axenfeld.

Obs. — La nommée Lognon Marie-Rose, âgée de soixante ans, cuisinière, d'une assez forte constitution, était, depuis son enfance, d'une très bonne santé habituelle. Elle n'avait jamais connu dans sa famille personne qui fût atteint de maladies d'estomac ou d'affections cancéreuses. Elle-même n'avait jamais éprouvé aucun trouble sérieux du côté des voies digestives, lorsque, il y a huit ans, elle reçut à la région épigastrique une contusion qui devint le point de départ de tous les accidents qu'elle éprouva depuis. Tandis qu'elle aidait à charger sur une voiture un meuble fort pesant, ce meuble, échappant des mains de ceux qui le portaient, vint la heurter violemment à la région épigastrique. Elle ressentit au moment même une douleur des plus vives et une extrême faiblesse; les jours suivants elle ne cessa d'éprouver un malaise extrême avec une pesanteur insupportable à la région épigastrique et un défaut complet d'appétit; cependant elle ne s'alita pas. Trois jours après seulement, elle eut une syncope subite et vomit une grande quantité de caillots noirâtres. Depuis lors, elle n'a jamais cessé de vomir chaque jour et après chaque repas la plus grande partie des aliments et des boissons qu'elle avait pris. Les vomissements survenaient souvent peu de temps, parfois plusieurs heures après qu'elle avait mangé. Jamais, dans l'intervalle des repas, elle ne vomissait de glaires; elle n'avait pas non plus de régurgitations acides. Elle éprouvait à la région épigastrique une douleur persistante, tantôt plus, tantôt moins vive, ordinairement supportable néanmoins, et qui avait le caractère d'une brûlure. Elle conservait encore de l'appétit et assez de forces pour continuer son métier de cuisinière. Elle était habituellement constipée; mais ses garde-robes ne présentaient, dit-elle, aucune coloration anormale. Depuis sa première hématémèse, elle n'a jamais vomi de sang, et huit jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une matière noirâtre se trouva mélangée aux matières vomies. Depuis lors, les douleurs aussi étant devenues plus vives, la malade vint demander des soins à l'hôpital de la Charité, où elle entra le 14 juillet 1856, dans le service de M. Bernard (suppléant M. Andral). Les seuls moyens de traitement mis en usage jusque-là avaient été du sous-nitrate de bismuth et des opiacés, qui n'avaient pas sensiblement modifié son état. Elle s'était trouvée mieux du régime de lait et de bouillon auquel elle avait été soumise pendant quelque temps, et qui avait rendu les vomissements un peu moins fréquents, mais dans lequel elle n'avait pas persévéré.

Je vis la malade le 15 juillet, lendemain de son entrée à l'hôpital, et je constatai chez elle les symptômes suivants:

Quoiqu'elle eût un peu maigri, à ce qu'elle assure, elle ne présentait cependant pas d'émaciation, ni surtout l'apparence cachectique. Sa peau n'avait nulle teinte jaunâtre, les joues étaient rosées; il n'y avait ni chaleur fébrile ni transpiration. La malade se tenait assise dans le lit, le corps courbé en avant, les traits contractés, et se plaignait d'une vive souffrance à l'estomac et de nausées extrêmement pénibles. La douleur qu'elle accusait était une douleur brûlante, sans élancements, sans sensations de piqûres. La langue était humide et rosée, l'appétit nul, la soif très vive, tellement que, depuis la veille, la malade avait bu quatre ou cinq litres de tisane. Elle vomissait encore de temps en temps, et ses vomissements étaient mélangés d'une matière noirâtre ressemblant parfaitement à de la suie délayée. Le ventre, médiocrement développé, était tellement douloureux, qu'il était impossible de le palper, du moins dans la région épigastrique. La malade accusait aussi une douleur vive vers le bas de la région dorsale; mais son état de vive souffrance et d'anxiété ne permettait pas de constater exactement la situation et l'étendue de ce point douloureux.

Tous les autres appareils parurent dans un état d'intégrité parfaite.

Les jours suivants, sous l'influence de la glace, de l'eau de Seltz, du sous-nitrate de bismuth et du régime lacté, les vomissements diminuèrent, et l'état de la malade s'améliora un peu. Elle demeura

---

mais la nécessité; personne non plus ne nie qu'un État ait le droit de réglementer l'exercice des professions. Mais est-il nécessaire, est-il bon de réglementer la profession médicale de la manière et par le procédé que vous dites? C'est la question, et cette question est entière après comme avant votre exemple. Quant à l'obligation imposée aux militaires qui désirent contracter mariage, elle peut être rapprochée de celle qui a pesé pendant six ou huit ans sur les élèves des séminaires, et ni l'une ni l'autre ne sont de nature à légitimer la condition dont on voudrait grever la profession médicale. Elles s'appliquent toutes deux à des corps salariés. Veut-on que le médecin soit rétribué par l'État? C'est un genre d'organisation qui a été proposé, organisation absurde, il est vrai, mais qui s'accommoderait avec le système du privilége, par la raison que la profession cesserait d'être libre. En attendant, il n'y a de logique et de digne que le droit commun. Le militaire n'est pas seulement salarié, il est à la disposition de l'État; il est, le mot est consacré dans la langue, *au service* de l'État. Voilà ce qui différencie radicalement le militaire du médecin, et voilà aussi pourquoi l'État peut s'ingérer à certaines affaires privées du premier, lui dicter les conditions de son mariage, l'envoyer ici ou là, l'obliger à se coucher à heure dite, sans qu'on puisse y voir, grâce à Dieu, un précédent à l'adresse du second.

Enfin, à notre sens, la mesure serait vaine. On ne remarque pas assez que le charlatanisme ne tire qu'une partie de sa source, et ce n'est pas la plus forte, de la pauvreté. Nous l'avons dit ailleurs, le charlatanisme n'est pas moins vivace dans les pays où la médecine est le plus lucrative; dans tous les pays, il ne fait que s'accroître à mesure qu'il enrichit; et il ne manque pas, il faut bien le dire, dans les régions favorisées de la profession. La misère engendre le charlatanisme grossier, celui de l'affiche, celui de l'annonce, celui des spécialités menteuses; la fortune et la célébrité ne vont que trop souvent de pair avec un charlatanisme raffiné, diplomatique, doré et sournois, qui se pratique dans le cabinet, dont les amis ou les obligés font les frais au dehors. Le second nous est plus odieux que le premier. C'est notre conviction, enfin, que, si la première forme de charlatanisme cause

même trois jours sans vomir, ce qui n'était jamais arrivé depuis huit ans. Mais ensuite les accidents reprirent leur cours sans qu'on ait pu savoir sous quelle influence, et la malade succomba le 22 juillet, huit jours après son entrée à l'hôpital. Pendant les quelques jours d'amélioration, le ventre étant devenu beaucoup moins douloureux, on avait pu pratiquer la palpation, et l'on avait senti à l'épigastre une résistance et une dureté exagérées, qui semblaient devoir faire craindre l'existence d'une induration cancéreuse de l'estomac. Cependant, la nature des douleurs, l'amélioration procurée à différentes reprises par le régime, l'absence de toute prédisposition héréditaire, et, par-dessus tout, l'absence de tout signe de cachexie cancéreuse, malgré la longue durée de la maladie, me firent penser qu'il ne s'agissait que d'un ulcère simple de l'estomac ayant peut-être pris son origine dans une lésion traumatique occasionnée par la contusion dont il a été question.

A l'*autopsie*, on trouva l'estomac divisé en deux parties à peu près égales et toutes deux globuleuses, par un rétrécissement situé à sa partie moyenne, et qui réduisait dans ce point sa circonférence à la moitié de ce qu'il était dans la partie la plus large. Ce rétrécissement ne se laissait nullement distendre par des tractions. Du reste, à ce niveau les parois de l'estomac n'étaient point altérées dans la plus grande partie de leur étendue ; mais, à la partie supérieure, on voyait, à travers la tunique péritonéale, une sorte de plaque blanchâtre, placée à cheval sur la petite courbure au voisinage du pylore, et allongée transversalement. L'estomac adhérait par sa face postérieure au pancréas dans une très petite étendue, près du pylore.

A sa face interne, on reconnut, dans un point correspondant à la plaque blanche qui vient d'être signalée, et sur la paroi antérieure, une grande ulcération, longue de 5 centimètres, large de 2, allongée transversalement, assez fortement déprimée. Son fond était mince; ses bords constitués par une sorte de bourrelet arrondi, un peu saillant, continu en arrière avec une cicatrice linéaire déprimée et bordée de chaque côté d'un bourrelet semblable au précédent. Le fond de l'ulcération était grisâtre et lisse, différant en cela de la muqueuse de l'estomac. Il n'y avait, du reste, d'injection ni de vascularisation bien marquée ni dans le fond, ni autour de cette ulcération.

La membrane muqueuse stomacale était à l'état normal dans tout le reste de l'organe, et conservait toute sa consistance ; elle était fortement colorée, mais seulement dans le renflement pylorique, par une matière noire analogue à celle que la malade rendait dans ses vomissements, et que ni le lavage, ni la macération ne purent faire disparaître.

En disséquant attentivement les différentes tuniques de l'estomac au voisinage de cette lésion, j'ai constaté la disposition suivante : La *muqueuse* de l'estomac arrivait jusqu'au bord de la perte de substance ; là elle adhérait intimement au tissu de ce bord, puis se continuait avec une sorte de membrane mince qu'on pouvait détacher du fond de l'ulcération. La tunique *celluleuse*, parfaitement distincte à une petite distance, s'épaississait, se condensait au niveau du bourrelet déjà signalé comme formant les bords de l'ulcération et de la cicatrice ; elle se confondait avec le tissu cellulo-fibreux dense, résistant, qui constituait ce bourrelet. Les fibres *musculaires* semblaient converger en rayonnant vers la cicatrice ; elles se serraient, s'épaississaient et s'hypertrophiaient visiblement en approchant des bords. Le plus grand nombre se perdaient dans le tissu cellulo-fibreux du bourrelet ; quelques-unes seulement passaient au-dessous du fond de l'ulcération. La tunique péritonéale était demeurée saine. A l'une des extrémités de l'ulcération, on apercevait un pinceau vasculaire assez volumineux plongé dans l'épaisseur de la tunique musculaire, qui se dirigeait vers le bord et pénétrait dans le bourrelet dont il était entouré.

L'examen des autres organes n'a point été fait.

Réflexions. — En somme, l'autopsie a permis de constater l'existence d'une solution de continuité intéressant dans une assez grande étendue les tuniques muqueuse, celluleuse, et la musculaire dans la plus grande partie de son épaisseur ; solution de continuité en partie cicatrisée, et ayant amené, par la rétraction du tissu cicatriciel, le rétrécissement du calibre de l'estomac. Cette lésion est la seule qu'il ait été possible de constater dans cet estomac, d'ailleurs parfaitement sain. Elle est donc la cause des accidents éprouvés par la malade. Or, ces accidents remontant sans interruption et sans modification aucune jusqu'à l'époque où la malade reçut un coup violent à l'épigastre, il faudrait admettre (en supposant exacts les renseignements donnés par elle) que la lésion dont ils dépendaient datait également de là. Il y aurait eu alors une déchirure de la muqueuse stomacale, puisqu'il survint une hémorrhagie abondante qui ne s'est pas renouvelée depuis, et cela au milieu de la plus parfaite santé. C'est cette déchirure qui, tardant longtemps à se cicatriser, peut-être à cause du contact continuel des aliments et du suc gastrique, aurait laissé à sa suite l'ulcération que nous avons vue.

Mais la plaie primitive était-elle aussi grande que le ferait supposer cette longue cicatrice et la rétraction qu'elle a subie? Ou bien, l'ulcération, primitivement petite, devenant serpigineuse, s'est-elle étendue peu à peu, avançant d'un côté tandis qu'elle se cicatrisait de l'autre ? C'est ce qu'il paraît assez difficile de décider, quoique la dernière hypothèse semble la moins improbable, en raison surtout de cette circonstance, que les accidents, loin de diminuer peu à peu, se sont, au contraire, progressivement accrus.

Quant à la matière noire qui apparut dans les vomissements quinze jours seulement avant la mort, peut-être

---

tant de préoccupations, c'est d'abord qu'elle est plus apparente que l'autre, plus dégradante pour la profession, ensuite que le nombre des praticiens besogneux est infiniment plus considérable que celui des praticiens riches. Nous confions ici au lecteur une des raisons pour lesquelles, éclairé par l'expérience, nous ne faisons pas volontiers notre partie dans le concert de malédictions dont on accable exclusivement les *pestiférés* de pauvre apparence. *L'âne vint à son tour....*

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. Dechambre.

La famille des Aztecs, Earthmen et autres curiosités vivantes se multiplie. Tous les habitants de Cincinnati accouraient naguère à l'exhibition d'une *femme sauvage* capturée dans les montagnes Waschita, et montrée par une commère. Elle était vêtue de peaux de bêtes. Dans une caverne voisine du lieu où elle avait été prise par des chiens, on avait trouvé un lit de feuillage, et près de là, chose horrible, des débris d'ossements humains. Les dames de Cincinnati, qui, à ce qu'il paraît, n'ont pas le goût des mœurs sauvages, ont décidé le juge Burgoyne à faire comparaître ce phénomène devant son tribunal. Douze médecins parmi lesquels MM. Doddridge, Wright et Murphy, ont été commis pour un examen détaillé. Quand il s'est agi de la déshabiller, l'habitante des bois a montré une pudeur absolument inconnue aux tigresses et aux panthères. Les médecins ont d'abord constaté que ses seins portaient d'anciens signes d'allaitement ; puis, voulant procéder à une inspection plus délicate, ils l'ont soumise à l'action du chloroforme. On l'a étendue sur la table ; elle s'est violemment débattue ; elle a poussé des cris, et, oubliant son rôle, a nettement articulé : *Oh ! my !* en bon anglais. Bientôt l'action du chloroforme s'est fait sentir, elle s'est endormie, et l'examen a montré... que cette sauvage était parfaitement *civilisée.*

Il est dommage que, sur l'ordre des juges, on l'ait enfermée ; nous l'aurions vue probablement à l'Académie de médecine.

— Par décret en date du 25 août 1856, M. Scrive, médecin principal de 1re classe, chef du service médical de l'armée d'Orient, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le docteur Alquié, admis à la retraite.

pourrait-on attribuer sa formation à l'érosion des vaisseaux que l'on voyait pénétrer dans l'un des bords de l'ulcération.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. AXENFELD.

« Messieurs, l'examen de la pièce qui a été mise sous vos yeux ne vous a pas laissé de doute sur la véritable nature de la lésion : c'était bien un *ulcère simple* de l'estomac, maladie dont tous les ans vous voyez ici un ou plusieurs exemples, et dont la réalité n'a pas besoin de vous être prouvée. On a peine à comprendre comment de pareils faits ne portent pas la conviction dans tous les esprits, et ce n'est pas sans étonnement que, dans une leçon clinique reproduite par les journaux, on lit ces mots : « Aujourd'hui la lutte est engagée entre ceux qui, avec M. Cruveilhier, admettent l'existence de l'ulcère de l'estomac, et ceux qui nient l'existence de cette maladie. » Est-ce que, en présence d'un fait acquis, simple d'ailleurs et facile à démontrer, la négation, la lutte sont scientifiquement possibles ? — Encore, s'il s'agissait d'une de ces curiosités cliniques qui, aperçues de loin en loin, laissent quelque place à la discussion ! Mais il s'en faut que l'ulcère de l'estomac doive être rangé dans cette catégorie de faits rares et exceptionnels. Les chiffres suivants, que j'emprunte à un travail du docteur Brinton (*Revue méd.-chir. de Londres*, janvier 1856) donnent une idée de la fréquence de cette altération, dont on va jusqu'à contester la possibilité.

» Sur 7226 autopsies de sujets ayant succombé à des maladies diverses, on a trouvé 360 ulcères de l'estomac, cicatrisés ou non!

» Et remarquez, messieurs, que dans ce nombre de 360 ne sont compris ni les faits de M. Cruveilhier, ni ceux de M. Rokitansky, ni une foule d'autres, le docteur Brinton ayant pris pour seule base de sa statistique les documents où se trouvaient indiqués à la fois le total des autopsies faites dans un service de clinique et le chiffre proportionnel des cas d'ulcères de l'estomac.

» Ce n'est donc pas la rareté de la lésion qui recommande à votre attention le fait rapporté par M. Potain ; mais on y remarque plusieurs particularités sur lesquelles je vous demande la permission d'insister.

» 1° Telle est d'abord l'étiologie, fort embarrassante, de l'affection. La malade racontait que, huit ans auparavant, elle avait reçu à l'épigastre un choc violent, qu'elle y avait alors ressenti une douleur extrêmement vive, et qu'après trois jours de malaise, d'inappétence, elle avait vomi une grande quantité de sang coagulé. C'est de ce moment qu'elle faisait dater la série des accidents auxquels elle a été en proie depuis. A l'en croire, sa santé, jusqu'alors, avait été excellente. Il en résulterait que l'ulcère de l'estomac aurait été la conséquence d'une lésion traumatique. Comme l'existence d'une cause de cet ordre n'a jamais été indiquée jusqu'à présent (car le docteur Brinton, dans son analyse si minutieusement exacte, n'en fait nulle mention, et notre président, dont l'expérience sur ce point est toute spéciale, n'a jamais non plus rien observé de semblable) ; comme, en outre, il est permis de mettre en doute l'exactitude parfaite des renseignements donnés par la malade, nous pensons, avec le présentateur, que le plus sage est de ne pas se prononcer à cet égard. Il est surtout une circonstance du fait de M. Potain, qui contrarie singulièrement l'hypothèse d'une cause traumatique : c'est le siége de l'ulcère à la partie postérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure : c'est, en effet, dans ce point que l'ulcère gastrique se montre de préférence, ainsi que l'ont démontré les recherches de M. Cruveilhier. Or, il n'est pas aisé de comprendre comment un corps volumineux venant à frapper l'épigastre aurait blessé la paroi postérieure et la petite courbure de l'estomac, en laissant intactes d'autres parties plus accessibles, et l'on imagine difficilement que la solution de continuité résultant de ce choc ait affecté précisément la position ordinaire des ulcères dits spontanés. Toutefois, l'histoire des contusions profondes nous offre plus d'une singularité de ce genre : plus d'une fois on a vu, en vertu d'un mécanisme parfaitement décrit par M. Velpeau, les couches superficielles transmettre aux couches sous-jacentes le choc qui les traverse sans les altérer elles-mêmes, et les effets de l'attrition se manifester exclusivement dans les parties profondes. Cela peut se produire surtout lorsque, dans le point où aboutit le choc ainsi transmis, se rencontre quelque corps résistant, comme le serait, dans l'espèce, la colonne vertébrale. Il ne serait donc *pas absolument impossible* que, dans le cas dont nous nous occupons, la solution de continuité primitive eût été la conséquence d'une action traumatique. Si l'on admettait ce point de départ, on comprendrait que certaines conditions inhérentes à la structure et aux fonctions de l'estomac eussent empêché la plaie de se cicatriser, et en eussent fait un véritable *ulcère ;* de même qu'on voit des plaies simples, mais entretenues par l'influence de la déclivité, la présence de varices ou des pansements irritants, être l'origine, et même l'origine la plus commune des ulcères des jambes. En vain objecterait-on, avec un de nos honorables collègues, qu'alors ce ne serait pas un ulcère, mais une plaie de l'estomac que M. Potain nous aurait montrée; car un ulcère, qu'est-ce, sinon une plaie qui ne guérit pas, qui tend au contraire à s'agrandir ou au moins à rester stationnaire? Que la solution de continuité, la perte de substance soient l'effet d'une division mécanique, ou bien qu'elles reconnaissent pour cause un travail de destruction intérieur, spontané, le résultat n'est il pas toujours le même ?

» Mais, encore une fois, avant de discuter cette hypothèse, il faudrait que le fait lui même fût d'abord bien établi, et le récit de la malade, avec quelque soin qu'on l'ait interrogée sur ses antécédents, ne saurait entraîner la conviction. Il se pourrait que le traumatisme eût joué ici le rôle d'une simple cause adjuvante, qu'il eût déterminé l'exaspération de symptômes jusque-là peu marqués, et dont la malade avait peut-être perdu le souvenir, puisque l'accident lui-même remontait à huit ans.

» 2° L'ulcère que vous a montré M. Potain était complétement cicatrisé. La cicatrice se composait d'une portion arrondie et d'une autre linéaire, prolongée sur la face postérieure de l'estomac, épaisse, froncée, plissée, et donnant l'idée d'un tissu inodulaire qui est parvenu au *summum* de sa rétraction (c'est à ce niveau que le pancréas adhérait à l'estomac).

» La portion circulaire de la cicatrice était parfaitement plane. D'où vient cette différence? On ne saurait, ce me semble, l'attribuer qu'à l'ancienneté plus grande de la portion linéaire ; tout au moins n'y a-t-il pas lieu d'invoquer pour cette explication la nature différente des tissus envahis par l'ulcération, condition à laquelle M. Cruveilhier attache cependant la plus grande importance. Quand l'ulcération ne dépasse pas la membrane muqueuse, dit M. Cruveilhier, la cicatrice est plane ; s'étend-elle jusqu'au tissu fibreux, à ce que l'on peut appeler la *charpente* de l'estomac, une cicatrice rétractile lui succède. Or, ce tissu était atteint et même

dépassé au niveau de la perte de substance circulaire qui occupait la petite courbure. En effet, la dissection de cette région a permis à M. Potain de voir que non-seulement la membrane muqueuse et la couche sous-jacente étaient complétement détruites et remplacées par un mince feuillet de tissu fibreux, mais que la presque totalité du plan musculaire avait également disparu. Quelques fibres assez rares passaient sous le fond de l'ulcère : le plus grand nombre s'arrêtait à ses bords. Là elles semblaient s'insérer au bourrelet fibreux dont ces bords étaient entourés.

» Cette dernière disposition est intéressante à observer. D'après la remarque judicieuse de Rokitansky, elle doit totalement changer le mode de contraction de l'estomac, puisque les fibres charnues de ce viscère se trouvent avoir un point d'attache qui leur manque à l'état normal. L'adhérence au pancréas a dû contribuer à donner de la fixité à ces insertions musculaires.

» 3° Une des particularités sur lesquelles M. Potain a insisté avec raison, est ce rétrécissement accompagnant l'ulcère et qui était porté au point de convertir l'estomac en un véritable bissac. C'est encore là une circonstance assez rare; toutefois, elle a été notée par plusieurs anatomo-pathologistes, et M. Cruveilhier l'a signalée dans ses premières observations. On prévoit quel trouble doit apporter aux fonctions de l'estomac sa division en deux compartiments, l'un pylorique, l'autre cardiaque; combien la dilatation de l'organe en doit être gênée; avec quelle peine, au prix de quelles souffrances, peut-être, doit s'effectuer le passage des aliments de l'une à l'autre de ses cavités, par-dessus la valvule saillante et rigide placée sur leur limite. Le présentateur a trouvé du sang altéré dans la portion pylorique, tandis que la portion cardiaque n'en contenait aucune trace, et il s'en rend compte par l'existence du même rétrécissement. Ajoutons que l'absence d'hématémèse s'explique ainsi tout naturellement : l'observation dit qu'après avoir vomi du sang coagulé au début de l'affection, la malade n'en avait plus rendu depuis, et ce n'est que dans les derniers jours de la vie qu'un vomissement mélanique a eu lieu : c'est que probablement le sang avait plus de difficulté à refluer vers l'œsophage qu'à descendre dans l'intestin; la coloration mélanique des selles a bien pu échapper à la malade ; de sorte qu'en somme l'absence d'hématémèse pendant de longues années n'autorise pas à nier dans ce cas la production des gastrorrhagies.

» 4° D'où venait le sang que la malade avait vomi et dont on trouvait encore les traces à l'ouverture de l'estomac? Il n'existait pas de rupture aux parois des vaisseaux d'un certain calibre ; on ne voyait pas non plus de ces érosions consécutives, sortes de *gerçures* des cicatrices de l'estomac, qui sont, dans l'opinion de M. Cruveilhier, la source la plus ordinaire de l'hématémèse chez les malades affectés d'ulcère. Seulement, à côté de la cicatrice, M. Potain a vu s'élever un pinceau de vaisseaux capillaires : ç'avait été là, selon toute apparence, la source de l'hémorrhagie. »

Fracture de la branche du pubis, guérison.

Les fractures du bassin ont un triste privilége, c'est d'être compliquées, et une condition plus fâcheuse encore, c'est d'être le plus souvent mortelles. Il ne faut point l'oublier toutefois, les lésions concomitantes font toute leur gravité, car en leur absence elles paraissent à tous égards susceptibles de guérison. On en a rapporté quelques faits; je n'ai point dessein de les rappeler, je me borne pour aujourd'hui à en consigner un nouveau.

Il est extrait d'un mémoire inédit sur les fractures et luxations du bassin.

Obs. — Ange Gustini, infirmier, renvoyé pour une faute légère du service des vénériens, chercha une consolation dans le vin : il n'y parvint que trop, et dans une profonde ivresse il se précipita le 19 mai 1856 à neuf heures du soir, du talus dans le fossé du rempart (5 à 6 mètres). Soit effet du vin, soit effet de la chute, il ne put se traîner et resta à la même place toute la nuit. Apporté à l'Hôtel-Dieu de Toulon (n° 10, salle des Blessés), on constata des contusions multiples et on les combattit par un traitement approprié ; un violent point de côté qui donna de l'inquiétude céda assez vite à l'emploi des saignées.

Au 8 juin tout allait pour le mieux : les forces étaient revenues, les ecchymoses ternissaient et étaient en train de disparaître, lorsque, en se frictionnant fortement la cuisse gauche, Gustini sentit *quelque chose qui se déplaçait.*

Ce déplacement, qu'il nous signala à la visite, fixa d'autant plus notre attention, que les internes ni nous même ne l'avions remarqué antérieurement. On n'avait pourtant pas négligé d'examiner cette partie : d'un côté le gouflement, de l'autre la douleur accusée, jointe à une forte ecchymose, nous l'avaient fait palper à plusieurs reprises et toujours sans résultat. M. Long, notre habile chirurgien en chef, n'avait pas été plus heureux. Il fallait donc le considérer comme de fraîche date et lui assigner une origine toute accidentelle.

Dès ce jour, et sur les indications du malade, il nous fut aisé de constater à la partie interne de l'aine et le long de la branche descendante du pubis, une petite tumeur de sensation osseuse, du volume et à peu près de la forme d'une amande. Longue de 25 à 30 millimètres, cette tumeur est mobile et peut être inclinée en dehors et en dedans ; en haut, par sa base, elle se continue avec le pubis; en bas, par son sommet, elle donne insertion à l'aponévrose du droit interne. Sa face antérieure, placée sous la peau, est légèrement rugueuse ainsi que le bord interne, le reste est inappréciable. Les mouvements de droite et de gauche qu'on lui imprime sont perçus par le malade et d'autant plus faciles que les muscles de cette région se trouvent dans le relâchement. En haut de la tumeur et en arrière, le palper accuse la non interruption du pourtour osseux et l'intégrité de la branche ascendante de l'ischion.

Nulle dans le repos et dans le décubitus, la douleur se réveille avec les mouvements. Portée à son plus haut degré, la flexion détermine une douleur piquante, en même temps qu'elle fait disparaître en partie la proéminence de la tumeur.

Dans l'extension, la douleur est très minime et la tumeur inclinée de haut en bas.

Dans l'abduction, la douleur est des plus vives et s'étend à tout le pli de l'aine, la tumeur se porte légèrement en dehors.

Dans l'adduction, la douleur est nulle ou à peu près, c'est le mouvement le plus aisé.

Le sujet s'assied et quitte la chaise avec gêne, mais peut rester assis sans inconvénient. Dans la station verticale la tumeur est tendue et dirigée de haut en bas. Les mouvements pour reculer, croiser les jambes et porter le pied en dehors se font avec lenteur et difficulté. Limitée au pli de l'aine et surtout au siége de la tumeur, la douleur s'accroît par la fatigue ; après une centaine de pas le repos est nécessaire.

Les antécédents du malade, et la conséquence de ces dernières données, nous firent tout aussitôt regarder cette tumeur comme un fragment osseux détaché de la branche pubienne ; la répétition fréquente de l'examen ne servit qu'à nous confirmer davantage dans cette opinion (1). Ce serait

(1) Ici toute erreur était impossible ; mais en l'absence de renseignements, on au-

donc là une de ces fractures esquilleuses que l'on rencontre quelquefois, et que nous même avons notée sur un piémontais qui nous fut apporté moribond. Du reste les os pelviens n'ont pas seuls ce privilége, et les lecteurs de la Gazette hebdomadaire connaissent le fait relaté par M. Giscaro, dans lequel un effort aurait détaché de l'humérus un fragment gros comme une amande.

Nombre de faits prouvent l'absence de déplacements dans les premiers temps d'une fracture; il en a été de même ici, et tant que l'action musculaire a été peu intense le fragment est resté en place, fixé par le périoste. Peut-être même la nature travaillait-elle à la consolidation; dix-huit jours s'étaient écoulés lorsqu'un mouvement inopportun est venu tout interrompre. Supposez un temps plus long et la fracture, passée peut-être inaperçue, n'était plus reconnaissable qu'au volume du cal.

Que faire en pareil cas? Le droit interne est loin par son action de favoriser le moindre rapprochement; d'autre part, un bandage, en même temps qu'il serait facilement relâchable, ne maintiendrait que très imparfaitement le fragment en position. Faut-il le détacher complétement en rompant les adhérences de sa base, ou bien, imitant la conduite de Maret, faut-il aller à sa recherche et l'énucléer? Ces deux derniers partis n'étant point sans danger, on n'a rien tenté et l'on a eu raison. En effet, aujourd'hui 10 juillet, la nature ou mieux l'habitude ont amélioré l'état de Gustini. Sans aucun doute le fragment est toujours mobile; mais les conditions physiologiques du membre se sont modifiées, les mouvements sont devenus plus aisés et le malade a pu reprendre son service d'infirmier. Il y a un peu de gêne, mais elle est si peu apparente qu'on ne s'en douterait pas au premier abord.

A. Puech,

Chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon

rail, dans un cas pareil, à discuter s'il ne s'agirait pas de matières osseuses déposées dans les muscles. M. Barth a observé une tige osseuse au centre du droit antérieur et a signalé sa mobilité sur l'épine iliaque antérieure et inférieure; nous-même avons noté pareille chose sur le biceps brachial d'un phthisique.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Hygiène. — *De l'usage alimentaire de la viande de cheval*, par M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*. — En présentant à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la viande de cheval*, M. Geoffroy Saint-Hilaire fait connaître verbalement l'objet de ce livre.

Cet ouvrage est le développement de vues exposées par l'auteur, à plusieurs reprises, dans ses cours au *Muséum d'histoire naturelle*. Suivant M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, la viande de cheval est à tort rejetée de l'alimentation de l'homme; ce qui le démontre, c'est qu'elle est saine, bonne et assez abondante pour prendre place très utilement dans l'alimentation du peuple.

L'auteur cite un grand nombre de faits et de documents d'où il résulte que la viande de cheval est reconnue bonne par les peuples les plus différents par leur genre de vie et les races les plus diverses; qu'elle est d'une innocuité parfaite à l'égard de l'homme sain, et, dans un grand nombre de cas, d'un emploi avantageux à l'égard de l'homme malade. Le cheval sauvage ou libre est chassé comme gibier dans toutes les parties du monde où il existe. Le cheval domestique lui-même est utilisé comme animal alimentaire en même temps qu'auxiliaire (parfois seulement comme alimentaire), en Afrique, en Amérique, en Océanie, dans presque toute l'Asie, et sur divers points de l'Europe. Sa chair a été souvent prise par les troupes auxquelles on la distribuait, dans les villes, par le peuple qui l'achetait, pour de la viande de *bœuf*. Elle a été, elle est plus souvent encore, et même très habituellement, débitée sous ce même nom ou comme viande de *chevreuil*, dans les restaurants (parfois de l'ordre le plus élevé), sans que les consommateurs soupçonnent la fraude ou s'en plaignent. Quand elle est suffisamment rassise et provenant de chevaux sains et reposés, elle est excellente comme rôti; et si elle laisse à désirer comme bouilli, c'est précisément parce qu'elle fournit un des meilleurs bouillons, le *meilleur peut-être* que l'on connaisse.

Dans la troisième partie de son ouvrage, M. Geoffroy Saint-Hilaire prouve, par des calculs statistiques, que la viande de cheval est abondante, et peut fournir des ressources importantes pour l'alimentation des classes laborieuses des villes et des campagnes.

Médecine. — *Note sur l'application de l'auscultation à la diagnose des lésions des parties profondes de l'oreille*, par M. *Gendrin*. — A l'aide du stéthoscope, ou même de l'oreille appliquée immédiatement sur celle du malade, l'auteur a remarqué les phénomènes suivants : Tandis que, dans l'état physiologique, chaque expiration fait retentir dans l'oreille moyenne un bruit de souffle grave, doux, éloigné, qui s'éteint avant la fin du mouvement expiratoire, si la membrane du tympan est perforée, ce bruit devient aigu, sec, parfois même sibilant et plus prolongé. La trompe est-elle rétrécie, il devient intermittent, et le souffle expiratoire semble alors formé de plusieurs souffles successifs, qu'accompagnent d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, des bulles crépitantes dues à des mucosités contenues dans le pavillon de la trompe ou dans la caisse du tympan. On entend aussi des crépitations dans la carie de l'oreille interne, ou lorsqu'il s'est formé, soit dans l'oreille interne même, soit dans les cellules de l'apophyse mastoïde, un foyer communiquant avec la caisse et la trompe non oblitérées; mais, dans ce cas, les crépitations sont graves et humides. Les ressources expiratoires de la toux rendent plus brefs, plus nets, et par conséquent plus faciles à percevoir, les bruits anomaux qui se rapportent aux diverses lésions internes de l'oreille dans les expirations simples.

L'inspiration ne produit pas de vibrations sonores perceptibles dans les organes de l'ouïe sains; mais si le tympan est percé, la trompe restant d'ailleurs perméable, on constate dans l'oreille, pendant l'inspiration, un souffle sibilant fort aigu et mêlé de crépitations humides, dont le malade lui-même a souvent conscience. La voix, entendue dans l'oreille, paraît plus grave et un peu vibrante; elle est entrecoupée de fréquentes intermissions, qui séparent brusquement les mots et même les sons syllabiques. Elle dégénère en un murmure confus et inarticulé, si la trompe est rétrécie ou si la caisse est remplie par des mucosités, par du pus ou par l'exostose centrale du rocher. Elle s'éteint et ne s'entend plus si la trompe est bouchée; elle est sifflante et s'accompagne de bulles crépitantes quand la membrane du tympan est rompue.

Dans l'état physiologique, le sifflement labial est transmis par l'oreille moyenne comme un souffle sibilant aigu venant de très loin. Il arrive affaibli et entrecoupé d'intervalles silencieux ou presque muets si la trompe est rétrécie, et si elle est obstruée, il ne s'entend plus du tout. Au contraire, dans les cas où la membrane du tympan est détruite, le canal de la trompe demeurant d'ailleurs libre, le sifflement devient très aigu et paraît très rapproché. Il semble au médecin que le malade lui siffle dans l'oreille.

Dans la plupart des cas, on peut vérifier les bruits anomaux, en auscultant comparativement l'une et l'autre oreille; car il est bien rare de rencontrer des deux côtés et au même degré la même lésion. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

PHYSIOLOGIE. — *Influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie;* par M. *Oré*. — Pendant son internat à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, l'auteur eut occasion d'observer, dans le service de M. *Gintrac*, un malade qui mourut à la suite d'une hydropisie ascite. A l'ouverture cadavérique on constata que la veine porte était oblitérée, et que néanmoins la vésicule biliaire était pleine de bile. Ce fait semblait infirmer la théorie physiologique qui considère la veine porte comme fournissant au foie les matériaux de la sécrétion biliaire. Il y avait dès lors un grand intérêt à consulter la physiologie expérimentale. M. Oré a entrepris sur des chiens de nombreuses expériences. Dans les premières, il mit à découvert le tronc de la veine porte, plaça une ligature autour et la serra de manière à interrompre immédiatement la circulation. Trois chiens n'y survécurent pas plus d'une heure. A d'autres chiens, M. Oré injecta, dans le tronc veineux, une solution concentrée de tannin ou du perchlorure de fer, pour amener la formation d'un caillot, et par suite, une oblitération. Les chiens succombèrent plus rapidement encore que dans le cas précédent.

Alors l'auteur employa un procédé qui lui réussit parfaitement et qu'il décrit ainsi : « Je fais le long du rebord des fausses côtes droites une incision qui intéresse toute l'épaisseur des parois abdominales, puis je plonge l'index de la main gauche, disposé en forme de crochet, sous la face inférieure du foie, de manière à saisir les vaisseaux et à les amener jusqu'à l'ouverture pratiquée. J'isole rapidement, à l'aide d'une sonde cannelée la veine porte de l'artère hépatique et des canaux biliaires. Je passe autour d'elle, sans le nouer, un fil disposé comme une anse, et dont les deux extrémités très longues sortent par la plaie et sont attachées sur le dos de l'animal. Je réunis la plaie par trois ou quatre points de suture, et je laisse le fil autour de la veine pendant cinq ou six jours au plus. Après ce temps, je l'enlève en tirant sur l'une de ses extrémités, et je laisse l'animal entièrement libre. »

De toutes ses expériences, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes : — 1° La sécrétion de la bile ayant continué malgré l'oblitération partielle ou complète du tronc de la veine porte, ce n'est donc pas le sang de cette veine qui fournit les matériaux de cette sécrétion. C'est donc aux dépens du sang de l'artère hépatique que le foie sécrète ce liquide. La sécrétion biliaire, comme toutes les autres, se fait aux dépens du sang artériel. (L'auteur a établi dans son mémoire pourquoi les oblitérations de l'artère hépatique ne peuvent servir à juger la question, et ne peuvent infirmer en rien la conclusion qui vient d'être énoncée.) — 2° La sécrétion du sucre, par le foie, n'ayant pas été altérée par suite de l'oblitération de la veine porte, il est évident que la production de la matière sucrée est, comme l'a établi M. *Cl. Bernard*, une sécrétion propre du foie, et complétement indépendante de l'alimentation. — 3° Les matières, albuminose et glycose, résultant de la digestion des substances féculentes et albuminoïdes, ne pouvant plus traverser le foie, ne sont cependant pas perdues pour l'organisme, à cause de cette circulation anastomotique qui s'établit entre la veine mésaraïque supérieure et la veine cave inférieure. — 4° Enfin, et c'est avec la plus grande réserve que l'auteur émet cette dernière conclusion, le sang artériel ne peut-il pas jouer un certain rôle dans la formation du sucre hépatique comme dans celle de la bile?

M. *Andral* cite un fait qu'il a observé dans sa pratique médicale, et qui offre des résultats parfaitement concordants avec ceux qu'a obtenus M. Oré. Un malade chez lequel des signes extérieurs faisaient soupçonner une oblitération de la veine porte (oblitération qui existait, en effet, ainsi que le prouva l'autopsie), non-seulement ne présentait point les symptômes qui indiquent une suspension de la sécrétion biliaire, mais encore fournissait la preuve que la fonction glycogénique persistait, car il était diabétique. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Note sur les effets qui suivent l'ablation des capsules surrénales*, par M. *Gratiolet*. — L'auteur rappelle les expériences qu'il a faites dans le cours de l'hiver 1853-1854 sur des cochons d'Inde exclusivement, dans le but d'étudier les fonctions des capsules surrénales.

I. *Animaux opérés du côté gauche.* — M. Gratiolet conclut de cette première série d'expériences : 1° que par elle-même l'ablation d'une capsule surrénale sur les cochons d'Inde n'entraîne point la mort; 2° qu'elle ne détermine point des convulsions nécessaires; 3° que les capsules surrénales blessées se cicatrisent et guérissent.

II. *Animaux opérés des deux côtés à la fois.* — Tous sont morts dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, avec des signes d'hépatite et de péritonite.

III. *Animaux opérés de la capsule droite seulement.* — Tous sont morts dans le même laps de temps, avec les mêmes lésions.

M. Gratiolet, passant à l'interprétation de ces faits, pense que la mort, qui suit l'ablation de la capsule droite, ne tient pas à la soustraction de cette capsule en tant que capsule surrénale, mais bien à ses rapports anatomiques avec la racine du foie et la veine cave inférieure, à laquelle elle est, pour ainsi dire, accolée. Il estime donc que la mort est suffisamment expliquée par l'hépatite et la péritonite qui se sont développées.

Si la mort est inévitable après l'ablation de la capsule droite, elle l'est *à fortiori* après l'ablation des deux capsules. Ainsi cette expérience n'ajoute rien aux autres, et l'on n'en peut rien conclure. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Recherches concernant l'action de la strychnine sur la moelle épenière*, par M. *Harley*. — L'auteur a répété les expériences qui tendent à démontrer que la strychnine agit d'une manière spéciale sur le système nerveux, et qui consistent à appliquer directement cette substance sur la moelle épinière elle-même, après avoir arrêté la circulation du sang par l'excision du cœur. Dans ce cas, il a vu d'abord, comme tous les physiologistes, l'animal pris de convulsions tétaniques aussi fortes que si le cœur n'eût pas été retranché; mais en poursuivant ses recherches dans cette même voie, il a été forcé de reconnaître que l'action tétanique qui se manifestait n'était point due au contact de la strychnine avec la substance nerveuse de la moelle épinière, mais bien à l'absorption de ce poison par les vaisseaux capillaires environnants.

L'auteur a expérimenté sur des grenouilles, des crapauds et des couleuvres. Il a remarqué que l'action de la strychnine se manifeste d'une manière progressive d'une extrémité à l'autre de la moelle épinière, et il s'est assuré que l'action des différents centres spinaux est indépendante.

Ses différentes expériences lui ont démontré que la strychnine mise directement en contact avec la substance nerveuse n'agit aucunement comme un poison; qu'elle agit de la manière toxique la plus violente aussitôt qu'elle arrive dans la moelle épinière par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, d'où l'auteur conclut que la strychnine agit chimiquement sur le sang, et qu'alors ou bien elle prend elle-même les propriétés toxiques qu'on lui connaît, ou bien qu'elle en communique de semblables au sang. (*Comm.* : MM. Flourens, Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Chalerand* sur le service médical des eaux thermales de Monestier (Hautes-Alpes) en 1854. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Fuzet du Pouget* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche), pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Marne, de l'Eure et de la Moselle. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une note intitulée : Quelques faits à propos de la *maladie d'Addison*, par M. *Puech*, chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon.

M. Trousseau, *rapporteur.*) — *b*. Un mémoire ayant pour titre : De la respiration amphorique dans la pleurésie, par M. le docteur *Landouzy* (de Reims). — *c*. Un travail sur l'inoculation post-vaccinale, par M. le docteur *Papillaud* (de Saujon.)(*Commission de vaccine.*) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Putégnat* (de Lunéville), qui sollicite le titre d'associé national. — *e*. Une lettre de M. le docteur *Bonnafont*, membre correspondant, dans laquelle l'auteur indique les circonstances qui nécessitent la circoncision, et donne la préférence à son procédé sur celui de M. Ricord. (*Insertion au Bulletin.*)

Dans mon procédé, dit l'auteur, je fixe la muqueuse à l'aide d'une pince dilatatrice interne, dont l'introduction est des plus faciles, laquelle en se déployant dans la cavité préputiale tend fortement la muqueuse, et fixe très solidement le membre viril. Cette pince, une fois introduite et déployée, est confiée à un aide. L'opérateur alors n'a qu'à tendre la peau en arrière avec le pouce et l'index de la main gauche, à fixer ainsi le gland en le refoulant en bas et en arrière, et puis à couper, soit avec un bistouri, ou mieux avec des ciseaux un peu forts, l'excédant du prépuce qui dépasse les doigts. On peut, si l'on veut, remplacer les doigts par les branches d'une pince. Tout cela se fait dans quelques secondes seulement, sans qu'on puisse jamais faillir au résultat désiré, et la section de la peau et de la muqueuse est constamment faite au même niveau. Du reste, le procédé de M. Ricord, considéré dans sa généralité, ressemble entièrement, comme l'a dit M. le professeur Malgaigne, à celui de Guillemau, moins toutefois l'aiguille et le *tracé*. On doit reconnaître, cependant, que l'aiguille constitue à elle seule une manifestation très importante de ce mode opératoire.

3° M. *Gobley* adresse un travail intitulé : *Essais analytiques sur la liqueur lactescente de MM. Gaudin et Choumara*. L'auteur établit que ce liquide ressemble au lait ordinaire par son aspect, mais qu'il en diffère essentiellement par ses autres qualités physiques, par ses propriétés chimiques et sa composition (*Commission déjà nommée.*)

4° M. *Mialhe* adresse une lettre à l'Académie en réponse aux argumentations de M. Poggiale contre la *théorie du diabète*. L'auteur pose ces deux questions : « Pourquoi la glycose disparaît-elle dans l'économie? Pourquoi le sucre de canne ne disparaît-il pas ? »

Il y répond de la manière suivante :

« Le sucre de canne ne disparaît pas parce que, pour subir les réactions de l'économie, il doit passer à l'état de glycose, mutation qui ne peut avoir lieu dans le sang alcalin, mais qui s'effectue pendant la digestion.

» La glycose disparaît, parce qu'elle est toute disposée aux réactions chimiques, et que, trouvant dans le sang les alcalis nécessaires à sa combinaison avec l'oxygène, elle brûle en se transformant en eau et en acide carbonique : transformation que nous voyons parfaitement s'opérer en dehors de l'économie. Que si la glycose ne trouve pas dans l'organisme les alcalis nécessaires à sa combustion, elle est rejetée comme le sucre de canne. » (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

Lectures et mémoires.

REMÈDES SECRETS. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes nouveaux.

Après quelques paroles échangées entre MM. *Londe*, *Bouchardat* et *Boullay*, les conclusions de ces rapports sont adoptées.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Buignet* lit un travail *sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales*, suivi de *Considérations sur la constitution des eaux de Vichy*. — Ce nouveau procédé est fondé sur l'emploi du *vide barométrique*. Lorsqu'on introduit dans le baromètre une eau gazeuse quelconque, telle que l'eau de Vichy, de Spa et de Bussang, l'acide carbonique, qu'elle tenait en dissolution, se dégage instantanément pour remplir l'espace vide qui lui est offert. S'il se dégageait ainsi en totalité au sein de l'eau, rien ne serait plus facile que d'en obtenir la mesure exacte. Mais la chambre barométrique étant toujours très limitée, les premières portions de gaz qui se dégagent ne tardent pas à y former atmosphère et à exercer une pression suffisante pour arrêter le dégagement des autres parties. Il en résulte que, même dans cette condition, l'eau minérale en retient encore une quantité assez notable ; et comme cette quantité varie selon les circonstances, il importe de pouvoir la calculer chaque fois. Or, la quantité d'acide carbonique retenue encore par l'eau minérale de l'expérience est précisément celle qui correspond à la saturation de l'eau pour les conditions nouvelles où elle se trouve. Les chiffres qui expriment la solubilité de l'acide carbonique pour toutes les températures comprises entre 0° et 20°, et pour la pression normale 760°, ont été déterminés par M. Bunsen, dans un travail récent *Sur l'absorption des gaz*. Ce savant a reconnu, en outre, que la loi établie par MM. Henry et Dalton pouvait s'appliquer à toutes les pressions possibles, même à celles qui sont le plus voisines du vide. Les chiffres de M. Bunsen et la loi de MM. Henry et Dalton seront donc les bases du calcul.

M. Buignet a fait de nombreuses recherches comparatives au moyen du nouveau procédé, et les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les eaux minérales, exposées à l'air libre, éprouvent une perte de gaz continuelle, tant que l'acide carbonique, qu'elles retiennent encore, n'a pas atteint l'état de raréfaction de celui qui se trouve répandu dans l'air. Leur terme d'épuisement est donc absolument le même que celui des dissolutions gazeuses simples ; mais elles en diffèrent par le temps beaucoup plus long qu'elles exigent pour y arriver.

2° Les pertes éprouvées dans le même temps et dans les mêmes circonstances par des eaux de nature très diverse, telles que celles de Vichy, de Pougues, de Soultzmatt, de Spa et de Bussang, ne sont plus en rapport avec les nombres qui expriment leur richesse en gaz libre. L'eau des *Célestins*, plus riche que l'eau de Spa, perd cependant moins d'acide carbonique dans le même temps ; et l'on remarque que les eaux alcalines sont, en général, celles où domine la force d'attraction et où le dégagement du gaz éprouve le retard le plus considérable. (*Renvoi à la section de pharmacie.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur *Broca*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et chirurgien des hôpitaux, lit un travail *Sur le traitement abortif des bubons vénériens suppurés*. — L'auteur distingue deux périodes dans l'évolution du bubon vénérien. Dans la première les ganglions lymphatiques sont seuls attaqués ; dans la seconde l'inflammation suppurative se propage aux parties environnantes. C'est cette propagation, suivant M. Broca, qui est la cause des principaux accidents du bubon.

En vain les vésicatoires, les sangsues, les frictions plus ou moins résolutives, les cataplasmes, la compression, ont été employés contre les complications graves de la seconde période. Il y a une cause qui devait presque toujours les faire échouer : c'est la petite collection purulente et souvent virulente qui existe au centre de chacun des ganglions engorgés, et qui, quoi qu'on fasse, tend à s'accroître et à s'ouvrir dans le tissu cellulaire.

Ce n'est que lorsque l'abcès péri-ganglionnaire est bien développé et la fluctuation évidente, qu'on fait intervenir les moyens réellement chirurgicaux, les grandes incisions ou les ponctions multiples auxquelles M. Broca donne la préférence.

Tous les modes de traitement opposés jusqu'à présent à ces complications laissent, suivant l'auteur, beaucoup à désirer. Il lui a paru qu'ils avaient tous l'inconvénient commun de n'agir sur le bubon que lorsqu'il a déjà produit dans le tissu cellulaire environnant de graves altérations.

M. Broca s'est demandé s'il ne serait pas préférable de prévenir le développement de l'abcès, en attaquant le bubon à sa première période, et en évacuant le pus avant qu'il ait eu le temps de franchir les limites du ganglion.

Il décrit lui-même sa méthode de traitement de la manière suivante :

« Dès que la tumeur naissante a acquis le volume d'une petite noisette, on la saisit entre deux doigts de la main gauche, de manière à fixer à la fois la peau et le ganglion, et l'on plonge directement un bistouri aigu jusqu'au centre du ganglion ; sans lâcher prise, on retire le bistouri qu'on remplace par une sonde cannelée, alors on exerce une très forte pression latérale sur la petite tumeur. On voit bientôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse ; c'est le pus encore mal élaboré qui existait au centre du ganglion. On exprime la

tumeur jusqu'au sang afin d'être bien certain de n'y pas laisser du pus; cette manœuvre est ordinairement assez douloureuse. S'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide aussi successivement, dans une seule séance, par autant de ponctions distinctes.

» La tumeur, après l'opération, se trouve réduite à un moindre volume; mais elle persiste encore en grande partie, la substance solide des ganglions n'ayant pu être expulsée à travers les ponctions.

» Le lendemain la tumeur s'est légèrement accrue, mais elle est ordinairement moins volumineuse qu'avant l'opération. Il s'est formé une petite quantité de pus, qu'il faut évacuer. La petite ouverture de la peau s'est déjà refermée, mais on y pénètre aisément avec la sonde cannelée, qu'on pousse jusqu'au centre du ganglion; on comprime de nouveau très fortement la tumeur pour évacuer la totalité du pus, et l'on recommence ainsi chaque matin, pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la suppuration soit tarie, ou que la petite ouverture soit devenue fistuleuse. »

Dans le but de protéger l'ouverture de la ponction contre l'inoculation chancreuse produite par le pus virulent, M. Broca fait suivre l'évacuation quotidienne du pus d'une injection iodée. Il a pu vérifier l'efficacité de cette injection, dans un cas où l'inoculation artificielle pratiquée sur la cuisse avait fourni un résultat positif : cependant, suivant l'auteur, l'injection iodée n'est qu'accessoire dans ce mode de traitement, et ses bons résultats doivent être attribués à l'évacuation précoce du pus. M Broca rapporte plusieurs faits à l'appui de cette opinion.

« J'ai traité jusqu'ici, ajoute l'auteur, neuf bubons par l'ouverture *prématurée*, avec ou sans injection iodée, et dans aucun cas je n'ai vu survenir le moindre accident. La suppuration du tissu cellulaire, le décollement et l'ulcération de la peau ont été constamment évités. Une fois la guérison complète a été obtenue en quatre jours, trois fois en cinq jours, une fois en six jours, c'est-à-dire que plus de la moitié des bubons ont été guéris en moins d'une semaine, et je pense qu'aucune autre méthode n'a fourni d'aussi beaux résultats. Dans les autres cas la guérison a été moins prompte; elle s'est fait attendre douze jours, treize jours, trente-sept jours, et une fois, enfin, elle n'a été complète qu'au bout d'un mois et demi. Dans ces deux derniers cas, la méthode a échoué en ce sens qu'elle n'a pas fait avorter le bubon; néanmoins elle a atteint son but, attendu que l'inflammation et la suppuration sont restées limitées aux ganglions.

» Le traitement abortif que j'ai mis en usage, dit en terminant M. Broca, n'a pas la prétention de faire avorter, à proprement parler, le bubon; mais en l'arrêtant à sa première période, et empêchant le développement des complications qui lui donnent sa gravité, il en modifie entièrement la marche, il en abrége considérablement la durée, il transforme une affection sérieuse en une affection légère. On peut dire, par conséquent, que, s'il ne fait pas avorter *l'adénite*, il fait réellement avorter le *bubon*. » (*Comm.:* MM. Ricord, Gibert et Larrey.)

Hydrologie. — M. *Patissier*, en son nom et au nom de M. *Henry*, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Sales-Girons*, ayant pour titre : *Étude médicale sur les inhalations respiratoires d'eaux minérales, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds (Oise)*. — A l'aide d'un appareil particulier, l'eau sulfureuse est divisée au point de se répandre dans l'atmosphère sous la forme d'une *espèce de fumée blanche*. En séjournant dans la salle de respiration, même ouverte, on est frappé d'une odeur sulfureuse non désagréable. Les divers réactifs font reconnaître l'existence de toutes les substances signalées dans les eaux de Pierrefonds, et la présence des éléments sulfureux à côté de certaines quantités d'hyposulfite n'y est pas douteuse. Les applications faites par M. Sales-Girons de la nouvelle méthode inhalatrice ont parfaitement répondu à ses espérances.

Conclusions : 1° Remercîments à l'auteur de sa communication, 2° dépôt de ce travail aux Archives. (*Adopté.*)

Anatomie comparée. — M. le docteur *Poinsot* met sous les yeux de l'Académie un pancréas de bœuf, et démontre qu'il existe, chez cet animal, *un second conduit pancréatique s'ouvrant dans le canal cholédoque.* — Sur l'homme, le singe, le chien, le cheval, la chèvre, le lapin et la plupart des animaux supérieurs, on a trouvé deux conduits pancréatiques : chez les oiseaux, il y en a jusqu'à trois, quatre et cinq. Dans des recherches précédentes, M. Poinsot a pu suivre par la dissection, sur un pancréas de veau, deux conduits excréteurs excessivement ténus jusque dans le canal cholédoque où ils venaient se jeter. M. Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, affirmait en avoir trouvé deux aussi sur le bœuf. M. Poinsot a répété et vérifié les recherches de M. Béraud.

Pour démontrer l'existence du second canal pancréatique chez le bœuf, l'auteur ouvre non-seulement le duodénum par son bord libre, mais encore les canaux cystique et hépatique et la vésicule biliaire; puis il adapte un tube de l'appareil à hydrotomie de Lacauchie au conduit pancréatique principal. On voit alors, avec la plus grande netteté, l'eau sourdre, tantôt par un, tantôt par deux, trois ou quatre petits pertuis, à la naissance du canal cholédoque, là où les deux canaux cystique et hépatique se réunissent pour le former. En essuyant la surface de ces canaux et ouvrant et fermant alternativement le robinet de l'appareil, on voit immédiatement l'eau sourdre dans le point indiqué. Si l'on a soin de laisser de l'air dans l'appareil, cet air chassé par l'eau vient sortir par l'ouverture unique ou les ouvertures, sous forme de bulles. Puisque l'air et l'eau, poussés par le canal de Wirsung, sortent si facilement dans ce point du canal cholédoque, et là seulement, il est bien évident qu'il y a une communication directe entre ces deux points extrêmes, et que cette communication ne peut être qu'une branche du canal pancréatique lui-même.

Il y a donc chez le bœuf un conduit pancréatique qu'on ne soupçonnait pas, et qui permet au fluide du pancréas, non-seulement de parvenir dans l'intestin, mais encore dans le canal cholédoque, et cela d'autant plus sûrement que le canal de Wirsung aura été lié. Or, on n'a pas oublié que c'est sur cette ligature que sont basées les expériences de M. Colin, tendant à prouver que le suc pancréatique est inutile à l'émulsion de la graisse.

Le mélange que l'existence de ce canal pancréatique accessoire entraîne nécessairement entre la bile et le liquide pancréatique peut expliquer pourquoi plusieurs physiologistes, avant M. Claude Bernard, ont attribué à la bile un pouvoir émulsif qui ne lui appartient point quand elle est pure. (*Commission nommée pour l'examen du travail de M. Colin.*)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉRARD.

— M. *Ch. Bernard* lit un mémoire *sur les lésions valvulaires des cavités droites du cœur, à propos d'un cas de rétrécissement siégeant dans le ventricule droit.*

M. Ch. Bernard n'a trouvé dans la science qu'un cas analogue au sien, et ses recherches l'ont amené à conclure que les lésions valvulaires de l'orifice pulmonaire congénitales ou développées à l'époque de la naissance, quand il existait une communication anormale entre les cavités droites et les cavités gauches, se montraient aussi fréquemment que se produisent rarement les lésions valvulaires des cavités droites acquises dans le courant de la vie.

— M. *Bérard* fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. le professeur *Forget* (de Strasbourg), intitulé : *Précis théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.*

— M. *Marrotte* lit un travail ayant pour titre : *Observation de calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne, qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen.* — Une dame, âgée de soixante

et quelques années, fait le sujet de cette communication. En résumant l'observation, M. Marrotte s'exprime en ces termes :

« Considérée dans son ensemble, cette maladie a présenté trois phases distinctes. Pendant la première, qui a été fort longue, l'affection calculeuse du foie n'a manifesté sa présence que par des douleurs revenant à de grands intervalles, de courte durée et assez légères pour ne pas fixer l'attention de la malade. Elles étaient habituellement provoquées par l'ingestion des aliments. C'est en 1855 seulement que s'est manifesté le premier accès violent; encore n'était-il pas très caractéristique de l'existence des calculs, puisqu'il s'accompagnait d'irradiations évidemment névralgiques sur la peau du ventre et qu'il n'a pas été suivi de coloration jaune, non-seulement de la peau, mais des conjonctives et des urines.

» La seconde phase est caractérisée par le développement d'accidents aigus survenus dans l'hypochondre droit, comme les précédents, mais qui en différaient par la nature des douleurs, par leur durée, par la tension de la vésicule et par l'existence de la fièvre. Cette phase doit correspondre à une inflammation ulcérative de la vésicule, qui a établi une communication entre elle et le duodénum, et a permis le passage de calculs volumineux qui avaient tenté en vain de se frayer une sortie par les voies habituelles. La composition du calcul me paraît confirmer cette manière de voir, puisqu'il était entièrement composé des matériaux de la bile.

» Enfin, et c'est ici que commence la troisième phase, les accidents d'étranglement n'ont été séparés des phénomènes d'inflammation que par un intervalle de quelques semaines.

» Les symptômes déterminés par l'arrêt du calcul dans les intestins grêles sont remarquables par leur similitude avec les symptômes énumérés dans les cinq observations dues à MM. Mayo, Monod, Renaut, Broussais et Puyroger.

» Invasion subite des accidents, apparition d'une violente douleur abdominale, qui revient d'abord sous forme de colique chez ma malade; douleur bientôt suivie de vomissements, qui surviennent assez brusquement et qui sont enrayés, mais non suspendus par la glace et les narcotiques. Les matières vomies, d'abord alimentaires, puis bilieuses, deviennent rapidement verdâtres, d'un jaune verdâtre, et enfin stercorales.

» L'identité est plus complète encore pour les symptômes locaux. Le résumé très exact fait par M. Fauconneau-Dufresne des cinq observations qu'il a rassemblées, rappelle exactement ceux de mon observation : abdomen très douloureux, ballonné à l'épigastre et dans sa partie supérieure, plat et comme empâté dans sa partie inférieure ; constipation constante ; on sentait des fèces dans le gros intestin.

» Mais ce qui constitue le véritable intérêt de mon observation, c'est le déplacement du corps étranger après l'exploration de l'abdomen, comme chez le malade du docteur Mayo, déplacement qui s'est accompagné dans les deux cas d'une sensation semblable. C'est enfin le rapprochement à établir entre ces deux faits et qui conduirait à pratiquer, dans un but thérapeutique, une manœuvre qui n'avait pour but que d'arriver au diagnostic. Si pareil cas se représentait, ne serait-il pas rationnel, non pas seulement de palper le ventre, mais de le malaxer, en quelque sorte, avec précaution, afin d'obtenir un résultat bien désirable, puisque tous les moyens rationnels ont échoué quatre fois sur six? »

M. *Bouvier*. La manœuvre qui a été suivie d'une rapide amélioration chez la malade de M. Marrotte, n'est pas chose nouvelle. C'est un moyen employé usuellement à Stockholm et à Berlin, où l'on prétend méthodiquement traiter par le massage et avec succès la constipation et les étranglements ; on agit d'une façon différente suivant les affections.

M. *Moutard-Martin*. Je ne vois rien dans l'observation de M. Marrotte qui puisse l'autoriser à dire qu'il y a eu perforation de la vésicule biliaire. Il me paraît bien plus probable que le calcul a été arrêté dans les voies biliaires, où il a produit les symptômes inflammatoires signalés; puis, étant tombé dans l'intestin grêle, il y a déterminé les symptômes d'étranglement.

M. *Legroux* adopte l'interprétation de M. Moutard-Martin sur le fait de M. Marrotte, et croit aussi à la facilité du passage de gros calculs dans le canal cholédoque. Il ne peut admettre qu'il y ait une perforation de la vésicule, parce que cette perforation donne lieu à la gangrène et à des symptômes plus graves que ceux qui ont été observés.

M. *Marrotte* soutient que la perforation de la vésicule dans l'intestin est sans grand danger, parce qu'alors l'inflammation est graduelle et qu'elle produit des adhérences.

M. *Béhier* pense que les signes d'étranglement doivent tenir à la seule présence du calcul à l'orifice du canal cholédoque. Il s'est passé ici ce que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin, qui donne lieu à tous les symptômes d'un étranglement interne. Le calcul n'a pas pu oblitérer le duodénum ; l'intestin est trop dilatable sur toute sa longueur pour que l'on puisse y croire. Il y a donc eu, dans le fait de M. Marrotte, chute du calcul dans l'intestin, par suite des manœuvres de palpation, puis cessation des accidents.

M. *Marrotte* doute que l'engagement des calculs par moitié dans l'orifice intestinal des voies biliaires puisse produire le vomissement de matières fécales.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Essai sur la pneumonie chronique, par le docteur Raimbert.

Études sur la pneumonie chronique, par le docteur Cotton.

Sur l'induration pulmonaire, par le docteur R. Heschl.

Il est encore des anatomo-pathologistes qui contestent l'existence de la pneumonie chronique. Voici, par exemple, comment s'exprime, à ce sujet, M. Forster, professeur à l'université de Goettingue, dans un Manuel d'anatomie pathologique qui n'a pas trois ans de date : « *Il n'existe pas, à proprement parler, de pneumonie chronique;* mais on nomme chroniques des pneumonies dont les exsudats se métamorphosent lentement (surtout quand elles se terminent par induration), ou des pneumonies qui consistent dans une induration lente et progressive autour de dépôts tuberculeux, d'abcès crétifiés, de tumeurs, de kystes, etc., du poumon. » (Traduct. de M. Kaula, p. 264.) Cette opinion exclusive, qui a été longtemps celle de beaucoup d'observateurs, n'est plus guère partagée en France. Les uns regardent la pneumonie chronique *simple* ou *primitive* comme très rare, mais en lui assignant des caractères bien distincts; les autres la regardent comme assez commune. Cette dissidence dépend des conditions que les auteurs imposent à la démonstration du fait morbide. Les indurations pulmonaires de date ancienne n'étant pas rares sur le cadavre, principalement chez les vieillards, il est clair que la difficulté ne peut porter que sur la signification à attribuer à ces indurations. Or, en premier lieu, puisqu'il faut d'abord que la maladie, pour mériter le nom de chronique primitive, ne soit pas le reliquat d'une pneumonie aiguë depuis longtemps guérie, mais ait, en réalité, procédé avec lenteur, il serait, sinon indispensable, du moins très important, d'avoir observé le malade et bien constaté la nature des symptômes. Si la marche de l'affection avait été, en effet, chronique; si de plus les symptômes avaient été ceux d'une affection inflammatoire (douleurs thoraciques; crachats visqueux, parfois sanguinolents ; fièvre hectique, etc.); si enfin, à l'autopsie, on rencontrait une induration non accompagnée de tubercules ou de cancer, ou de toute autre complication de ce genre, on aurait tous les éléments d'une solution affirmative. Les observateurs qui exigent de telles conditions doivent trouver rare la pneumonie chronique. Mais la question n'en est pas réduite absolument à ces termes. On peut rechercher, par exemple, si la lésion réputée constitutive de la pneumonie chronique simple ressemble ou non aux indurations qui se forment lentement autour des masses tuberculeuses ou cancéreuses, et dont le

caractère phlegmasique n'est pas contesté; on peut aussi examiner, par une dissection attentive, par l'inspection microscopique, si la lésion est ou non identique (sauf les différences d'organisation) avec celles qui constituent la phlegmasie lente dans d'autres tissus. Par ces deux procédés très légitimes de recherches, nous croyons qu'on arrive à constater assez fréquemment la vraie pneumonie chronique. Tel est, du reste, le résultat de nos propres investigations.

En ne s'en rapportant qu'aux observations les plus authentiques, quels sont les caractères anatomiques de ce genre de pneumonie? Le parenchyme est compacte, dur, résistant à la section, tantôt grisâtre, tantôt d'un rouge sombre. Jusque-là tout le monde à peu près est d'accord. Mais le tissu malade est-il *granulé*, comme dans l'hépatisation? Laënnec l'affirme, et même, suivant lui, la granulation serait plus distincte que dans l'hépatisation aiguë. M. Chomel le nie, et assigne pour caractère à l'altération d'offrir à la coupe une surface plane. Nous croyons, avec M. Grisolle, que les deux formes peuvent se présenter, et que la présence ou l'absence des granulations dépendent du degré et de la durée de la maladie, sans compter les différences amenées par l'âge du sujet et le plus ou moins de raréfaction du parenchyme pulmonaire. Ce dernier rapporte même, dans son Traité de la pneumonie (p. 81), une observation dans laquelle le poumon présentait à la fois l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise, en même temps qu'il était *dur* et *de couleur légèrement ardoisée*. Il est vrai que, dans ce cas, la pneumonie avait été d'abord aiguë ; mais après quelques jours d'acuité elle avait passé à l'état chronique, et la mort n'était survenue qu'au soixantième jour. Or il n'est guère supposable qu'une pneumonie, dont le début eût été lent comme sa marche, eût donné une lésion différente. Quant à savoir si une autre altération, appelée *carnification*, et dans laquelle le tissu, résistant, mais flasque, non granulé et parcouru par des fibres rougeâtres, ressemblant un peu à la chair musculaire, peut être un produit de la pneumonie chronique, c'est une question encore débattue. M. Baron, qui a publié sur ce sujet un travail important (*Gaz. méd.*, 1852), opine pour la négative : nous croyons volontiers avec lui que la carnification peut avoir et a ordinairement *pour point de départ* une stase du sang et de la sérosité dans le parenchyme, mais cette stase même amène un travail phlegmasique lent et sourd du tissu intervésiculaire et c'est de ce travail que résulte directement la carnification.

M. Raimbert, dans le mémoire annoncé en tête de cet article, a rassemblé (1) un assez bon nombre d'observations, empruntées partie à divers auteurs, partie à sa propre pratique, et dont quelques-unes ont dans l'espèce une signification bien tranchée. Nous en rapporterons deux : l'une, dans laquelle les manifestations symptomatiques ont été suivies avec attention; l'autre, qui a le double mérite d'offrir l'exemple rare d'une *suppuration* formée lentement dans le poumon, sans complication de cancer et de tubercules, et de montrer le rapport de la pneumonie chronique avec la *carnification*, bien que celle-ci puisse être rattachée, dans ce cas particulier, à une maladie du cœur.

Obs. I. — Un chirurgien, âgé de cinquante-deux ans, d'un tempérament bilieux, toussait et crachait beaucoup habituellement depuis plusieurs années, et depuis trois ans à peu près, il avait la respiration courte et un peu gênée lorsqu'il fut admis à la Charité le 12 mai 1805. Depuis un mois il avait un peu maigri ; sa toux avait augmenté ; il avait un léger dévoiement et suait pendant la nuit contre son ordinaire. Enfin, depuis trois semaines, ces diverses incommodités lui faisaient garder le lit. C'est depuis cette dernière époque seulement qu'il se regardait comme malade. Du reste, il avait la poitrine fort bonne et ne soupçonnait pas même qu'il pût devenir phthisique. Cependant sa respiration exhalait une odeur de pus très fétide, et ses crachats étaient glaireux, purulents et légèrement teints en rouge; mais tous ces symptômes, qui persistèrent jusqu'à la mort, ne lui firent jamais connaître sa maladie, et ne troublèrent jamais la parfaite sécurité où il était par rapport à la phthisie. Pendant les dix jours qu'il passa à l'hôpital, il eut constamment la même expectoration purulente fétide, et les sueurs nocturnes ne l'abandonnèrent point.

(1) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* de Bruxelles (n. de mars, mai et juin 1856).

Du 15 au 21 mai, il eut un léger dévoiement. Enfin, parvenu à un degré de faiblesse extrême, quoiqu'il ne fût encore que médiocrement amaigri, il mourut le 22 mai 1805.

Ouverture du cadavre. — *Tête.* — Tout parut sain dans le crâne.

Thorax. — Le poumon droit adhérait à la plèvre costale par des lames cellulaires ; les lobes supérieur et moyen étaient sains, tandis que l'inférieur avait une couleur brune et un peu plus de consistance que dans l'état naturel. Lorsqu'on le comprimait, on en voyait sortir une petite quantité de pus grumeleux.

Le poumon gauche adhérait fortement et intimement avec toutes les parties contiguës; la plèvre costale avait acquis une épaisseur de près de deux lignes. En l'incisant on vit qu'il était partout *d'une couleur noire luisante et qu'il avait l'aspect d'une substance métallique.* Toutes les ramifications bronchiques contenaient un pus blanc ou grisâtre plus ou moins grumeleux, et dans quelques endroits on trouva des cavités vides assez grandes pour loger des pois et même des grosses noisettes. Toutes ces cavités étaient tapissées par une couche albumineuse membraniforme. On ne trouva dans ce poumon ni tubercules ni granulations miliaires.

Le cœur était sain, etc.

Obs. II. — M..., quatre-vingt-un ans, ancien voiturier, d'une constitution médiocrement forte, n'a jamais été malade. Il a mené une vie très active et très pénible et prétend n'avoir fait d'excès d'aucun genre. Il est à Bicêtre depuis huit ans ; il dit s'y être toujours bien porté jusqu'il y a dix-huit mois. A cette époque, il tomba à la renverse et sans connaissance. Transporté à l'infirmerie, il fut saigné quatre fois. Il ne peut dire quelle était alors sa maladie ; il n'était pas paralysé.

Depuis quatre mois environ sa respiration est glacée ; cette gêne a toujours été en croissant, elle revient par accès et à l'occasion des mouvements qui exigent quelque effort. Il y a deux mois les accès dyspnéiques sont devenus plus fréquents et plus intenses et ont forcé le malade d'entrer de nouveau à l'infirmerie. On lui fit une saignée qui le soulagea beaucoup. Son séjour fut de deux mois, et quand il sortit il était assez bien, les accès avaient diminué de fréquence et de force.

Mais depuis lors l'anhélation est revenue et a été en augmentant. Le 18 juillet, les accès de dyspnée étaient tels que le malade rentra à l'infirmerie. Le lendemain, il était dans l'état suivant :

Le 19, coloration faible de la face, dyspnée, parole entrecoupée ; le malade est souvent obligé de se mettre à son séant ; pas de palpitations, il ne souffre jamais de la région du cœur L'auscultation de cet organe fait entendre au premier temps un bruit musical aigu, les battements et l'impulsion en sont assez faibles ; la percussion donne quatre pouces environ de matité en tous sens; pouls à 80, assez fort, régulier ; pas de céphalalgie ; un peu de toux ; appétit, langue large, sans enduit, sans coloration anormale ; selles naturelles. (Saignée 8 onces, till. pil. digit. et extr. gom. d'op.)

Le 20, accès dyspnéiques hier toute la journée et toute la nuit. Ce matin oppression moindre, voix saccadée ; toux, expectoration de mucosités grisâtres contenant un peu de sang. Elles ressemblent à une forte solution de gomme et adhèrent au vase dont elles couvrent le fond. L'auscultation fait entendre en arrière à droite, un râle muqueux à grosses bulles pendant l'expiration et aucun râle pendant l'inspiration. A gauche le même bruit s'entend surtout en haut ; mais en outre, pendant l'inspiration, on perçoit un râle crépitant très manifeste que l'on distingue très bien du râle muqueux qui ne se fait entendre que dans l'expiration ; il occupe toute la fosse sous-épineuse ; la percussion ne fournit aucun résultat. Même état du reste. (Tis. pect., jul. émét. 6 gr.)

Le 21, même état. (Saignée 8 onces, sang couenneux, vésicat.)

Le 23, même état ; à gauche râle plus humide, mais tout aussi étendu. (Saignée 8 onces.)

Le 24, la journée et la nuit d'hier se sont passées sans accès de suffocation ; la respiration est moins gênée, le râle crépitant s'entend dans une étendue un peu moindre ; il est plus humide ; pas de souffle ; les crachats sont moins teints et moins grisâtres ; pouls à 75, moins fort. (Tis. pect., jul. béch., demi vin.)

Jusqu'au 4 août, l'état du malade va en s'améliorant ; la respiration devient plus facile : les accès de suffocation ne reparaissent pas. Le râle sous-crépitant diminue de plus en plus ; les crachats perdent leur coloration et ne sont plus formés que par un mucus aéré adhérent au vase et semblable à une solution de gomme un peu épaisse ; ils sont aussi moins abondants ; le pouls tombe à 70 ; mais ce jour-là, après s'être exposé au courant d'air d'une fenêtre ouverte, le malade est pris d'oppression qui se prolonge toute la nuit.

Le 5, râle sous-crépitant plus abondant dans la fosse sous-épineuse ; souffle léger.

Le 6, l'expectoration est formée par un mucus rouge sanguinolent et adhérent au vase ; elle ne couvre que les deux tiers du crachoir ; pouls à 70 assez fort. (Jul. émét. 6 gr.; saignée 8 onces; bouillon; demi vin.)

Le 7, le sang de la veille est couenneux ; pouls à 85, beaucoup moins fort et moins dur ; l'oppression a disparu, mais elle revient au moindre mouvement ; quatre ou cinq crachats muqueux rouges adhérents ; souffle dans la fosse sous-épineuse ; immédiatement au-dessous râle crépitant jusqu'au bas ; respiration à 26 ; toux peu fréquente ; les traits sont un peu altérés. (Idem ; pas de saignée.)

L'état du malade reste le même jusqu'au 11, seulement la coloration rouge sanguinolente des crachats devient de plus en plus marquée ; mais ce jour-là ils contiennent moins de sang et on y distingue quelques stries de mucus jaunâtre puriforme. Le souffle a disparu et un râle crépitant à grosses bulles se fait entendre à la base. En haut la respiration est bonne (la potion stibiée a été supprimée, la tolérance n'a pu s'établir).

Le 15, jusqu'à ce jour l'état du malade a été le même ; la teinte rouge des crachats a diminué ; ils sont devenus muqueux, en partie demi-transparents et en partie jaunâtres et puriformes ; en même temps ils ont augmenté de quantité au point de couvrir le fond du crachoir ; mais aujourd'hui une nouvelle modification se montre dans leur nature ; ils sont jaunes, grisâtres, rosés, et ont l'aspect et la consistance du pus ; oppression, parole saccadée et entrecoupée ; absence du bruit respiratoire en bas et à gauche ; râle crépitant humide à bulles assez grosses et assez abondantes dans la fosse sous-épineuse ; souffle au niveau de l'épine de l'omoplate ; pouls à 85. (Jul. béch., potage, demi vin.)

Le 19, expectoration de même nature, moins colorée par le sang, plus aérée ; oppression toujours considérable ; inspirations à 32 ; souffle très marqué au niveau et au-dessous de l'épine de l'omoplate ; absence du bruit respiratoire ; plus bas vers l'angle de l'omoplate et au-dessous, on perçoit la respiration ; elle est accompagnée de quelques bulles grosses et humides, de râle sous-crépitant ; les traits sont sensiblement altérés.

Le 23, à l'auscultation, ronchus sonore aigu, surtout au niveau de l'épine de l'omoplate ; absence du murmure respiratoire depuis ce point jusqu'en bas ; pas de souffle notable ; l'expectoration est jaunâtre, sans coloration rouge, peu abondante et contient plus d'air ; à droite le bruit respiratoire est faible et accompagné d'un ronchus sonore.

Le 29, oppression extrême ; le malade passe souvent les nuits sur une chaise ; œdème des jambes depuis huit jours ; pâleur et affaissement considérables des traits.

Les 30 et 31, râle trachéal.

Le 1er septembre, suffocation, mort.

Autopsie. — Le cœur est très volumineux ; le péricarde lui est adhérent dans toute son étendue ; le tissu cellulaire environnant est abondamment fourni de graisse ; son diamètre transverse est de 5 pouces 3 lignes ; il mesure 4 pouces de la base à la pointe ; le ventricule gauche a 1 pouce d'épaisseur, sa cavité est dilatée ; l'oreillette correspondante est aussi dilatée et hypertrophiée ; orifice auriculo-ventriculaire libre ; valvule épaissie ; orifice aortique rétréci ; valvules ossifiées, adhérentes par leurs angles ; ces cavités sont remplies de caillots de sang noir.

Ventricule droit 4 lignes d'épaisseur ; sa cavité est un peu dilatée ; valvules libres, un peu épaissies ; oreillette droite un peu hypertrophiée, sans dilatation sensible ; des caillots de sang noir remplissent ces cavités ; plaques osseuses à la courbure de l'aorte et dans son trajet le long de la colonne vertébrale. On trouve dans l'aorte descendante un caillot de sang noir de plusieurs pouces de longueur.

Le lobe supérieur du poumon gauche est sain, un peu infiltré de sérosité ; *le lobe inférieur est dur, difficile à déchirer, il a tout à fait l'aspect de la chair musculaire, surtout à sa partie postérieure ; il est complètement privé d'air et imperméable ; à mesure qu'on l'examine plus près du bord tranchant, on le trouve de plus en plus pâle et aéré ; l'induration commence à la racine des bronches ; au-dessous de cette racine, on trouve un foyer du volume d'une grosse noisette, rempli d'une matière d'un blanc grisâtre, ressemblant à du pus demi-concret ; autour de ce point le tissu pulmonaire est très friable et se réduit en une bouillie d'un rouge grisâtre ;* ce lobe inférieur est adhérent à la plèvre costale qui est extrêmement épaissie.

Le poumon droit est un peu friable et contient une assez grande quantité de sérosité ; il est un peu engoué à sa partie postérieure.

Les deux côtés de la poitrine contiennent une assez grande quantité de sérosité légèrement citrine ; l'estomac présente çà et là dans son grand cul-de-sac des ecchymoses et du pointillé rouge ; deux ou trois petits kystes dans la substance corticale des reins ; sable jaunâtre dans la vessie.

Un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; vers la petite extrémité d'un des corps striés, on rencontre une cavité du volume d'un haricot, formée d'une substance un peu molle et traversée par des filaments ; c'est la trace d'un ancien foyer apoplectique.

Comme M. Raimbert ne s'est pas contenté de réunir des observations, mais a tracé une histoire générale de la pneumonie chronique, nous avons eu la pensée de rapprocher de son travail un mémoire d'un médecin anglais, le docteur Cotton, relatif au même sujet, bien que ce mémoire date déjà d'une année.

(La fin à un prochain numéro.)

Extirpation complète de la parotide avec résection partielle des maxillaires supérieur et inférieur, par M. Sanchez de Toca.

Nous regrettons d'avoir à abréger le récit de l'un des plus beaux titres cliniques de la chirurgie espagnole, d'une opération hardie, difficile, indispensable cependant, et que l'habileté du professeur a su terminer, contre ses prévisions mêmes, de la manière la plus heureuse.

Obs. — Une femme de vingt-huit ans, enceinte de huit mois, entra à l'hôpital le 21 novembre 1855, portant une tumeur de la parotide gauche, avec une ulcération fongueuse près du bord alvéolaire, vers le pilier antérieur du voile du palais. La tumeur progressant constamment, faisant souffrir d'horribles douleurs, la fluctuation y paraissant manifeste en un point, on pratiqua une ponction d'où sortit une sanie fétide, ainsi que des détritus organiques. On diagnostiqua un cancer fongueux de la parotide et probablement du périoste et des tissus fibreux correspondant à la branche de la mâchoire ainsi qu'à l'aponévrose du buccinateur, et s'étendant jusqu'à l'apophyse ptérygoïde et dans la fosse zygomatique.

L'accouchement fait, l'opération devenant urgente, M. Sanchez de Toca la pratiqua. On remarque qu'il fit assister le mari à la leçon clinique, où la nécessité de l'opération fut discutée, afin de le décider à y consentir.

Le 29 février, la patiente étant chloroformisée, une incision en T servit à découvrir la tumeur. On lia la faciale, puis la transversale de la face. On extirpa quelques ganglions dégénérés ; puis, avec la scie à chaîne, on divisa en bas la branche de la mâchoire, qui fut ensuite détachée, par en haut, de sa connexion avec le crotaphite, et finalement rompue au niveau du col du condyle. Ceci achevé, on procéda à l'isolement de la tumeur, manœuvre laborieuse pendant laquelle la carotide externe, coupée, donna un flot de sang qui fut arrêté par la ligature de ses deux bouts. Deux fois également on eut à diviser la jugulaire externe.

La tumeur, cependant, était peu à peu séparée du fibro-cartilage du pavillon et du conduit auditif externe, de l'apophyse mastoïde et du muscle sterno-mastoïdien dans sa moitié supérieure. On pénétra en dedans jusqu'à l'anse de l'hypoglosse et au muscle digastrique. On coupa et lia encore, là, la linguale, la faciale, la thyroïdienne supérieure, l'occipitale, le nerf facial. La dissection fut portée jusqu'à l'apophyse styloïde, aux muscles et ligaments qui s'y insèrent, et qu'on coupa, ainsi que les muscles ptérygoïdiens externe et interne, altérés, qu'il fallut extirper, aussi bien que le canal de Sténon, dans sa plus grande étendue.

Du côté de la bouche, on eut à enlever une partie du bord alvéolaire, du maxillaire supérieur, et la tubérosité molaire. Dans ce point, il fallut diviser et lier la maxillaire interne et la temporale. L'opération s'acheva par l'ablation de la glande sous-maxillaire, de quelques fibres du mylo-hyoïdien et de plusieurs ganglions altérés ou suspects qui s'enfonçaient dans la direction du triangle sus-claviculaire. Dix points de suture réunirent la plaie des téguments, qu'on couvrit de fomentations émollientes additionnées d'arnica.

Il n'y eut pas d'accidents sérieux. Un fragment osseux nécrosé se détacha. Le 10 avril, la plaie était cicatrisée, et la malade sortit guérie. (*La Cronica de los Hospitales*, 8 juin 1856, p. 327.)

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Die Lehre von der Luft im menschliche Ei, Nach Beobachtungen in der Entbindungsanstalt zu Marburg. (Recherches sur l'air dans l'œuf humain), par *C.-Ch. Hüter*. In-8, Marburg, Ewert. 9 fr. 50

Beobachtungen über einige physiologische Wirkungen der wichtigsten Emetica. (Observations sur quelques effets physiologiques des émétiques les plus importants), par *Th. Ackermann*. In-4, Rostock, Léopold. 2 fr.

Der Mensch. Lebensprozesse, Schöpfung und Bestimmung. (L'homme, le mécanisme de la vie, la création et le but), par *K.-H. Baumgærtner*. In-8 avec deux pl. Freiburg, Wagner. 6 fr. 75

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 19 SEPTEMBRE 1856. — N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 11 septembre 1856, M. BOUCHACOURT, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur titulaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Colrat, décédé.

M. BARRIER, suppléant à la même École, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Bouchacourt.

— Par arrêté en date du 11 septembre 1856, M. ARTHAUD, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. Bertrand, dont la délégation doit expirer le 30 septembre 1856.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 23 mai au 12 août 1856.

50. PERRIER, Frédéric-Jules, de Vallerangue (Gard). [*Considérations sur quelques faits chirurgicaux recueillis à l'Hôtel-Dieu de Nîmes.*]

51. MOITESSIER, Albert, de Montpellier (Hérault). [*Essai sur les propriétés des solanées et sur leurs principes actifs.*]

52. OLIVE, Pierre, de Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Considérations générales sur l'huile de foie de morue.*]

53. COTTE, Gustave, de Digne (Basses-Alpes). [*Quelques mots sur le typhus.*]

54. GIRAUD, Joseph, de Cluny (Saône-et-Loire). [*Considérations sur la vaccine et les principales questions qui s'y rapportent.*]

55. SEGUIN, de Lurey (Ain). [*De la première dentition et de ses accidents.*]

56. BERNARD, Désiré, de Lille (Nord). [*Considérations sur le traitement de la fièvre intermittente légère, dite bénigne, et en particulier de la médication arsenicale.*]

57. ADHÉRAN, Léon, de Moulin (Haute-Loire). [*Essai sur le croup.*]

58. JAPHET, Émile, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.*]

59. CAUVY, Jean-Baptiste, de Villeveyrac (Hérault). [*De la non-existence de la fièvre typhoïde envisagée comme fait morbide distinct.*]

60. DE TUBEUF, Alexandre, d'Alais (Gard). [*Dissertation sur la chlorose.*]

61. MIRKOWITCH, Georges, de Selimnos (Turquie). [*Du régime en général à l'état hygide et morbide.*]

62. JAILLARD, Pierre, de Quinger (Doubs). [*Historique de la pyoémie.*]

FEUILLETON.

Répression des délits relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ; rapport lu à l'Association des médecins du département du Rhône, par M. le docteur DIDAY (1).

Essai d'une institution médicale basée sur la science de l'homme ; rapport lu à la Société médicale d'émulation, par M. le docteur J. FOURNET (2).

(Suite et fin. —Voir le numéro 37, t. III.)

Si les principes que nous venons de poser sont, comme nous le croyons, ceux du bon sens et d'une pratique éclairée, il ne reste à la profession médicale que trois moyens de se défendre contre les atteintes dont souffre sa considération. Le premier consisterait à établir des conditions légales d'incapacité inhérentes à certains crimes ou délits constatés judiciairement, et entraînant le refus ou le retrait de diplôme. C'est ce qu'avait fait, en 1847, la chambre des pairs, dans une proportion que nous aurions à discuter, si nous nous occupions ici d'autre chose que du principe. On écarterait ainsi de la corporation ou l'on en retrancherait les individus marqués du sceau de l'indignité. On pourrait, en second lieu, essayer de ces conseils de discipline dont on parle depuis si longtemps, mais avec la quasi-certitude de ne pas les obtenir semblables aux conseils de l'ordre des avocats, et ce pour des raisons que M. Salvandy n'a pas dissimulées dans son *Exposé des motifs*. Ces conseils, spécialement préposés à la surveillance du simple charlatanisme, disposeraient contre lui d'armes purement morales, telles que l'exclusion de toute société médicale, la radiation d'un tableau d'honneur, etc. Quant au troisième moyen de défense, il n'est autre que la répression du délit caractérisé, et ceci nous ramène au rapport de M. Diday.

Nous regrettons, pour notre propre édification, que notre habile

(1) Broch. in-8. Lyon, chez Savy.
(2) Broch. in-8. Paris, chez Victor Masson.

63. Roux, Eugène, de Bourg-saint-Andéol (Ardèche). [*De la blépharoplastie.*]

64. Gervais, Paul, de Paris (Seine). [*Théorie du squelette humain, fondée sur la comparaison ostéologique de l'homme et des animaux vertébrés.*]

65. Nicolas, Joseph, de Castellane (Basses-Alpes). [*Essai sur la chlorose.*]

66. Brignole, Philippe, de Cervione (Corse). [*Considérations sur le tétanos idiopathique ou essentiel.*]

67. Mégé, Émile, de Saint-Geniès-le-Bas (Hérault). [*Quelques considérations sur les accidents causés par l'inertie de l'utérus pendant et après la délivrance.*]

68. Raymond, Alfred-Prosper, de Vers (Gard). [*De l'emploi de l'ergot de seigle pendant le travail.*]

69. De Gasperini, Auguste. [*Quelques considérations sur les pays qui avoisinent la mer Rouge, au point de vue hygiénique et biologique, et sur les maladies qu'on y observe.*]

70. Faure, Charles, de Foix (Ariége). [*Des plaies par armes à feu.*]

71. Vier, Léon, de Bouillargues (Gard). [*Quelques considérations à propos des exutoires.*]

72. Magniaux, Saturnin, de Saint-Mesmin (Dordogne). [*Quelques considérations sur les causes et la thérapeutique des fièvres intermittentes.*]

73. Barrier, Albert, de Vernoux (Ardèche). [*Quelques mots sur la chorée.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,

Laurens.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 18 septembre 1856.

USAGE ALIMENTAIRE DE LA VIANDE DE CHEVAL.

La communication de M. Geoffroy Saint-Hilaire à l'Académie des sciences (séance du 7 septembre) sur l'emploi de la viande de cheval comme aliment, communication qui n'est que le résumé d'un petit ouvrage tout récemment publié (1), nous offre une excellente occasion de faire passer sous les yeux du lecteur les éléments essentiels d'une question qui intéresse à un notable degré l'hygiène sociale. Nous n'aurons, pour ainsi dire, qu'à copier M. Geoffroy. Un motif particulier nous détermine. S'il est démontré que le cheval mérite l'honneur d'être mangé par l'espèce humaine (*Vous lui fîtes, Seigneur, en le croquant, beaucoup d'honneur*), ce qu'il y a de plus pressé, de plus difficile, c'est de détruire les préjugés de plusieurs sortes qui existent à cet égard, et qui pourraient bien exercer plus d'empire sur le public que les plus savantes raisons d'un académicien. Or qui mieux que le médecin, principalement le médecin des campagnes, peut opérer cette transformation, en répétant, avec l'autorité de la confiance dont on l'honore, que la chair du cheval est bonne, qu'elle est salubre ; en la prescrivant aux malades dont l'estomac réclame des viandes fortement azotées ; en faisant mieux encore, en la servant sur sa propre table? L'histoire de l'introduction de la pomme de terre en France, rappelée par l'auteur des Lettres, a présenté bien d'autres difficultés. Ce tubercule, qui joue un si précieux rôle dans l'alimentation actuelle, n'était pas seulement repoussé par le peuple ; il était condamné par des parlements comme *pernicieux*, comme *propre à donner la lèpre*, et la culture en était interdite dans plusieurs provinces. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que certaines parties, aujourd'hui fort estimées, du veau, du mouton, des volailles, étaient autrefois jetées aux animaux domestiques, non par observance religieuse, mais par dégoût, par préjugé ! Il en était ainsi, par exemple, des abatis d'oie (passe encore), des pieds de veau ou de mouton (sottise !), des foies de chapon (infamie !). A côté de cela, la répulsion pour le cheval n'est plus qu'un enfantillage. Mais ce n'est là encore qu'un préjugé de goût; il y a aussi (qui le croirait?) le préjugé moral. Certaines personnes à l'âme tendre, sans se préoccuper de savoir si la chair du cheval l'est également, répugnent à manger ce noble serviteur de l'homme. Mais, comme le dit l'auteur, pourquoi n'aurions-nous pas sur lui le même droit que sur le mouton, qui nous enrichit de sa laine; sur le bœuf lui-même,

.... Enfant de nos domaines,
Laboureur de nos champs, compagnon de nos peines,

et pourtant

Frappé du fer mortel pour prix d'un long servage !

Que dire, à ce compte, des paysans qui, comme en Auvergne, attellent à leurs chariots, quoi ? leurs propres *nourrices*, des vaches en pleine lactation, pour les manger à la fin! Que dire surtout du traitement affreux auquel sont exposées pendant leur vieillesse la plupart de ces pauvres bêtes

(1) *Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement la viande de cheval*, par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. In-18 de 200 pages. Paris, chez Victor Masson.

collaborateur n'ait pas touché à la distinction que nous avons jugé si important d'établir entre le délit proprement dit et le pur charlatanisme. Ce mot s'applique évidemment, dans son rapport, à tout l'ensemble des actes, légaux ou illégaux, susceptibles de dégrader la profession médicale. Mais les exemples qu'il apporte à l'appui de ses vues sur la répression, les applications qu'il emprunte aux associations médicales, témoignent que sa pensée se portait exclusivement sur les cas d'infraction à la loi. Ainsi, « un magnétiseur de Lyon offrait à un officier de santé de lui acheter, à 50 centimes chaque, des feuilles de papier blanc revêtues de sa signature, et qu'il se proposait de remplir, lui ensuite, au gré des inspirations de sa sibylle. » M. Diday dit lui-même de la lettre qui contenait cette offre qu'elle constituait « l'aveu le plus éhonté, l'aveu écrit et signé, d'*exercice illégal de la médecine*. » De même, dans la mémorable occasion, énergiquement, éloquemment rappelée par M. Diday, où l'association médicale du département de la Seine poussa sur les bancs de la police correctionnelle l'inventeur de la médecine camphrée, ce n'était pas le charlatan, c'était le médecin *intrus*, le violateur de la loi de ventôse, qu'elle entendait poursuivre. M. Orfila en a même fait la déclaration expresse à l'audience. « Sans doute, a-t-il dit, nous n'avons jamais signalé à M. le procureur du roi ceux des médecins qui, *étant munis de titres légaux, exercent pourtant leur profession en charlatans;* nous connaissons la législation qui nous régit, et nous savons qu'elle est impuissante à réprimer un pareil scandale; mais nous avons signalé bon nombre de charlatans *qui se livrent illégalement à l'exercice de l'art de guérir*, puisqu'ils ne sont porteurs ni du titre de docteur, ni de celui d'officier de santé. » Voilà, en effet, le seul rôle que, dans l'état actuel des choses, puisse se donner une association médicale.

Mais le système répressif est-il arrivé à la perfection ? La loi ne peut-elle frapper plus fort ni plus loin qu'elle ne frappe aujourd'hui? Là est, suivant nous, le nœud de la question. Ce que doivent surtout chercher ceux à qui il incombe plus particulièrement de veiller aux intérêts de tous, les chefs des facultés et des écoles, les dignitaires des associations médicales, les écrivains de la presse,

qu'on voudrait soustraire à la boucherie : celles-ci livrées chaque jour en pâture aux sangsues; celles-là abattues dans le clos d'équarrissage, après avoir travaillé plusieurs jours sans manger ; d'autres, les plus malheureuses de toutes, condamnées *au fiacre* à perpétuité ? Au reste, la valeur de l'espèce de préjugé dont nous parlons est jugée par un fait significatif, c'est que *toutes les sociétés protectrices des animaux*, à l'exception d'une (celle de Londres) qui ne s'est pas encore prononcée, « approuvent, conseillent, recommandent, préconisent l'envoi à la boucherie des chevaux devenus impropres au service. » Ce sont surtout les sociétés protectrices allemandes qui poussent à cet usage ; et voilà pourquoi à Kœnigsbaden, à Detmold, à Sigmaringen, à Weimar, à Vienne, à Dresde, à Linz, on a organisé des banquets où le cheval faisait les frais du menu ; pourquoi dans certaines localités, comme à Hambourg, on achète des chevaux vieux et inférieurs « qu'on laisse reposer, qu'on soumet à un bon régime, et dont la chair est vendue à bas prix ou même gratuitement distribuée, afin d'en faire reconnaître les bonnes qualités par le peuple, afin de lui donner l'enseignement de l'expérience après celui de l'exemple ; » pourquoi enfin les *boucheries* de cheval sont aujourd'hui si répandues en Allemagne, à ce point qu'on en compte jusqu'à cinq, six, huit et plus dans une même ville! Il résulte d'un ***Extrait des publications de la Société protectrice de Munich***, par M. Richelot, secrétaire général de la Société protectrice de Paris, qu'à Vienne huit boucheries de ce genre ont été installées dans la seule année 1855. C'est là que s'alimentent ostensiblement certains restaurants. Nous recommandons tout spécialement ces maisons aux médecins français qui assistent en ce moment au *Congrès scientifique* de Vienne. Le même extrait rapporte qu'à Munich, de 1848 à 1855, le boucher Stamer a chaque année, en moyenne, abattu 100 chevaux ; le boucher Gruner, 60 chevaux ; le boucher Hartman, 50 chevaux : ce qui fait à peu près, en calculant 300 livres par cheval, un total de 447,000 livres consommées durant cette période dans un seul arrondissement.

Ce ne sont là que des exemples destinés à montrer que les préjugés qui s'opposent à l'usage alimentaire de la viande de cheval sont surtout combattus par ceux qui devraient y être le plus sensibles, s'ils avaient le moindre fondement. Mais il faut montrer que cet usage est ancien, qu'il est beaucoup plus général qu'on ne le croit communément, et que, par conséquent, l'expérience qu'on répugne à tenter, qu'on paraît redouter, est déjà faite sur une très vaste échelle. C'est, à bien prendre, le meilleur argument, et le plus décisif, des hippophages.

Et d'abord, il n'était pas inutile de rappeler, comme le fait M. Geoffroy Saint-Hilaire dans un chapitre d'une lecture attachante, que les congénères du cheval, tels que le zèbre, l'onagre, l'hémione, l'hamar, ont été dans l'antiquité et sont encore de nos jours, non-seulement acceptés pour aliment, mais fort goûtés des peuples de l'Afrique et de l'Asie. Les Dix-mille, dans leur célèbre retraite, chassèrent en Mésopotamie des ânes sauvages dont Xénophon trouva la chair *semblable à celle du cerf, mais plus délicate.* L'onagre était si estimé dans l'antiquité, que l'Afrique, au dire de Pline, s'enorgueillissait de produire le *lalision*, ou onagre de lait. Les Romains préféraient cet âne sauvage à l'ânon domestique, que Mécènes, dont le bon goût est assez bien établi, servait pourtant à ses nobles convives. Un passage d'Olearius, résumé par Buffon dans son HISTOIRE NATURELLE, prouve que l'âne sauvage n'était pas non plus dédaigné en Perse, au commencement du XVII^e siècle.

« Après le repas, on fit entrer trente-deux ânes sauvages, sur lesquels le roi de Perse tira quelques coups de fusil et de flèches, et qu'il permit ensuite aux ambassadeurs et autres seigneurs de tirer. Quand on les eut tous abattus et couchés de rang par-devant le roi, on les envoya à Ispahan, à la cuisine de la cour, *les Persans faisant un si grand état de la chair de ces ânes sauvages, qu'ils en ont fait un proverbe.* »

Ainsi, tandis qu'on dit chez nous : ***Dur comme de l'âne***, on disait en Asie : ***Succulent comme de l'onagre.*** On le dit encore vraisemblablement, car l'âne continue à y être en honneur, aussi bien que l'hamar et l'hémione. Il en est de même dans le Turkestan, dans la Mongolie, où l'onagre est préféré à toute espèce de gibier. Enfin, de nos jours, tous les sauvages du sud de l'Afrique mangent les zèbres, les dauws et les quaggas.

(La suite à un prochain numéro.) A. DECHAMBRE.

Parmi les travaux lus ou présentés à l'Académie dans les séances dont nous donnons aujourd'hui le compte rendu, nous en signalons deux particulièrement. — L'un, qui est de M. le docteur Landouzy (de Reims), tend à modifier sensiblement les idées reçues en ce qui concerne les signes stéthoscopiques de la pleurésie. Suivant lui, le souffle *amphorique* peut se produire, comme le souffle tubaire, dans la pleurésie chronique avec ou sans épanchement. Ces deux espèces de souffle peuvent persister après la thoracentèse, et

---

c'est si le cercle des délits ne pourrait pas être élargi sans sortir du droit commun. Les délits de l'ordre médical ne sont pas nombreux dans la législation actuelle. Un rapporteur au *Congrès médical* de 1845 a cru même pouvoir avancer qu'il n'en existait aucun, parce que la loi de ventôse ne prévoit que l'exercice illégal. Mais ce n'est sans doute qu'un malentendu ; car que sont les délits spécifiés par les articles 160, 317, 378 du Code pénal, relatifs aux faux certificats, à l'avortement, au secret, sinon des délits uniquement propres à la profession médicale et soumis à une pénalité distincte ? Toutefois, nous le répétons, ce ne sont pas là des éléments suffisants pour une bonne législation professionnelle. Où aller chercher les autres ? Dans le charlatanisme même ! Oui, dans le charlatanisme, et cela sans fausser le principe qui domine toutes nos vues. Quelques mots nous feront comprendre.

On confond presque toujours dans les actes d'un charlatan ce qu'il est si utile et si recommandé de distinguer en justice : l'acte en lui-même et les circonstances de l'acte. Une annonce pompeuse, une affiche, une réclame, voilà le fait ; voilà, si on peut le dire, le corps du charlatanisme, comme le certificat signé d'une maladie qui n'existe pas constitue le corps du délit. C'est ce fait-là que nous voulons soustraire à l'action pénale, alors même qu'il atteste l'oubli complet de la dignité personnelle. Mais, en revanche, tout ce qui, dans les termes de l'annonce, de l'affiche ou de la réclame, peut constituer, sous l'empire de la législation commune, la promesse fallacieuse, l'abus de confiance, l'emploi de manœuvres frauduleuses, l'usurpation de noms, de titres ou de qualités, la supposition d'un pouvoir imaginaire (délits prévus par le Code), tout cela motiverait à nos yeux une pénalité sévère. Or, il n'est qu'un très petit nombre de ces appels extra-scientifiques où un examen attentif ne puisse découvrir l'un ou l'autre de ces délits, et nous voyons avec plaisir et reconnaissance la magistrature entrer de plus en plus dans cette voie. Il n'y a pas longtemps encore qu'elle condamnait, sur des motifs de ce genre, la *médecine chimique*, toute diplômée qu'elle était. L'article 405 du Code pénal lui laisse à cet égard une grande latitude. Que si, en quelque point, le texte de la loi n'est pas assez explicite, qu'on le modifie ; mais alors ce

il en est de même de l'égophonie; ce qui prouverait que ces trois bruits ne sont pas liés à la présence d'un liquide, mais seulement à des modifications particulières imprimées par le liquide à l'organe pulmonaire. Ce ne sont là que des indications sommaires que l'auteur se propose de développer dans un mémoire étendu. Nous ne manquerons pas alors d'examiner avec soin des opinions soutenues par un clinicien aussi habile. — Quant à l'autre travail, qui est relatif au suicide en France et dont l'auteur est M. le docteur Des Étangs, nous compensons autant qu'il est en nous, l'impossibilité où nous sommes de le résumer, en disant qu'il exprime et promet de démontrer avec force (car ce n'est qu'une *Introduction* à un ouvrage sur la matière) une idée parfaitement juste et que nous n'avons cessé, nous aussi, de défendre, à savoir, que le meurtre de soi-même est compatible avec une pleine et entière raison. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique de l'organicisme, à l'occasion d'un cas compliqué de paralysie, par le professeur Forget.

Si la pratique offre souvent d'humiliantes déceptions, elle a aussi ses moments de triomphe où le pouvoir de la science, et quelquefois de l'art, brille dans tout son éclat. Mais pour obtenir ces précieux dédommagements, il faut ne négliger aucune source de lumière; il faut voir dans l'organisme humain tout ce qui s'y trouve, c'est-à-dire qu'il faut invoquer tous les éléments positifs qui peuvent concourir à l'élucidation des faits, sans idée préconçue, sans hostilité dogmatique, et sans autre mobile qu'un pur amour de la vérité. Est-il rien de plus déplorable, et, disons-le, de plus dégradant pour la science, que de voir les animosités auxquelles sont en butte aujourd'hui ce qu'on appelle dédaigneusement l'anatomisme, le physiologisme, l'organicisme, en un mot, comme si les organes et les fonctions n'étaient pas le substratum obligé de tout diagnostic et de toute thérapeutique.

Le fait suivant mettrait au besoin dans tout son jour l'orgueilleuse folie du vitalisme abstrait, en montrant à quel degré de précision diagnostique et de quasi-divination on peut arriver au moyen de la simple analyse basée sur la notion précise de cet anatomisme et de ce physiologisme tant conspués.

Obs. — *Hémiplégie faciale du côté gauche, suivie d'hémiplégie générale du côté droit du corps; puis contracture. Mort. — Tumeur dans la gouttière basilaire, lésion organique de la protubérance annulaire, ramollissement ultime diagnostiqué pendant la vie.* (Observation recueillie par M. Grenet, aide de clinique.)

Un homme de trente-quatre ans, de forte constitution, entre à la clinique de M. le professeur Schützenberger, en février 1856, se disant malade depuis un an. Il était alors affecté d'hémiplégie faciale du côté gauche, caractérisée par la chute de la paupière supérieure, la déviation du globe de l'œil en dehors, la diplopie, l'insensibilité des téguments et des muqueuses de ce côté de la face. Il dit avoir eu, à deux reprises, une perte de connaissance ayant duré vingt-quatre heures.

Diverses médications sont restées sans résultat. Le malade sort de l'hôpital le 21 mai. Rien de nouveau pendant huit jours; mais depuis quatre jours les accidents s'étant aggravés, le malade entre à ma clinique le 17 mai dernier.

État actuel. — Œil gauche fixe, saillant, écartant les paupières qui sont immobiles; pupille sensiblement dilatée, non contractile. Lorsqu'on soulève la paupière, l'œil exécute parfois un simple mouvement de rotation sur son axe. Affaissement musculaire et insensibilité de tout le côté gauche de la face, peau et muqueuses. Nous ne pouvons savoir s'il y a cécité et surdité de ce côté, le malade ne répondant qu'avec une extrême difficulté. Bouche légèrement déviée à gauche, entr'ouverte, mâchoire inférieure très peu mobile, salivation continuelle.

Décubitus dorsal; la motilité et la sensibilité sont diminuées dans les membres gauches; mais la paralysie y est peu prononcée. Du côté droit, au contraire, l'hémiplégie est complète dans les membres. Le côté droit de la face est sans doute aussi paralysé, mais beaucoup moins que le gauche; l'œil droit offre un aspect naturel, et les muscles conservent une saillie qui contraste avec l'affaissement musculaire du côté gauche.

Il existe en même temps une contracture prononcée dans les articulations du coude et du genou droits.

Intelligence conservée, mais sensiblement obtuse; phonation difficile, confuse; un peu de somnolence; gémissements passagers.

Déglutition très difficile, constipation. Urines involontaires. Respiration assez libre, râles pectoraux disséminés. Pouls à 80, assez régulier. Peau moite, modérément chaude.

Cet état général persiste les jours suivants, avec quelques variations insignifiantes.

Sangsues derrière l'oreille gauche, sinapismes aux extrémités, vésicatoires à la nuque, purgatifs, affusions froides sur la tête: le tout sans résultat satisfaisant.

Le malade succombe le 15 juin, vingt-huit jours après son entrée à la clinique, seize mois après le début de la maladie.

C'était un triste et singulier spectacle que cette hémiplégie faciale *gauche*, cet aspect saillant et fixe de l'œil, coïncidant

---

sera pour une application générale, d'où que vienne le délit, à quelque objet qu'il ressortisse, et non pour une application exceptionnelle. Mais il y a d'autres ressources: La loi ne reconnaît de titres indiquant l'aptitude à exercer la médecine ou les branches de la médecine, que les titres de docteur, officier de santé et sages-femmes. C'en est assez pour atteindre légalement les annonces de *spécialités*. Le projet de loi de 1847 contenait même à cette fin une disposition expresse; mais très certainement le principe découle de la loi de l'an XI, et il serait facile de le faire passer à l'application. Une autre loi, celle de prairial an XIII, sur *l'annonce et la vente* des remèdes secrets, permettrait, de son côté, d'atteindre les annonces de *traitements particuliers*, de méthodes *simples et infaillibles*, de toute médication, enfin, qui ne serait pas textuellement reproduite du Codex. Ce n'est pas tout encore: ces interprétations légitimes des lois existantes, et toutes celles qu'on pourrait rappeler encore, il dépendrait du corps médical d'en profiter plus souvent, en les dénonçant sans relâche. Mais, sous ce rapport, nous sommes loin de rendre à l'autorité les bons offices que nous réclamons d'elle. *Aidons-nous, l'autorité nous aidera.* Ce n'est pas seulement aux associations médicales que nous demanderions cette salutaire initiative; ce serait encore et surtout aux corps savants. C'est d'eux, en effet, et plus particulièrement de l'Académie de médecine, que se couvrent les charlatans dans leurs annonces mensongères. Croit-on que si le bureau de l'Académie, gardien naturel de la dignité de la Compagnie, allait dire au procureur impérial: « Il est faux que nous ayons *approuvé* ce remède; il est faux que nous ayons *favorablement accueilli* cet autre; il est faux que cette phrase citée dans l'annonce appartienne aux conclusions votées et engage conséquemment l'Académie; nous demandons la répression de ces manœuvres frauduleuses! » croyez-vous que la justice refuserait d'intervenir? Nous osons affirmer que non! Ce n'est pas la justice qui mollira: ce seront les corps savants, c'est le corps médical tout entier (1).

Ici nous touchons directement à la question agitée par M. Diday.

Une réunion de soixante-dix pharmaciens du département du

(1) On peut voir page 671 le genre d'intervention de l'Académie auprès de l'autorité. Pourquoi s'arrêter là?

avec une hémiplégie générale du côté *droit*; sorte de paralysie croisée constituant un curieux problème physiologique qui nous intéressait vivement et à la solution duquel nous sommes arrivé pourtant sans grand effort de science, ainsi qu'on va le voir. Le fil régulateur nous a été offert tout simplement par la filiation des phénomènes et par la nature des symptômes patents.

Et d'abord il y a eu manifestement trois phases distinctes dans l'évolution de la maladie :

1re *période :* Paralysie de la motilité et de la sensibilité de l'œil et de la face du côté gauche.

2e *période* : Invasion et développement de l'hémiplégie du côté droit du corps.

3e *période :* Apparition de la contracture des membres droits.

1° La paralysie de l'œil et de la face du côté gauche ne pouvait dériver que d'une lésion affectant la région de l'encéphale d'où naissent les nerfs animateurs de ces parties : moteur oculaire commun, puis moteur oculaire externe, nerf trijumeau, nerf facial, qui tous ont leur origine à la partie supérieure de la moelle allongée, émergeant de divers points du segment inférieur de la protubérance annulaire. Donc la lésion primitive devait siéger à la partie supérieure de la moelle allongée, vers le sillon qui la sépare du pont de Varole ; car plus bas elle eût affecté les racines du nerf vague et amené des troubles graves dans les fonctions viscérales; plus haut, elle eût intéressé l'encéphale, dont les fonctions ne se sont altérées que plus tard.

En outre, la lésion anatomique devait exister en dehors de la pulpe encéphalique, puisque les fonctions des centres nerveux étaient conservées. Cette lésion devait donc consister dans une compression extérieure de l'origine des nerfs, s'exerçant du côté même de la paralysie; d'où nous avons, de prime abord, déduit l'existence d'une *tumeur intra-crânienne*, mais extra-cérébrale, *occupant la base du crâne, à la naissance de la moelle épinière*, comprimant, *à gauche*, l'origine des nerfs affectés.

On a pu remarquer cette déviation de l'œil en dehors, existant dès le principe ; ce qui prouve que, des quatre muscles droits, le muscle externe, et par conséquent le nerf moteur externe, ont été affectés les derniers ; puis cette rotation de l'œil sur son axe persistant jusqu'à la fin, petite circonstance indiquant le siége de la tumeur à la région inférieure du crâne ; car le nerf pathétique, resté intact, prend naissance à la partie supérieure de la moelle, sur les côtés de la valvule de Vieussens.

2° Ici la scène change : du côté gauche de la face, la paralysie saute, pour ainsi dire, à tout le côté droit du corps. Singulière péripétie, très facile à concevoir cependant. Ainsi, tant que la tumeur de la base du crâne est assez mince et assez circonscrite pour ne faire que comprimer l'origine ou le trajet des nerfs, l'hémiplégie faciale existe seule ; mais, du moment où cette tumeur acquiert assez de volume pour arriver à comprimer le point correspondant des centres nerveux, ou bien, si la lésion extra-cérébrale se propage à l'encéphale lui-même en altérant sa texture, dès lors apparaissent les accidents propres aux lésions idiopathiques de l'encéphale, à savoir, la paralysie du côté opposé à la lésion. Aussi, avons-nous facilement conclu à la *compression*, ou, plus probablement, à *l'altération organique* du point de l'*encéphale* correspondant à la tumeur de la base du crâne, comme cause de cette hémiplégie droite surgissant à titre de complication de l'hémiplégie faciale gauche. La maladie, c'est-à-dire la tumeur, a progressé, et voilà tout ; d'abord elle n'affectait que les nerfs, maintenant elle affecte l'encéphale.

3° Mais voilà qu'un nouveau phénomène se produit : c'est la contracture des membres droits. Ici, point d'ambiguïté : il est infiniment probable que, par compression ou propagation, la tumeur a produit un ramollissement périphérique de la pulpe encéphalique. Il y a plus : l'invasion de la contracture résout jusqu'à un certain point la question de savoir s'il y a compression ou altération du tissu cérébral. L'altération intrinsèque ou de texture devient la supposition la plus probable ; car les lésions organiques produisent plus volontiers le ramollissement périphérique, et par conséquent la contracture, que ne le fait la simple compression.

Finalement, donc, nous avons établi, pendant la vie, comme diagnostic infiniment probable : *tumeur externe à la naissance de la moelle allongée, altérant consécutivement le tissu de l'encéphale ; ramollissement ultime*. Voyons ce que dira l'autopsie.

Autopsie. — Le crâne étant ouvert avec précaution, l'encéphale apparaît sous un aspect normal, sauf un peu d'injection veineuse des méninges et de pointillé dans la substance cérébrale. La masse du cerveau est rabattue et détachée d'avant en arrière avec précaution jusqu'à la moelle allongée, dont la section est faite à 3 centimètres de son origine.

La base du crâne, ainsi mise à nu, présente, au milieu de la

Rhône exerce depuis 1854 des poursuites contre ceux qui, illégalement, préparent, vendent ou distribuent des médicaments. Bien qu'une commission exécutive, formée dans son sein, soit chargée de découvrir les contrevenants, qui sont ensuite signalés à l'autorité par un membre désigné, l'association a pensé que la répression serait plus efficace encore, si l'autorité consentait à nommer un inspecteur qui aurait pour fonctions de rechercher les délits. Et MM. les pharmaciens ont proposé à l'association des médecins du Rhône de s'unir pour demander à l'autorité un inspecteur commun aux deux professions, et qui aurait l'œil sur tout le service de santé.

S'il avait été question de faire pénétrer la surveillance d'un agent spécial jusque dans les replis souvent inextricables du charlatanisme, nous aurions été résolument contre notre excellent et aimé collaborateur, alors même que nous aurions pu consentir à livrer le charlatanisme aux tribunaux. Les ressources de ce protée sont telles, que, hors le cas où il s'étale sans vergogne, il ne serait possible de l'aller surprendre qu'en passant par les secrets de famille et à travers toutes sortes de difficultés légales nées de la liberté professionnelle. Dans cette sphère, nous sommes pleinement convaincu que l'institution ne serait pas viable. Mais il en est tout autrement dès qu'il s'agit de délits caractérisés. Le délit se détermine, se limite, se qualifie d'après des textes de loi ; il a toujours un corps saisissable, si l'on sait trouver le moment opportun. Le délit est toujours, à un certain instant, flagrant : c'est l'instant où l'on peut mettre la main sur l'ordonnance d'un médicastre sans titre, où l'on assiste à la vente d'un médicament secret, où les mensonges de l'annonce couvrent les murs, etc. Lancé à la piste de ces actes indignes, un agent intelligent et actif ferait litière de gibier de police. Pourquoi donc la proposition a-t-elle été, au sein de la commission générale de l'association, non pas précisément repoussée, mais ajournée ? Pas plus que M. Diday nous ne saurions nous rendre aux motifs d'opposition qu'il résume avec une si loyale fidélité. « Séparons, dit l'un, notre cause de celle des pharmaciens, qui sont les premiers à pratiquer illégalement la médecine... » — Eh bien ! qu'ils soient les premiers surveillés, les premiers dénoncés, les premiers punis ! M. Diday ne demande pas

gouttière basilaire, dans la région correspondant à la protubérance cérébrale et au sillon qui sépare celle-ci de la moelle allongée, une tumeur aplatie, rougeâtre, comme fongueuse, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, irrégulièrement arrondie, de l'étendue d'une pièce de 1 franc. Cette espèce de tubercule plat est plus épais à son limbe gauche, et au dehors de ce côté; à 3 millimètres, existe une autre petite tumeur fongueuse, plus saillante, offrant le volume et la forme de la moitié d'un pois. Ces tumeurs, au premier coup d'œil, paraissent prendre racine dans la dure-mère et être constituées par du tissu fibreux ou squirrheux. Notre collègue, M. Michel, qui a bien voulu les examiner, pense qu'elles tirent leur origine de l'arachnoïde, leur trouve de l'analogie avec les fongosités articulaires, et les a trouvées constituées, au microscope, par des granulations, quelques corps fusiformes et des vaisseaux sanguins (tissu inflammatoire).

La protubérance annulaire est notablement injectée à sa superficie. Sa face inférieure ou convexe, correspondant à la tumeur, est sensiblement aplatie. L'artère basilaire est indurée, comme noueuse. Une coupe longitudinale, pratiquée à 2 millimètres à droite du sillon médian, ne présente aucune lésion de structure; le tissu de la protubérance est blanc et ferme. Une coupe longitudinale, également pratiquée à 2 millimètres, à gauche du sillon médian, tombe sur une tumeur superficielle résistant au scalpel comme du tissu fibreux, dure, comme lardacée, striée de rouge et de gris, du volume et de la forme d'une petite olive, et tranchant, par sa couleur et sa consistance, sur le tissu environnant, qui est blanc, ramolli, comme crémeux, mais parcouru par des vaisseaux sanguins qui paraissent irradier de la tumeur, laquelle, soumise au microscope, offre une texture semblable à celle de la tumeur basilaire, c'est-à-dire qu'elle est composée de granulations, de corps fibroïdes ou fusiformes, et de vaisseaux sanguins (squirrhe des auteurs).

Le reste de l'autopsie est sans intérêt pour l'objet actuel. Ainsi : *Tumeur fongueuse de la gouttière basilaire*, comprimant la face antérieure et surtout le côté gauche de la protubérance annulaire. *Tumeur fibroïde* occupant exclusivement le *côté gauche du parenchyme de la protubérance annulaire. Ramollissement périphérique.*

Eh bien! ne semble-t-il pas que ce travail morbide se soit opéré à ciel ouvert? N'avons-nous pas assisté, par intuition, à toutes les phases de la maladie? N'est-il pas évident que le mal a débuté vers cette tumeur extra-cérébrale occupant la base du crâne, à la naissance de la moelle allongée, comme nous l'avions annoncé (1re période)?

N'est-il pas également démontré que la tumeur extra-cérébrale s'est ensuite propagée, par contiguïté de tissu, sans doute, au côté gauche de la protubérance, d'où l'invasion de l'hémiplégie droite (2e période)?

N'est-il pas clair, enfin, que la dégénérescence du tissu de la protubérance a produit, en définitive, le ramollissement périphérique (3e période)?

Bref, la clarté du diagnostic médical, diagnostic tout anatomique, physiologique et organique, ne rivalise-t-elle pas ici de précision avec le diagnostic chirurgical externe? Et tout cela sans hypothèse gratuite, sans induction forcée, en vertu des notions les plus élémentaires?

Que deviennent donc, en présence de faits pareils, et ils sont nombreux dans les archives de la science (1), que deviennent ces déclamations absurdes et passionnées à l'endroit de l'organicisme, voué au ridicule et au mépris par certaine école réactionnaire, de sincérité très suspecte, et qui se fait gloire de dédaigner le corps, pour courir après l'ombre? Placez un des Ixions amoureux de la Nue en face d'un fait semblable, et priez-le de l'interpréter selon les inspirations du génie vitaliste, vous verrez s'il en sortira autre chose que des divagations vaporeuses et des sophismes ténébreux! Il vous dira : Mais la maladie, ce n'est pas la tumeur : c'est l'acte vital qui l'a produite..... Ainsi, l'acte vital, sans la tumeur, a produit la paralysie faciale, puis l'hémiplégie, puis la contracture!

Mais nous acceptons la discussion sur le terrain où la place le vitalisme. C'est l'acte vital qui a produit la tumeur, soit! Mais en quoi consiste cet acte vital? Que fallait-il faire pour le combattre? Et la tumeur une fois produite, que devient l'indication vitale? Néant à la requête; et, sur toutes questions, vous n'en savez pas plus que nous organiciens; vous en savez moins, et je le prouve.

L'organicisme nous enseigne 1° que la genèse des tumeurs encéphaliques est le plus souvent occulte, indéchiffrable; 2° que ce n'est que dans des cas exceptionnels que nous arrivons à quelques probabilités. Ainsi, le malade est infecté de syphilis : nous supposons que la tumeur peut être syphilitique; il présente les caractères de la constitution scrofuleuse : nous supposons que la tumeur est tuberculeuse; il est en proie au cancer : nous supposons que la tumeur est cancéreuse. Qu'ont de commun ces diagnostics avec le vitalisme? Ne sont-ce pas les caractères très organiques de la syphilis, des scrofules et du cancer qui vous inspirent? L'organicisme nous apprend encore, 3° qu'une tumeur encéphalique de nature quelconque produit toujours les mêmes phénomènes, à savoir la compres-

(1) Voy. un fait analogue par moi publié dans l'*Union médicale* (1850), sous le titre de *Note sur les rapports des symptômes avec les lésions encéphaliques* (abcès de la moelle allongée).

autre chose. La réunion des pharmaciens n'élève non plus sur ce chapitre aucune contestation. « Il est admis par MM. les pharmaciens eux-mêmes, dit le rapport, que l'inspecteur nommé pour surveiller nos intérêts aurait à rechercher les faits d'exercice illégal de la médecine, partout, sans distinction ni exception, *sur le comptoir de l'officine comme dans le salon lambrissé*. » Quand deux corporations reconnaissent le mal qui les ronge chacune de son côté, et qu'elles demandent à réunir leurs efforts pour l'extirper et pour marcher ensemble dans les voies de l'honneur et de la légalité, est-ce le moment de les exciter l'une contre l'autre par des récriminations? « Poursuivre les délits, dit un autre, c'est fort bon; mais qui paiera? Les pharmaciens ont le gage de leurs avances dans la boutique même du délinquant; mais quel sera le gage des médecins? » — C'est un argument que nous ne comprenons pas et qui nous paraît tomber de soi. En principe, le droit d'*action pour l'application des peines* n'appartient qu'aux *fonctionnaires* auxquels il est confié par la loi. C'est la première disposition du Code d'instruction criminelle. Une association médicale n'a donc aucune qualité pour *intenter* ce mode d'action; tout son rôle consiste dans une dénonciation, ou, si le mot effraie, un avertissement à l'autorité compétente. Dès lors, elle n'a pas à constituer d'avocat; elle n'est astreinte à aucuns frais. Intentera-t-elle une action civile? A quoi bon? Quand elle a mis la justice en mouvement, sa mission n'est-elle pas terminée? N'est-il pas de bon goût qu'elle ne place pas à côté d'une question de droit et de moralité, une question de grossier intérêt? Et puis, un tribunal accueillerait-il sa prétention? Qu'est-ce, dans l'espèce, qu'une action civile? C'est une action en réparation du dommage causé par le délit. Peut-on soutenir sérieusement que la corporation médicale a éprouvé un dommage matériel, et sur quels éléments celui-ci pourrait-il être évalué par le tribunal? Dans l'affaire Raspail, M. Fouquier (car c'est lui et non M. Orfila qui agissait au nom de l'association des médecins du département de la Seine), M. Fouquier s'est borné à une dénonciation pure et simple au procureur du roi; et si M. Orfila a figuré à l'audience, ce n'est pas comme partie civile, mais bien comme témoin, appelé à la requête de Raspail lui-même. On voit donc que la commission lyonnaise n'avait

sion ou l'irritation, d'où résulte que le diagnostic différentiel, au point de vue des effets locaux et de leurs conséquences, est lettre close pour toutes les doctrines; 4° que les phénomènes de compression et d'irritation sont bel et bien de nature physique, mécanique, organique, et produits par la tumeur sans laquelle ils n'existeraient pas, etc.

Serait-ce, par hasard, sur le traitement que le vitalisme fonderait ses prétentions? Quelle est donc l'indication vitale dans le cas actuel? Il y a paralysie, c'est-à-dire diminution de la vitalité : donc l'indication vitale est de stimuler. Or, il arrivera que vos stimulants, au lieu d'alléger la paralysie, ne feront que l'aggraver; car la tumeur est vasculaire, inflammatoire, au dire du microscope; puis l'action que cette tumeur exerce sur l'encéphale est irritante, témoin le ramollissement.

Replaçons-nous maintenant au point de vue de l'organicisme. La tumeur est la cause formelle et matérielle de la paralysie et de la contracture; nous combattons donc la tumeur par les moyens que nous jugeons propres à la résoudre; et, si nous n'y réussissons pas, au moins nous garderons-nous d'activer le système nerveux; car, selon la maxime de J. Frank, mieux vaut que le malade meure de sa maladie que de nos remèdes.

Mais voilà que nos adversaires prennent feu et nous accusent amèrement, non sans raison, de leur prêter des absurdités; car, disent-ils, ils ne nient pas l'organicisme, ils le subordonnent. Comme nous, ils reconnaissent ici l'influence de la tumeur; comme nous ils s'occuperont de la détruire, etc..... Tel est précisément l'aveu que nous voulions leur arracher. Donc, vous êtes organiciens autant que nous, bon gré mal gré. D'où je conclus que la passion vous égare, et qu'en face des faits vous valez mieux que vos doctrines.

Trêve donc à ces luttes irritantes et stériles; accordez-nous que la vie a besoin de la matière, car jamais nous n'avons nié, nous, que la matière eût besoin de la vie. Certes, la première condition, pour être malade, c'est de vivre; mais ne comprenons pas les lésions des fonctions sans lésion d'organes, la maladie sans la matière.

La vie est l'organisme en action; la maladie est un groupe indivisible d'éléments organiques et fonctionnels. Tel est notre programme.

RELATIONS EXISTANT ENTRE LES MALADIES DU CŒUR ET LES MALADIES DES REINS, par M. L. TRAUBE, professeur et médecin à la Charité de Berlin (1). — Analyse détaillée et raisonnée, par M. PAUL PICARD.

M. Traube, se plaçant au point de vue physiologique et pathologique, divise en trois groupes principaux les altérations de structure du cœur.

1° Dans le premier groupe se rangent les altérations de structure qui n'ont pas d'influence bien sensible sur les fonctions du cœur, comme les fenêtrations des valvules aortiques, l'épaississement du bord libre de la valvule mitrale, l'épaississement de l'endocarde, soit dans les oreillettes, soit dans les ventricules.

2° Au second groupe appartiennent les altérations qui diminuent le travail du cœur, soit en augmentant les résistances que le courant sanguin doit surmonter en traversant cet organe, soit en détournant une partie de ce courant de sa direction normale, soit enfin en diminuant le pouvoir contractile du cœur. — Celles de ces altérations qui augmentent les obstacles apportés à la marche du courant sanguin dans le cœur sont: le rétrécissement des orifices, la rigidité des valvules, les concrétions se formant sur la surface valvulaire contre laquelle vient se heurter le courant, l'épanchement dans le péricarde d'une quantité de liquide assez considérable pour que le cœur en soit comprimé. — Les altérations qui dévient une partie du courant sanguin de sa direction normale sont: l'insuffisance des valvules, la communication anormale des cavités du cœur, soit entre elles, soit avec les gros vaisseaux. — Enfin, les altérations qui diminuent la force impulsionnelle du cœur sont: les adhérences de cet organe avec le péricarde, la dégénérescence des muscles du cœur, et la transformation d'une grande partie de leurs fibres en tissu conjonctif.

Dans certains cas d'insuffisance des valvules de l'aorte, on remarque l'aplatissement et l'allongement des muscles papillaires du ventricule gauche. Ce fait est d'autant plus curieux, qu'il contraste avec l'hypertrophie simultanée du ventricule, et que, dans les cas d'hypertrophie et de dilatation du ventricule gauche, sans altération des valvules aortiques, on trouve ces muscles ronds et proportionnellement hypertrophiés.

(1) Ce travail, lu en novembre et décembre 1855, à la Société de médecine scientifique, a été publié en mars 1856, chez Hirschwald. Berlin, cinq feuilles : *Ueber den Zusammenhang von Herz und Nierenkrankheiten.*

---

pas à se préoccuper des dépenses ; elle pourra, quand elle le voudra, se donner gratis le plaisir de faire condamner les faux confrères.

Ce sont là les objections principales, les seules sur lesquelles nous croyions devoir insister. Après ce que nous avons dit des avantages d'une dénonciation légitimée, moralisée, par toutes les garanties d'honorabilité que s'imposent à elles-mêmes les associations médicales, on comprend que nous soyons peu sensible au eproche de ceux qui ne voient dans cette conspiration du bien qu'un *acte de police.* « Voir le mal sans le réprimer, dit à ce sujet M. Diday, répugne à toute âme bien douée. Si le malfaiteur s'attaque aux sources mêmes de la vie, la tiédeur à secourir est sans excuse; mais elle devient un crime si celui qui refuse son aide avait seul, savait qu'il avait seul, pouvoir de l'apporter fructueusement. Et en présence de ce devoir impérieux, sacré, en face du torrent qui monte sans relâche, de confrères qui gémissent, de l'humanité qui se sent mortellement atteinte, un mot nous arrêterait, — un mot, non-sens le plus niais, s'il n'est pas le plus cruel déni de justice ! » Voilà qui est aussi judicieusement pensé que vivement rendu. Oui, c'est d'un mot qu'on a peur ; c'est un mot qu'on flétrit après l'avoir torturé, en goûtant chaque jour les avantages de la chose. Quant à nous, si l'on nous permet, après l'impétueuse sortie de notre ami, de conclure à notre manière sur la question en litige, nous dirons simplement :

Il y a des inspecteurs de marché à qui nous devons de ne pas manger de viande ni de poisson gâtés. Il y a des inspecteurs de boisson, à qui nous devons de voir répandre sur la voie publique le vin de campêche et le cidre à l'acide sulfurique. Il y a ou il y a eu des langueyeurs de porcs, gracieusement comparés par Voltaire aux critiques de son temps et chargés d'inspecter la langue de ces animaux (nous parlons des porcs). Nous bénirions une institution qui nous défendrait contre les consciences pourries, les remèdes malfaisants et la langue venimeuse des médecins postiches (1).

A. DECHAMBRE.

(1) Au dernier *Feuilleton*, page 645, au lieu de *célibataire*, lisez : *militaire*.

Si l'on examine de près ces muscles papillaires allongés et aplatis, on remarque des lignes blanchâtres, irrégulières, résultant, comme le démontre l'examen microscopique, de la transformation du tissu musculaire en tissu conjonctif. On ne peut guère attribuer cette métamorphose à l'inflammation, car l'endocarde et la paroi ventriculaire n'en présentent aucune trace. Elle est due à l'état de tension dans lequel se trouvent ces fibres, à la pression insolite qu'elles subissent dans le sens de leur diamètre transversal; et, en considérant les phénomènes qui se passent dans le ventricule gauche au moment de la diastole, lorsqu'il existe une insuffisance considérable des valvules, on se rend aisément compte des diverses influences que subissent les muscles papillaires. Dans ce moment, le ventricule reçoit à la fois le sang de l'oreillette et celui qui retombe de l'aorte. Les parois ventriculaires se tendent, et il se forme un courant allant en sens inverse du premier et tendant à fermer la valvule mitrale. C'est grâce à cet obstacle que le sang venant de l'aorte ne remonte pas dans l'oreillette; mais le ventricule se tend, le sang aortique le dilate jusqu'à ce que la tension des parois ventriculaires lui fasse équilibre. Et, à l'appui de cette donnée, vient se ranger l'absence de bruit systolique à la pointe du cœur (quoique la valvule mitrale soit entièrement normale) dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques; plus rarement, il est vrai, on observe dans ces cas un son diastolique clair à la pointe du cœur, et il est impossible de l'entendre à aucun autre endroit de cet organe. Les fibres musculaires sont donc tendues par le sang, qui est arrêté par la valvule mitrale. Leurs faisceaux sont pressés de plus en plus fortement contre la paroi du ventricule, et, ce mouvement se répétant pendant des années, les fibres musculaires se dépriment, s'aplatissent et s'allongent. Le mode de nutrition des muscles subit aussi d'importantes modifications. Les capillaires qui nourrissent ces portions du cœur ne peuvent se remplir que pendant la diastole; car lorsque le muscle se contracte, le contenu de ses capillaires artériels doit être entièrement chassé dans les veines. Lorsque les valvules de l'aorte sont insuffisantes, ces capillaires ne peuvent se remplir exactement pendant la diastole, car les pressions qu'ils subissent rétrécissent leurs orifices, qui finissent par s'oblitérer. De là résulte une nutrition insuffisante du tissu musculaire, et sa transformation en tissu conjonctif. (Consultez à ce sujet les importantes recherches de M. Billroth, Gazette hebdomadaire du 4 avril.)

3° Les altérations de structure du troisième groupe sont celles qui augmentent le travail du cœur et qui peuvent compenser en partie les mauvais effets des altérations précédentes. A ce groupe appartient l'hypertrophie du cœur, liée le plus souvent avec la dilatation des cavités cardiaques. Des recherches minutieuses ont démontré à M. Traube que cette lésion n'existe jamais seule. On trouve simultanément des altérations du second groupe, ou au moins des modifications dans d'autres organes, qui créent des résistances à la marche normale du courant sanguin.

Voici maintenant les déductions physiologiques et pathologiques que M. Traube tire de ces faits.

Les altérations du deuxième groupe abaissent la tension du système aortique au-dessous de la moyenne normale, et élèvent la tension du système veineux. La tension du système aortique, ou, ce qui est la même chose, la pression que les parois artérielles tendues et dilatées exercent sur le sang qu'elles renferment, varie, comme l'a démontré M. Poiseuille, d'un instant à l'autre. On peut, par la méthode hémato-dynamométrique de Ludwig, fixer ces variations sur le papier, et trouver de cette manière les causes qui les produisent. Chez le chien, il y a deux ordres d'oscillations; les unes, plus étendues et durant plus longtemps, sont causées par les mouvements respiratoires; les autres, faibles et passagères, sont le résultat des mouvements du cœur. Une violente contraction musculaire, les efforts faits pour vomir, causent des oscillations encore plus marquées. La tension s'augmente par la contraction musculaire générale; elle est diminuée par les efforts que fait l'animal pour vomir. Cela tient à ce que le sang s'écoule d'une manière continue par les capillaires, tandis qu'il est poussé d'une manière rhythmique et saccadée par le ventricule gauche. La pression qu'éprouve le liquide contenu dans les tubes élastiques des artères varie donc d'un moment à l'autre; elle est aussi basse que possible vers la fin de la diastole, et atteint son maximum avec la fin de la systole.

Des oscillations plus considérables, synchroniques avec la respiration, se produiront, quand, par suite des contractions du ventricule gauche, il arrivera plus de sang dans l'aorte qu'il ne s'en écoulera par les capillaires pendant la durée de l'expiration. L'inverse aura lieu pendant l'inspiration. — Les violentes contractions musculaires, en resserrant les vaisseaux qui parcourent les muscles, empêchent une partie du sang aortique de s'écouler dans les veines. Lorsqu'elles se produiront pendant la systole, la tension du système artériel sera augmentée. De nombreuses expériences faites sur les lapins ont démontré à l'auteur que, dans ce cas-là, il arrive encore du sang veineux au cœur. Le ventricule gauche peut donc injecter encore du sang dans le système artériel déjà tendu, et augmenter notablement la tension de ses parois, en augmentant la quantité du liquide qu'elles renferment.

M. Traube a pu, en perfectionnant l'appareil de Ludwig, observer pendant quatre heures de suite la tension du système artériel des chiens. Il mit l'artère crurale en communication avec le dynamomètre, et trouva ainsi que les oscillations, tout en variant d'un instant à l'autre, se reproduisent d'après un type régulier, comme on peut le voir en comparant les oscillations observées pendant un espace de temps plus prolongé. On arrive par là à l'idée de *la tension normale moyenne* du système aortique pour un individu donné. C'est l'expression qu'on obtient en additionnant en aussi grand nombre que possible les tensions observées pendant un temps assez long, et en divisant cette somme par le nombre des tensions observées. En un mot, cette valeur est la résultante de toutes les conditions qui à l'état normal influent de diverses manières sur le système artériel. La tension normale moyenne peut subir des modifications quand le mécanisme de l'appareil circulatoire est modifié, quand la quantité et la qualité du liquide qu'il contient varient, quand les forces qui agissent sur ce système changent de nature et d'intensité.

M. Traube (1) a démontré que la digitale pouvait abaisser la tension moyenne au-dessous de la normale. Dans le second stade de la narcotisation avec la digitale, la fréquence du pouls

(1) *Annales de la Charité*, deuxième année, 1853. Les conclusions de ce remarquable travail sont :

1° La digitale, en excitant le système nerveux régulateur du cœur, diminue la pression dans le système artériel, et en général la rapidité du courant sanguin; 2° La diminution qu'on remarque dans la température du corps des malades ayant pris de la digitale à hautes doses, provient du ralentissement survenu dans le courant sanguin; 3° l'action anti-inflammatoire produite par l'administration de hautes doses de digitale a, en grande partie au moins, sa cause dans le ralentissement du courant sanguin, résultat de l'action excitatrice de la digitale sur le système nerveux régulateur du cœur

augmente considérablement, et la pression moyenne du sang artériel diminue au point de n'être que la moitié de la pression normale. Or les altérations du cœur de la deuxième catégorie ont une action analogue à celle de la digitale. Comme elle, elles diminuent la quantité de sang que le ventricule gauche envoie dans le système aortique. On pourra se demander ce que devient cette quantité de sang dont l'absence fait descendre la tension du système artériel. Il est aisé de répondre. Supposons une exsudation dans le péricarde : le cœur contient alors beaucoup moins de sang qu'à l'état normal; ce sang doit nécessairement être renfermé en plus grande quantité dans le système veineux, ce que l'on reconnaît à l'aspect cyanotique de la peau et à la saillie que font les veines superficielles. De même, nous savons que les dégénérescences qui rendent les valvules insuffisantes ou rétrécissent les orifices auriculo-ventriculaires ont pour effet de dilater une ou plusieurs cavités du cœur. Quand un seul ventricule est dilaté, c'est toujours celui dont l'orifice de dégorgement est altéré. — Quand les adhérences du cœur avec le péricarde se produisent chez un individu assez robuste, elles amènent la dilatation des deux ventricules, et, le ventricule gauche une fois transformé en tissu conjonctif dans une étendue assez grande, on voit se produire la dilatation du ventricule droit. Dans ces cas, quand on a pu pendant la vie remarquer une saillie notable des veines superficielles, on est sûr, après la mort, de trouver une ou plusieurs cavités cardiaques dilatées. On peut, au contraire, trouver à l'autopsie les poches du cœur dilatées sans avoir pendant la vie remarqué l'engorgement et la dilatation du système veineux.

Nous pouvons donc conclure qu'à la suite d'une diminution dans la tension du système artériel, le sang s'accumule dans le cœur, et par là augmente la tension du système veineux. Et, toutes choses égales d'ailleurs, cette augmentation sera d'autant plus grande que la quantité de sang contenue dans le système artériel sera moins considérable. Cette tension du système veineux peut atteindre un très haut degré. M. Traube cite un homme de trente à trente-cinq ans chez lequel l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avait été rétréci par suite d'adhérences survenues entre les deux languettes de la valvule mitrale, dont une extrémité était fixée à l'orifice, tandis que l'autre flottait dans l'oreillette gauche. Les veines du cou étaient fortement dilatées, battaient à la manière des artères, et ne pouvaient être comprimées par la pression du doigt. La main, appliquée sur l'épigastre ou l'hypochondre droit, était soulevée par chaque mouvement systolique, et le foie venait alors repousser la paroi thoracique. Les artères étaient, au contraire, petites, peu volumineuses et dépressibles.

Il est à remarquer que, dans les cas du deuxième groupe, le ventricule dilaté est en même temps hypertrophié. C'est ce qui explique l'espèce de compensation que l'on remarque chez certains sujets atteints d'altérations des valvules, et qui, à part quelques palpitations et un peu de dyspnée, peuvent pendant longtemps avoir les apparences d'une bonne santé. Cette hypertrophie provient de la multiplication des faisceaux musculaires, et l'augmentation de la masse musculaire accroît nécessairement la pression que le ventricule dilaté exerce sur le sang qu'il contient.

L'auteur démontre par diverses formules : 1° Que la vitesse d'impulsion transmise à chaque molécule de sang par la contraction du ventricule dépend du rapport qui existe entre la masse musculaire du ventricule et la grandeur de sa cavité; 2° que le travail accompli par le ventricule pendant la systole est égal au poids du sang expulsé, élevé à la hauteur de la colonne de sang qui indique la force de la tension du système artériel, près de l'orifice de sortie du ventricule. En effet, à la suite du rétrécissement de son orifice auriculo-ventriculaire, le ventricule reçoit moins de sang qu'à l'état normal pendant la diastole. Il ne peut donc pas en envoyer dans le système artériel une quantité assez considérable pour rendre normale la tension de ce dernier. Ce désavantage est compensé s'il passe dans le même temps, par l'orifice rétréci, une quantité de sang d'autant plus considérable que l'orifice est plus petit. Pendant la première partie de la diastole, la vitesse des molécules sanguines dépend de la tension du système vasculaire, au moyen duquel le ventricule gauche communique avec le droit : vers la fin de la diastole, elle dépend de la force d'impulsion que l'oreillette gauche peut imprimer à son contenu : la tension du système pulmonaire dépend de l'augmentation du travail que fait le ventricule droit, et ce travail est proportionné à la masse musculaire du ventricule. La rapidité des molécules sanguines passant par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche dépend de la force musculaire de l'oreillette gauche, c'est-à-dire de son hypertrophie. On peut donc conclure que l'hypertrophie du ventricule droit et de l'oreillette gauche sont susceptibles dans certains cas de compenser le rétrécissement de l'orifice de sortie du ventricule gauche.

Lorsque les valvules aortiques sont insuffisantes, l'abaissement de la tension du système aortique vient de ce que du sang retombe de l'aorte dans le ventricule gauche pendant qu'il n'est pas contracté. Le ventricule gauche peut remédier à cet inconvénient en envoyant par sa contraction, dans le système artériel, la quantité normale de sang, augmentée de la quantité qui retombe dans sa cavité au moment de la diastole. Pour cela, il faut que son travail soit augmenté, c'est-à-dire que le rapport de son hypertrophie avec sa dilatation soit tel, que l'accélération imprimée au courant sanguin par le ventricule hypertrophié et dilaté dépasse l'accélération normale d'une quantité donnée. Dans les cas d'insuffisance des valvules de l'aorte, la compensation est plus ordinaire que dans ceux de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Elle se produit aussi dans diverses altérations de structure du deuxième groupe (insuffisance de la valvule mitrale, rétrécissement congénital de l'orifice pulmonaire, adhérences du cœur avec le péricarde).

Il y a aussi, outre les cas de compensation *complète* et ceux où elle *n'est pas possible* (épanchement péricardial, dégénérescence en tissu conjonctif du tissu musculaire du ventricule gauche), divers états pathologiques caractérisés par le petit volume des artères, la dilatation des veines superficielles, la couleur cyanotique de la peau et des muqueuses, la température basse et anormale du corps, phénomènes montrant que la compensation se fait incomplétement. Tôt ou tard, ces malades finissent par présenter les symptômes qu'on remarque dès le principe chez les sujets dont les altérations du cœur ne sont pas compensées. La mort peut survenir par accident, quand, par exemple, le courant sanguin détache des valvules affectées un caillot fibrineux et le transporte dans les artères du cerveau.

On peut diviser en trois catégories les conditions pathologiques qui rendent nulle la compensation.

A. L'altération cardiaque primitive s'aggrave par la continuation de l'endocardite aiguë ou chronique qui l'a produite. La pointe des valvules augmente de dimension, et des caillots fibrineux se forment dans l'espèce d'entonnoir que présente la valvule.

L'insuffisance croît à mesure que la valvule s'épaissit, se rétracte, et devient plus dure et résistante. La quantité de sang injectée dans le système aortique est aussi diminuée, et, pour suppléer à ce vice et à l'accumulation du sang dans les divers appareils de la circulation, il faudrait que l'hypertrophie de la cavité cardiaque produisant la compensation augmentât en proportion. Pour que la masse musculaire s'accrût, il faudrait que les fonctions nutritives du corps s'élevassent en proportion, ce qui est rendu difficile ou impossible par la petite quantité de sang dont le corps peut disposer pour sa nutrition.

B. Aux altérations cardiaques peuvent se joindre les altérations de divers organes importants. Ainsi, dans les cas de sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on voit souvent se produire l'engouement hémorrhagique du poumon. Pour qu'une compensation soit possible, il faut que la cavité du cœur, déjà hypertrophiée, augmente encore de volume musculaire ; sans cela, le patient se trouve dans le cas d'une altération du cœur non compensée.

C. Les muscles du ventricule compensateur subissent la dégénérescence graisseuse. M. Traube a eu l'occasion de remarquer souvent cette altération dans le ventricule droit, et quelquefois dans les parois du ventricule et même de l'oreillette gauches, dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques.

Ainsi, toutes les altérations du deuxième groupe, qui diminuent le travail du cœur, ont pour résultat de diminuer la tension du système aortique et d'augmenter celle du système veineux. Ces changements dans le courant circulatoire amènent de notables modifications dans la sécrétion rénale. Pour bien comprendre ce genre de lésions, nous allons rappeler brièvement les résultats obtenus par Goll, Meyer, Robinson et Frerichs.

(*La suite prochainement.*)

Mémoire sur la photophobie, par M. le docteur Raphael Castorani, présenté à l'Académie des sciences, le 15 septembre 1856.

L'étude de la photophobie est une des plus intéressantes de la pathologie oculaire. Mais comme elle est encore entourée de beaucoup d'obscurité, et comme d'un autre côté elle soulève une foule de questions importantes, depuis déjà longtemps mon attention s'était portée sur ce sujet. Après des recherches longues et aussi consciencieuses que possible, qu'il me soit permis d'exposer mes opinions sur ce point de la pathologie.

Plusieurs opinions ont eu cours sur le siége de la photophobie. J'en parlerai plus tard. Je me bornerai pour l'instant à signaler celle qui aujourd'hui compte le plus grand nombre d'adhérents, celle qui fait dépendre la photophobie de l'inflammation de la rétine.

Pour moi, au contraire, le siége de la photophobie réside dans les nerfs ciliaires du trijumeau, qui donnent la sensibilité à la cornée et à l'iris. Elle est le symptôme des affections de ces deux membranes, avec cette particularité qu'elle atteint son maximum lorsque les filets nerveux sont à découvert, comme dans une plaie ou un ulcère de la cornée, ou bien s'ils sont déchirés, comme quand il s'est introduit depuis peu un corps étranger dans la cornée. On a bien dit que la rétine est innervée aussi par le nerf trijumeau ; mais on est d'accord aujourd'hui pour la regarder comme insensible.

Mes opinions à cet égard datent déjà de longtemps ; car de nombreux faits de la pathologie de la cornée et de l'iris m'avaient suggéré, il y a quelques années, cette manière de voir. Mais le désir de connaître la vérité m'a porté à soumettre mes opinions au contrôle de l'observation et de l'expérimentation directe. En conséquence j'ai entrepris sur des lapins des expériences très variées. Voici de quelle manière je les ai exécutées et les résultats qu'elles m'ont fournis.

Expériences. — A. Sur un lapin, j'ai enlevé avec un couteau à cataracte plusieurs lames de la cornée, pour obtenir une plaie transparente. Je l'ai ensuite abandonné à lui-même près d'une fenêtre. Dès lors il se mit à cligner les paupières et à les fermer plus ou moins fortement, suivant l'intensité de la lumière. Je ferai observer que la photophobie se déclare immédiatement après la formation de la plaie kératique, de sorte qu'il n'y a pas de temps intermédiaire entre la formation de cette dernière et l'apparition de la photophobie. Ce seul fait venait à l'appui de mes opinions ; car, si l'on voulait expliquer la photophobie par l'inflammation de la rétine, elle ne devrait pas exister tout de suite après la formation de la plaie de la cornée, mais après un certain temps toujours nécessaire au développement du travail pathologique. Le soir du même jour, j'ai revu le lapin qui présentait les paupières semi-ouvertes ; mais, à mesure que j'approchais la lumière, il les fermait fortement. Pour mieux constater l'effet de la lumière, je la projetais avec mon ophthalmoscope, et alors le clignement des paupières était plus marqué. Le jour suivant, la plaie kératique était recouverte d'une exsudation plastique peu épaisse et par conséquent demi-transparente ; déjà la photophobie se trouvait diminuée. Mais plus tard, lorsque l'exsudation dont nous venons de parler fut complète et tout à fait opaque, la photophobie disparut complétement. Dans ce cas, les filets nerveux sont protégés par l'exsudation plastique, et alors les rayons lumineux n'ont plus d'action sur eux. En effet, sur d'autres lapins j'ai remplacé l'exsudation plastique par une tache de plomb, et la photophobie a presque cessé d'exister.

B. Sur d'autres lapins, j'ai piqué l'iris avec une aiguille à cataracte que j'ai introduite du côté de la sclérotique, comme pour l'opération de la cataracte par abaissement, et j'ai réussi à produire des iritis. La photophobie s'est déclarée aussi, mais elle était moins intense que pour la cornée.

C. Sur une troisième série de lapins, j'ai commencé par produire des cataractes, en ouvrant largement la capsule avec une aiguille pour empêcher les rayons lumineux d'arriver à la rétine. Après la disparition des accidents produits par cette première opération (deux jours après), j'ai produit des plaies kératiques, et la photophobie s'est déclarée alors tout à fait de la même manière que dans les autres cas.

D. Pour compléter mes expériences, j'ai pratiqué la section des nerfs optiques après avoir ouvert le crâne et soulevé les lobes antérieurs du cerveau. Puis j'ai pratiqué une plaie kératique sur un seul œil, qui a présenté de la photophobie tout à fait comme dans les autres cas, tandis que l'autre est resté bien ouvert.

E. Sur d'autres lapins, j'ai coupé tantôt le tronc de la cinquième paire, tantôt la branche ophthalmique de Willis, en soulevant les lobes latéraux du cerveau. J'ai fait sur ces animaux des plaies kératiques ; mais aucune photophobie ne s'est produite. Dans ce cas, en effet, la cornée et l'iris étaient paralysés.

Je ferai remarquer ici que l'autopsie de tous ces animaux a été faite avec grand soin et que dans tous les cas il m'a été permis de constater que le but que je m'étais proposé avait été atteint, c'est-à-dire que j'avais bien complétement coupé tantôt les nerfs optiques, tantôt le tronc du trijumeau, tantôt enfin la branche ophthalmique.

F. Chez un autre lapin, j'ai introduit une aiguille à cataracte dans

la partie postérieure des deux yeux, vingt-cinq fois dans l'un, quinze fois dans l'autre, afin de blesser la rétine. Mais aucune photophobie ne s'est produite ni de suite après les blessures, ni plus tard.

J'ai répété ces expériences plusieurs fois, et j'ai toujours obtenu le même succès. J'ai fait aussi des plaies de la cornée sur les moutons dans l'abattoir de Grenelle, et j'ai obtenu le même résultat que pour les lapins.

D'après les expériences dont nous venons de parler, il me paraît qu'on ne peut plus conserver de doute sur le siége véritable de la photophobie, puisqu'elle persiste bien que l'on coupe les nerfs optiques, tandis que si l'on coupe la cinquième paire, ou la branche ophthalmique, elle ne se produit plus, d'aucune manière. Mais pour mieux démontrer la vérité, examinons aussi chez l'homme les faits que nous fournissent les maladies de la cornée et de l'iris. Nous y trouverons de nombreuses analogies avec les expériences que nous avons pratiquées.

Lorsque la cornée offre des épanchements pointillés ou disséminés, la photophobie n'existe presque pas, parce que les filets nerveux ne sont pas à nu; la même chose s'observe si elle est le siége d'un abcès. Mais si un ulcère existe sur la cornée, pourvu qu'il soit transparent, la photophobie est très intense. Ce symptôme se présente au dernier degré d'acuité si une pustule ulcérée est au centre de la cornée, où les lames de cette membrane sont atteintes profondément, de sorte qu'elle offre alors la forme d'un entonnoir. Aussi dans ces cas les malades tiennent les yeux fermés avec beaucoup de force par crainte de la lumière; ils veulent les ouvrir pour les faire examiner sans pouvoir y parvenir, et tous les efforts qu'ils font sont le plus souvent inutiles. On les voit ouvrir la bouche et non les yeux. Le chirurgien est alors obligé d'ouvrir les paupières et il s'aperçoit que le globe de l'œil se cache dans toutes les directions avec une grande rapidité. Il faut noter que si, au milieu de tout cela, l'ulcère vient à se recouvrir d'un épanchement plastique qui le protége et le rende plus ou moins opaque, la photophobie disparaît presque complétement, et le malade ne paraît plus souffrir, parce qu'il peut tenir les paupières ouvertes comme à l'état normal. Je dirai à ce propos que donnant des soins à un malade atteint d'ulcère de la cornée avec photophobie intense, et ayant ordonné par inadvertance un collyre de sous-acétate de plomb, du jour au lendemain il se forma une tache métallique opaque. Le malade souffrait moins de la photophobie, et disait aller mieux, bien que son œil fût plus rouge que la veille.

Dans les corps étrangers de la cornée ou dans une plaie simple de cette membrane, la photophobie se produit à l'instant même où l'accident a eu lieu. En voici une observation qui s'est présentée tout récemment dans ma pratique.

Obs. I. — M. Guebard, couché dans son lit, jouait avec son petit-fils âgé de quatre ans, le soir du 21 août. L'enfant s'étant précipité tout à coup sur lui, un de ses doigts pénétra entre les paupières de l'œil droit de M. Guebard. La cornée fut blessée par l'ongle, qui enleva plusieurs lames de cette membrane sur une surface assez large, comme on aurait pu le faire avec un couteau à cataracte. A l'instant même, M. Guebard éprouva une cuisson assez forte et une impossibilité complète de regarder la lumière d'une bougie. Le matin, il essaie d'ouvrir les yeux, et ne pouvant pas regarder la lumière, il crut son œil perdu. Il vint alors me trouver, et je constatai une plaie kératique transparente assez large; les lames de la cornée enlevée tenaient encore par un petit point que je coupai avec des ciseaux à pupille artificielle. Comme la conjonctive avait aussi été atteinte par le doigt, elle présentait quelques ecchymoses, et l'œil était un peu rouge. Je fis placer le malade près d'une fenêtre, et lui dis ensuite de me regarder. Mais tous les efforts qu'il fit pour ouvrir les paupières de l'œil affecté furent inutiles. Le troisième jour après l'accident, une exsudation plastique commençait à recouvrir la plaie, et alors aussi la photophobie était notablement diminuée. Aujourd'hui M. Guébard est complétement guéri : il ne reste plus qu'une très petite tache sur la cornée.

Dans l'iritis, la photophobie existe, mais ordinairement à un faible degré, et passe même quelquefois inaperçue, parce que les filets nerveux ne sont pas mis à nu, comme pour la cornée. Je dois dire cependant que lorsqu'il y a une hernie de l'iris, le symptôme en question est très intense (il est vrai qu'il y a dans ce cas perforation de la cornée), mais les filets nerveux de l'iris sont mis à nu et en rapport direct avec la lumière. En effet, plus tard la partie herniée tombe assez souvent en gangrène : ce qui se fait certainement par un travail d'ulcération. Si, au contraire, la hernie de l'iris vient à se recouvrir d'une exsudation plastique, la photophobie diminue ou disparaît comme pour la cornée.

Un fait qui vient encore à l'appui de ma manière de voir, c'est que dans l'iritis il paraît y avoir entre la photophobie et la douleur névralgique une loi de compensation, puisque ces deux symptômes ont une source commune, la cinquième paire. En effet, on observe constamment que la douleur névralgique est plus intense la nuit que le jour. Je noterai ici que la douleur névralgique nocturne n'est pas du tout un signe de syphilis, attendu qu'elle existe toutes les fois qu'il y a iritis.

Lorsqu'un malade a perdu la vue par une amaurose une cataracte vraie ou fausse, etc., la photophobie peut encore exister avec une intensité plus ou moins grande, suivant que la cornée ou l'iris sont plus ou moins malades.

Voici à l'appui une observation que j'ai prise dans le service de M. Desprez, chirurgien à Bicêtre.

Obs. II. — M. l'Amat, âgé de soixante-quatorze ans, demeurant à Bicêtre, dit qu'il a mal aux yeux depuis 1817, que plusieurs fois il a été cautérisé et une fois opéré à l'œil droit d'un entropion.

L'œil droit offre sur la cornée des taches multiples, les unes centrales, les autres périphériques, et un léger entropion de la paupière supérieure. Le malade voit assez avec cet œil pour se conduire. Dans l'œil gauche, au contraire, on reconnaît un commencement d'atrophie, un léger staphylôme opaque de la cornée et des ulcères de cette membrane auxquels vont aboutir des vaisseaux; en outre, on observe un entropion assez marqué de la paupière supérieure. Le malade ne voit pas avec cet œil pour se conduire; il ne distingue pas même l'ombre de la main promenée devant son œil. M. Desprez et moi, ayant écarté largement les paupières, il a dit alors voir quelquefois l'ombre de la main. Le malade éprouve à cet œil une photophobie très intense, et il ferme assez fortement les paupières. Je l'ai placé dans une demi-obscurité, et il a immédiatement entr'ouvert les paupières, mais il n'a pas pu alors entrevoir l'ombre de la main.

Enfin, dans le phlegmon oculaire, qui est la conséquence de la paralysie de la cinquième paire, les malades n'éprouvent pas de photophobie, en sorte qu'ils ne comprennent pas toute la gravité de leur affection. J'en ai observé moi-même un exemple, et j'ai appris avec beaucoup de satisfaction que M. Claude Bernard en a observé un aussi. Dans ce cas, la cornée et l'iris se trouvent dans le même état que lorsqu'on a coupé la cinquième paire. A ce propos je rapporterai très sommairement une observation qui m'a été communiquée par M. Adolphe Richard.

Obs. III. — Vers le milieu de 1854, un garçon servant les maçons fut saisi par un éboulement qui occasionna une fracture de la base du crâne avec écoulement séreux par l'oreille, très abondant. Il entra à Saint-Antoine, dans le service de M. Richard, qui constata, au milieu de lésions nombreuses dont était atteint le malade, une paralysie de la cinquième paire du côté droit. La cornée se sécha, s'ulcéra et finit par tomber en fonte purulente, en même temps que se développait une ophthalmie interne. L'œil s'atrophia enfin, et le malade n'accusa jamais ni douleur ni photophobie.

Les faits fournis par l'expérimentation et la pathologie me paraissent lever tous les doutes sur le véritable siége de la photophobie. Cependant, pourquoi cette photophobie existe-t-elle dans la cornée et dans l'iris, et non dans les autres membranes où les filets ciliaires vont aussi? Je suis d'avis que cela arrive parce que la cornée et l'iris sont plus en rapport direct avec la lumière, et la cornée encore plus que l'iris. La photophobie ne se montre pas dans les affections de la choroïde, parce que les rayons lumineux sont absorbés par le pigmentum de cette membrane, de sorte qu'ils n'arrivent plus alors jusqu'aux nerfs ciliaires. Du reste, cette membrane possède en propre peu de nerfs, elle est plutôt un lieu de passage.

Dans la conjonctivite, les malades n'éprouvent pas de photophobie. Je ferai noter cependant que lorsqu'on cautérise la conjonctive palpébrale avec le crayon de sulfate de cuivre, pour le traitement des granulations, etc., une photophobie assez intense apparaît tout de suite après la cautérisation, et ne dure que quelques minutes. Alors l'œil devient tout à coup très rouge, et la cornée ressent momentanément les effets de la cautérisation. En outre, cette membrane se trouve aussi cautérisée; car le sulfate de cuivre se répand partout. Mais, en admettant encore que, dans ce cas, la photophobie dépend de la conjonctive, cela n'en prouverait pas moins que la cinquième paire est le siége exclusif de la douleur.

Je dois dire, en outre, que quelquefois la photophobie a lieu par simple surexcitation de la cinquième paire, comme cela arrive chez les personnes très nerveuses.

Enfin, je dois faire observer que si un individu a été renfermé pendant longtemps dans l'obscurité complète (comme cela arrive à certains prisonniers), et s'il s'expose ensuite à une vive lumière, il éprouve une photophobie intense. Si un individu atteint d'ulcère de la cornée tient longtemps son œil caché par crainte de la lumière, il arrive qu'après être guéri de l'ulcère, il éprouve également une grande photophobie, s'il s'expose à l'influence d'une vive lumière. Dans ces cas, le siége de la photophobie n'a pas changé; mais il faut reconnaître qu'alors la lumière agit passagèrement comme un stimulus pathologique sur des yeux qui ont perdu l'habitude d'être influencés par cet agent; car si, pendant une demi-journée, le malade se promène à la vive lumière, tout disparaît. Une rétinite ne disparaîtrait certainement pas dans un temps aussi court.

On a désigné la sclérotique comme étant le siége de la photophobie, parce que toutes les fois que ce symptôme existe, on aperçoit le cercle radié. Mais je ferai observer que ce cercle radié rampe au-dessus de la sclérotique et n'appartient pas à cette membrane. En effet, lorsqu'il y a inflammation de la sclérotique, ce qui est rare, le cercle radié n'apparaît que lorsque l'iris ou la choroïde s'enflamment, et pas du tout quand l'inflammation est limitée à la sclérotique seule. Le cercle radié, en outre, se développe dans les inflammations de quelque membrane que ce soit, excepté quand l'inflammation est limitée à la sclérotique seule, comme nous l'avons déjà dit. La conjonctivite catarrhale, en effet, pour peu qu'elle soit intense, développe aussi le cercle radié. Il paraît donc plutôt établir une communication des vaisseaux de l'intérieur de l'œil avec ceux de l'extérieur, et *vice versâ*.

MM. A. Berard et Cade, dans une affection qu'ils ont appelée *cyclite*, ont dit que la photophobie est le résultat de tiraillements exercés par l'iris resté contractile sur le ligament ciliaire congestionné ou enflammé; mais j'ai pu observer que, lorsque la pupille est dilatée par l'action de la belladone ou le sulfate neutre d'atropine, la photophobie ne diminue pas. En outre, le ligament ciliaire, pour se congestionner ou s'enflammer, a besoin d'un certain temps, tandis que la photophobie se déclare à l'instant même où l'on a pratiqué une plaie sur la cornée.

On a dit que l'air exerce une impression douloureuse sur la surface oculaire; cependant l'expérience démontre constamment et sans exception que les malades ne peuvent pas ouvrir les yeux à la vive lumière, tandis que, s'ils sont placés dans une demi-obscurité, et mieux dans une obscurité complète, ils ouvrent largement les paupières, comme dans l'état normal. La lumière a donc sur les nerfs ciliaires une influence qui a pour résultat la photophobie. Mais les rayons lumineux, pourra-t-on dire, s'accompagnent de rayons calorifiques. J'ai tâché de les séparer par une solution d'alun à laquelle on attribue la propriété de laisser passer seulement les rayons lumineux. J'ai fait regarder plusieurs malades, affectés d'ulcères de la cornée, à travers cette solution, et j'ai remarqué que, par un effort de volonté, ils entr'ouvrent les paupières; mais je dois ajouter qu'ils les entr'ouvrent aussi bien sans solution d'alun. Je crois donc que ce sont les rayons lumineux seulement qui influencent les nerfs ciliaires.

Le siége de la photophobie étant connu, que devons-nous penser de la rétinite admise par tous les auteurs comme une affection fréquente? C'est un sujet fort délicat, et je dois bien avouer que tout me porte à la nier, bien que j'admette comme possible l'inflammation de la rétine. Je veux dire par là qu'à mon avis les auteurs ont groupé sous le nom de rétinite des symptômes qui appartiennent à bien d'autres choses qu'à l'inflammation de la rétine. On n'en connaît pas, en effet, les caractères anatomiques, et le diagnostic repose en entier sur les deux symptômes physiologiques : la photophobie, la photopsie. J'ai dit assez longuement ce que je pensais de la photophobie. Je ferai seulement remarquer, et j'insiste beaucoup sur ce point, que si la photophobie constituait un symptôme de la rétinite, le nombre des aveugles devrait être très considérable, car le symptôme dont nous parlons est très fréquent, en raison, d'après nous, de la fréquence des affections de la cornée et de l'iris. En outre, il y a des photophobies qui durent deux ans, trois ans et davantage, comme dans les pustules ulcérées de la cornée, qui surviennent fréquemment sous l'influence de la constitution lymphatique chez les enfants. Faudrait-il admettre qu'une rétinite dure aussi longtemps? Or, les faits viennent encore démontrer constamment qu'après une photophobie très intense et d'une durée plus ou moins longue, le malade voit aussi bien qu'auparavant, pourvu qu'il n'existe pas de tache sur le centre de la cornée et que la pupille ne soit pas déformée, etc.

Avec l'ophthalmoscope, on voit quelquefois la rétine un peu vascularisée; mais cela arrive précisément lorsqu'il existe une congestion de la choroïde, et l'on est alors fort embarrassé de dire si ces vaisseaux appartiennent à la choroïde ou à la rétine, qui est demi-transparente. Mais en admettant qu'ils appartiennent à la rétine, il faut bien avouer que, même dans

ce cas, il n'existe pas la moindre photophobie ; en sorte qu'on peut très bien projeter la lumière dans l'œil avec l'ophthalmoscope. Il n'existe pas non plus de photophobie dans la choroïdite simple, sans iritis, qu'on dit s'accompagner souvent de rétinite.

Avec l'ophthalmoscope, on connaît aussi l'hydropisie sus-rétinienne, l'apoplexie de la rétine, etc ; mais ces affections n'appartiennent pas à la rétine : elles sont ordinairement la conséquence des affections congestives ou inflammatoires de la choroïde. Est-il certain que l'amaurose elle-même constitue bien évidemment une affection rétinienne ? Elle n'est qu'un symptôme de causes très variées.

Pour la photopsie, je ferai la même remarque que pour le cercle radié ; il suffit d'une affection oculaire même bénigne pour la voir se manifester. Il n'est pas rare en effet de voir des malades tourmentés par la photopsie pour une conjonctivite catarrhale, pour peu qu'elle soit intense. Si même dans la nuit on se frotte un peu fortement les paupières, on éprouve de la photopsie, passagère il est vrai.

Pour guérir la photophobie, on doit traiter les affections de la cornée et de l'iris dont elle est le symptôme. Il y aurait à rechercher une substance qui protégeât les ulcères de la cornée du contact des rayons lumineux sans attaquer cependant cette membrane. Cela paraît difficile à cause du mouvement des paupières, qui est un puissant obstacle. Je me propose cependant de faire quelques recherches dans ce but.

Le malade doit se tenir dans une chambre légèrement éclairée et non pas complétement obscure, parce qu'après la guérison on aurait la photophobie qui serait produite par le manque absolu de la lumière. S'il sort, il peut recourir aux conserves neutres, qui diminuent l'intensité de la lumière sans altérer la couleur des objets.

Conclusions.— 1° Le siége de la photophobie réside dans les nerfs ciliaires du trijumeau qui donnent la sensibilité à la cornée et à l'iris.

2° La photophobie est d'autant plus intense que les filets ciliaires sont plus à découvert.

3° La rétinite, dont j'admets la possibilité, n'a pas été jusqu'à présent constatée.

4° Le nerf optique est un nerf purement de sensibilité spéciale, et ne peut percevoir la douleur.

5° La photophobie n'étant qu'un symptôme des affections de la cornée et de l'iris, c'est vers ces maladies qu'il faut diriger ce traitement.

Qu'il me soit permis en terminant de remercier M. Claude Bernard de toutes les bontés qu'il a eues pour moi.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Médecine. — *Nouveau médicament fourni par un arbre de la Chine et employé avec succès, à bord d'un bâtiment français, dans des cas graves de diarrhée et de dysentérie.* — M. *Jules Cloquet* présente à l'Académie un nouveau médicament qui lui a été adressé par M. le capitaine de vaisseau *Simonnet de Maisonneuve*, commandant la frégate la *Sibylle*, dans les mers de la Chine et du Japon. Ce médicament est un extrait alcoolique retiré par M. le docteur *Barthe*, chirurgien de la frégate, du bois d'un arbre de la Chine nommé *Tagale* et que pour cette raison il propose d'appeler *Extrait de Tagale*. Cette substance se présente sous la forme d'une poudre grossière, d'un brun foncé, formée de petits grumeaux d'aspect résineux, se collant entre eux par la pression, et prenant facilement la forme pillulaire sous laquelle elle a été employée.

La saveur de cet extrait est d'une amertume tenace et d'une âcreté remarquable. Son odeur est légèrement empyreumatique. Le bois qui fournit ce médicament est jaune et léger, semblable à celui de la racine de réglisse. Il se pulvérise facilement, et dégage ainsi, pendant plusieurs jours, une forte odeur de chlore.

Faute de moyens convenables qu'on ne saurait trouver à Hong-kong, ni même à Canton, M. le docteur Barthe n'a pu faire une analyse rigoureuse de ce médicament, qu'il a employé avec grand avantage sur plusieurs marins de l'équipage de la frégate atteints de diarrhées et de dysentéries graves.

Physiologie. — *Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration;* par M. *Bonnet*. — Le *pneumatomètre*, d'abord appelé spiromètre, n'a, comme les montres, qu'un seul cadran, sur lequel marchent deux aiguilles ; la plus petite indique les litres et la plus grande les centilitres; son volume n'excède pas 25 centimètres dans les plus grandes dimensions, et son poids, lorsqu'il ne contient pas d'eau, est à peine de 1 kilogramme. Ces modifications le rendent facilement portatif; elles en réduisent le prix des deux tiers, et permettent de déterminer par une simple inspection, le nombre de centilitres d'air qui l'ont traversé.

L'emploi de cet instrument démontre que dans toute lésion des voies respiratoires, la quantité d'air mise en circulation diminue, et que cette diminution peut être telle, que le maximum de l'air rejeté après une inspiration aussi étendue que possible, n'est que le quart ou même le cinquième de ce qu'il devrait être dans l'état normal.

Pour apprécier l'étendue de cette diminution, il faut avoir mesuré la respiration du malade lorsqu'il se portait bien, ou pouvoir déterminer *à priori* le nombre de litres et de centilitres d'air qu'il devrait expirer s'il jouissait de la santé. Sans la notion du type normal, on peut tomber dans les plus graves erreurs.

D'après les observations de M. *Hutchinson*, traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut admettre que de quinze à trente-cinq ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres ; pour une taille moyenne, de 3 litres et demi; pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse trente-cinq ans, il perd à peu près 33 millilitres par année, soit 1 centilitre tous les trois ans ; de telle sorte qu'un homme qui, à trente-cinq ans, aurait une capacité pulmonaire de 3 litres et demi, la verrait réduite à 2 litres et demi vers l'âge de soixante-cinq ans.

On ne peut donc hésiter à reconnaître un trouble grave dans les fonctions respiratoires et à présumer des lésions anatomiques, dès que le plus grand volume d'air que puisse rejeter un adulte en une seule expiration tombe à 2 litres, 1 litre et demi, 1 litre et même à 1/2 litre, comme on le voit dans des phthisies très avancées et dans des pneumonies doubles. Par contre, toute crainte d'affection des voies respiratoires doit disparaître, si la pneumatométrie démontre une capacité pulmonaire égale à celle que conduisait à admettre la loi d'*Hutchinson*.

Anthropologie. — *Rapport sur un mémoire de M. Jacquart intitulé: « De la mensuration de l'angle facial, des goniomètres faciaux et d'un nouveau goniomètre facial,* » inventé par l'auteur. — Pour faire comprendre l'importance de ce travail, M. le rapporteur rappelle les méthodes diverses qui permettent de comparer, d'une race à l'autre, les caractères principaux, tirés du crâne et de la face.

Le premier, *Camper* attacha surtout une grande valeur à la détermination de l'angle formé par deux lignes appelées par lui *la ligne horizontale* et *la ligne faciale;* la première *passait par le dessous du nez et le trou de l'oreille;* l'autre *touchait l'os du nez et*

celui du front. Il montra que cet angle est dans un rapport remarquable avec le caractère général de la tête. Entre les deux extrêmes, de 80 et de 70 degrés nonagésimaux (88°,88 et 77°,77 centésimaux) se trouvent comprises toutes les races humaines, caractérisées chacune par un *angle facial* déterminé. *Camper* croyait être parvenu à établir ainsi une série ininterrompue de têtes d'une expression de plus en plus intelligente, depuis la Bécasse jusqu'à l'Apollon du Belvéder. *Cuvier* et *Geoffroy Saint-Hilaire* employèrent ainsi l'angle facial à la détermination des divers groupes de singes.

Mais cette méthode n'était pas irréprochable. *Blumenbach* imagina la *méthode verticale*, qui consiste à placer une série de têtes osseuses sur un même plan, de manière que, reposant sur leur mâchoire inférieure, elles aient leurs os malaires placés à peu près sur la même ligne horizontale; puis, à les regarder successivement de haut en bas en se plaçant au-dessus du vertex. On se fait ainsi une idée très nette de l'aire circonscrite par le contour de la tête dans sa portion la plus renflée, de la forme du front, de la position des pommettes, de la saillie des os maxillaires; mais, d'une part, on perd les détails si utiles que donne le profil; d'autre part, on laisse entièrement inexplorée toute la base du crâne.

Ces deux méthodes font regarder la tête des singes anthropomorphes, dans leur jeunesse, comme un intermédiaire entre la tête humaine et la tête animale. Mais si avec M. *Owen* on examine par la base le crâne du singe le plus élevé et celui de l'homme le plus bas placé, on voit disparaître ces prétendus rapports. Ici la longueur relative des diamètres transverse et antéro-postérieur, la forme et les dimensions de la voûte palatine, la position et l'étendue des arcades zygomatiques, la position du trou occipital, ne permettent plus d'établir le moindre rapprochement, et la prétendue série de *Camper* se trouve interrompue.

Enfin *Prichard* a remarqué que ni l'angle facial de *Camper*, ni la méthode verticale de *Blumenbach*, ni la méthode inverse d'*Owen* ne permettent d'apprécier les caractères très importants de certains crânes à forme pyramidale, comme ceux des Esquimaux. Ainsi aucune de ces méthodes ne peut suffire séparément : leur emploi simultané peut seul être avantageux.

Mais *Camper* manquait de précision dans sa manière de déterminer l'angle facial. *Cuvier* et *Geoffroy Saint-Hilaire* la remplacèrent par une construction purement géométrique, où entrèrent, comme éléments, la distance d'un trou auriculaire à l'autre, celle d'un trou auriculaire au tranchant des incisives moyennes, celle du trou auriculaire à la saillie du frontal, et celle de la même saillie au tranchant des incisives.

Le goniomètre de M. Morton, construit d'après ces indications, ne peut s'appliquer aux têtes d'animaux, et se trouve bien souvent en défaut par rapport à l'étendue et à la capacité des sinus frontaux, si variables dans une même race et d'un individu à l'autre. Celui que présente aujourd'hui M. le docteur *Jacquart* n'a pas ces inconvénients.

M. *Jacquart* se réserve de faire connaître plus tard le fruit des recherches qu'il aura faites à l'aide de cet instrument. Il a déjà remarqué chez un de ses amis l'angle facial de 100 degrés centésimaux, l'angle droit, que *Camper* et ceux qui l'ont suivi ont regardé comme ne se trouvant que sur des statues, sur des représentations idéalisées de la forme humaine.

De plus, *Camper*, et depuis lui presque tous les anthropologistes paraissent avoir regardé l'angle facial comme bien moins variable dans une race donnée qu'il ne l'est en réalité. Pour eux, entre le nègre et l'Européen, il n'existe qu'une différence de 10 degrés nonagésimaux (11°,11 centésimaux), et c'est à cette différence qu'est due la beauté plus grande de la race blanche. Or les extrêmes des mesures déjà recueillies par M. Jacquart donnent une différence de 20 degrés centésimaux entre individus appartenant tous à la race blanche. La grandeur de l'angle facial n'a d'ailleurs montré aucun rapport direct ou indirect avec le plus ou moins de développement des facultés intellectuelles.

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur la physiologie des capsules surrénales*; par M. *E. Brown-Séquard*. — L'objet de ce second mémoire est de montrer que la mort, après l'ablation des capsules surrénales, ne dépend ordinairement que pour une très petite part des lésions inévitables ou accidentelles qui accompagnent cette opération, et que, conséquemment, c'est l'absence de ces petits organes qui est alors la principale cause de mort. L'auteur examine successivement les conséquences de ces diverses lésions.

I. *Plaie pénétrante de l'abdomen; péritonite.* — Sur 7 lapins, M. Brown-Séquard a ouvert l'abdomen à gauche et à droite, précisément comme pour extirper les capsules surrénales; puis il a dilacéré le péritoine en plusieurs endroits, au voisinage de ces organes, en ayant soin de léser cette membrane beaucoup plus que dans les expériences d'ablation des capsules. 1 de ces 7 animaux a survécu, et les 6 autres sont morts de péritonite, l'un après vingt-quatre heures, un second après trente heures, 2 après deux jours et quelques heures, et les 2 derniers vers la fin du troisième jour. Chez tous la péritonite était très étendue et très intense. Sur 66 lapins ayant subi l'ablation des deux capsules surrénales, pas un n'a eu une péritonite aussi étendue et aussi avancée que celle qui existait chez les 6 précédents. On en peut conclure : 1° que les lésions qui accompagnent nécessairement l'ablation des capsules au moins chez les lapins, ne peuvent pas être considérées comme les causes principales de la mort, alors si rapide ; 2° que la péritonite résultant de ces lésions ne peut pas non plus être considérée comme une des principales causes de mort après l'ablation des capsules surrénales.

II. *Hémorrhagie.* — La perte de sang a toujours été insuffisante pour causer ou hâter la mort d'une manière manifeste.

III. *Lésions des reins; néphrite.* — Des lapins chez lesquels M. Brown-Séquard a comprimé ou meurtri les reins, sans toucher aux capsules, ont survécu à cette lésion beaucoup plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

IV. *Plaie ou contusion du foie*; *hépatite.* — La phlegmasie du foie ne peut pas être considérée comme une cause notable de mort chez les lapins dépouillés de leurs capsules; car elle est le plus souvent superficielle; et quand elle s'est étendue plus profondément, il n'y a pas de différences sensibles dans la durée de la vie.

V. *Phlébite des veines rénales ou de la veine cave.* — L'auteur n'a vu qu'une fois une véritable phlébite ; et des lapins, ayant eu la veine rénale droite et la veine cave comprimées, quelques instants, entre les mors d'une pince, ont survécu bien plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules.

VI. *Existence simultanée de lésions du foie, du péritoine, des reins, des veines rénales et de la veine cave.* — Sur 9 lapins, M. *Brown-Séquard* a mis à nu les capsules surrénales sans les léser, dilacéré le péritoine dans leur voisinage, comprimé fortement et même écrasé parfois l'extrémité supérieure des reins, serré quelques instants entre les mors d'une pince la veine cave et la veine rénale gauche, comprimé et quelquefois déchiré le foie au voisinage de la capsule surrénale droite. Tous ces animaux (excepté un qui mourut sept heures après l'opération, et probablement d'une hémorrhagie), vécurent bien plus longtemps que les lapins privés simplement des capsules surrénales. Au lieu d'une survie moyenne de neuf heures et quelques minutes, comme chez ces derniers, leur survie moyenne a été d'environ vingt-quatre heures, et l'un d'eux a survécu plus de trois jours. Que toutes les lésions mentionnées ci-dessus ou du moins quelques-unes d'entre elles aient une certaine influence sur la durée de la vie après l'ablation des capsules surrénales, soit ; mais il semble certain, d'après les faits excessivement nombreux observés jusqu'ici, que cette influence est extrêmement faible, du moins chez les lapins.

Conclusions. — 1° La mort à la suite de l'ablation des capsules surrénales ne peut être attribuée ni exclusivement, ni principalement aux lésions qui accompagnent nécessairement ou accidentellement l'exécution de cette opération; 2° la mort dépend surtout de l'absence des capsules surrénales, c'est-à-dire, de l'absence de leurs fonctions.

Et comme la mort a toujours lieu rapidement après l'ablation de ces organes, il ressort des principales conclusions, que 3° les fonctions des capsules surrénales sont essentielles à la vie.

Chimie physiologique. — M. *Dumas* présente à l'Académie, de

la part de l'auteur M. *Béchamp*, la thèse récemment soutenue par ce chimiste devant la Faculté de médecine de Strasbourg. M. Béchamp vient de donner à la théorie chimique de la respiration son dernier et indispensable complément, en prouvant que l'urée dérive de l'albumine ou des produits azotés analogues, et que l'albumine peut être transformée directement en urée par une combustion lente, opérée à l'aide d'une dissolution de permanganate de potasse, vers la température de 80 degrés.

M. Dumas signale aussi à l'Académie la thèse de M. le docteur Picard, qui traite de la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dans l'organisme.

MM. Prévost et Dumas avaient prouvé, il y a trente-cinq ans, que l'urée se montre dans le sang des animaux après l'ablation des reins. Ils en avaient conclu que l'urée était éliminée par les reins, mais non produite par eux.

« M. Picard complète cette démonstration. Au moyen de la précipitation de l'urée par le nitrate de mercure, il est parvenu à séparer du sang les plus légères traces de cette substance. Il a donc pu comparer, sous le rapport de leur teneur en urée, le sang artériel et le sang veineux. Le sang de l'artère rénale d'un chien lui a donné 0,0365 pour 100 d'urée, lorsque la veine rénale n'en fournissait que 0,0186 pour 100, c'est-à-dire moitié moins.

» En étudiant la question sur l'homme lui-même, il a vu que, dans les vingt-quatre heures, le sang artériel qui passe dans les reins abandonnerait environ 28 grammes d'urée. Or la quantité d'urée contenue dans les urines des sujets soumis à l'expérience variait de 27 à 28 grammes pour les vingt-quatre heures.

» Ainsi, le sang artériel qui arrive aux reins contient plus d'urée que le sang veineux qui en sort, et la quantité d'urée perdue pendant le trajet à travers les reins correspond à la quantité d'urée rendue par les urines.

» Il est donc bien démontré que les reins ne fabriquent point d'urée et qu'ils se bornent à l'éliminer.

» L'urée, où se concentre l'azote excrété par les animaux, est donc un produit direct de la respiration, formé dans le sang, comme l'acide carbonique, par oxydation lente au moyen de l'oxygène de l'air, fourni par les poumons. Charriés l'un et l'autre par le sang, ils en sont éliminés, l'un à titre de gaz, par la surface pulmonaire, l'autre à titre de produit soluble, par les reins; l'un pour servir à l'alimentation des plantes par les feuilles, l'autre à leur alimentation par les racines.

» Les matériaux combustibles du sang donnent donc en définitive, comme produits essentiels, de l'acide carbonique, de l'eau et de l'urée, à moins que cette dernière ne soit remplacée par des produits d'une combustion moins avancée. »

MÉDECINE. — *De la respiration amphorique dans la pleurésie*, par M. *Landouzy*. Il est, dit l'auteur, une modification très importante et très curieuse du souffle tubaire pleurétique (qu'une mort prématurée n'a pas laissé à Laënnec le temps de développer) : c'est le *souffle amphorique pleurétique*, qui n'a jamais été étudié dans aucun traité. Sauf deux observations très intéressantes, publiées par M. Behier, et quelques lignes de la dernière édition du *Traité d'auscultation* de Barth et Roger, on ne trouve dans la science nulle mention des bruits amphoriques de la pleurésie.

L'auteur résume son travail dans le conclusions suivantes :

« I. Le souffle amphorique doit être inscrit, comme le souffle tubaire, au nombre des signes de la pleurésie chronique avec ou sans épanchement actuel.

» II. Le souffle amphorique pleural annonce la condensation du poumon, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

» III. Le souffle tubaire pleural annonce la condensation du poumon, soit par le *liquide seul*, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

» IV. La disparition des souffles tubaires ou amphoriques, coïncidant avec le retour du murmure respiratoire ou des *rhonchus*, indique la diminution de la condensation pulmonaire. Coïncidant avec l'absence de tout murmure respiratoire et de tout râle, elle annonce une condensation plus grande du poumon, soit par le liquide et les fausses membranes, soit par les fausses membranes seules. Coïncidant avec l'élargissement des espaces intercostaux, le refoulement des viscères, etc., cette disparition des souffles tubaires ou amphoriques annonce une compression plus grande du poumon par le liquide. Coïncidant enfin avec le rétrécissement du thorax, etc., elle annonce une compression plus grande du poumon par les fausses membranes, sans liquide.

» V. La persistance des phénomènes tubaires ou amphoriques, après la thoracentèse, a une signification précise. Entendus seuls, c'est-à-dire sans mélange d'aucun bruit respiratoire, normal ou anormal, ils indiquent que les grosses bronches seules sont restées perméables. Entendus avec un mélange de respiration pure ou de *rhonchus*, ils indiquent que le poumon est perméable en partie ; et le calibre des râles étant en raison directe du calibre des bronches, on saura le degré de cette perméabilité par le volume des râles, c'est-à-dire que plus les râles seront petits, plus la perméabilité sera grande.

» VI. La voix chevrotante ou égophonie n'est, comme la voix amphorique, qu'une variété de bronchophonie; elle est liée à la modification particulière imprimée au poumon par l'épanchement et non point à l'épanchement même, puisqu'on peut continuer à l'entendre immédiatement après l'évacuation du liquide tout entier.

» VII. Les fausses membranes récentes peuvent, au bout de quinze jours d'un épanchement non précédé d'accidents inflammatoires, être déjà assez consistantes pour donner lieu au souffle amphorique. »

Dans les dernières conclusions, M. Landouzy trace les indications thérapeutiques de la pleurésie chronique, et en particulier celles qui sont relatives à la thoracentèse.

« Dès que les efforts de la nature et de l'art, dit-il, ont été reconnus impuissants à amener la diminution d'un épanchement qui n'est symptomatique ni d'une affection du cœur ou du sang, ni d'une affection du poumon, ni d'une affection des reins, ni d'une cachexie incurables, il faut recourir à la thoracentèse. »

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les rapports de M. le docteur *Mangin* (de la Marche) et de M. le docteur *Lacoste* (de Vitteaux) sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné, l'une à Merizéceurt (Vosges), et l'autre à Godaut (Côte-d'Or). — *b*. Les rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Meuse, sur les maladies qui y ont été observées pendant l'année 1855. — *c*. Deux mémoires de M. le docteur *Millon* sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne) en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de Saône-et-Loire, du Gard, du Haut-Rhin, de la Seine-Inférieure, des Basses-Pyrénées, d'Eure-et-Loire, de Loir-et-Cher, des Hautes-Pyrénées, de la Charente, de l'Aveyron, de l'Isère, de Seine-et-Marne, du Calvados et de la Corrèze. (*Commission de vaccine.*) — *e*. La formule d'une préparation ferrugineuse au citro-lactate de fer, par M. *Laroze*, médecin à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Mathieu*, accompagnant l'envoi d'une pince destinée à extraire les polypes naso-pharyngiens. (M. Laugier, *rapporteur.*) — *b*. Une lettre de M. le professeur *Tigri* (de Sienne), rapportant quatre observations de *maladie bronzée*, recueillies par lui dès 1849. (M. Trousseau, *rapporteur.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Marie*, relative au *traitement abortif des bubons suppurés*, dont M. Broca a entretenu l'Académie dans la dernière séance.

Ce traitement aurait été employé, depuis bien des années, à l'hôpital de Caen, par feu le docteur *Dominel*, qui peut-être le tenait de Desault. Il est journellement mis en usage par les nombreux élèves du chirurgien de Caen. (*Commission nommée.*)

M. *Bussy* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, de la thèse inaugurale de M. le docteur *Béchamp*.

Lectures et rapports.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports officiels relatifs à des remèdes nouveaux. Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

MM. *Gibert*, *Larrey*, *Lagneau* et *Moreau*, insistent auprès de M. le rapporteur sur la nécessité qu'il y aurait de signaler à M. le

ministre l'abus que la plupart des inventeurs de recettes font de la tolérance de l'administration relativement à l'exercice de la médecine. Les empiriques étrangers à l'art de guérir viennent le plus souvent solliciter pour leurs remèdes l'approbation de l'Académie, après en avoir longtemps essayé les effets sur des malades qu'ils n'avaient aucune qualité pour soigner. Quelques-uns même poussent l'effronterie jusqu'à joindre à leur demande des certificats ou des témoignages mensongers. C'est ainsi qu'un *baume* merveilleux, dont M. Robinet, dans cette séance même, a si bien tourné en dérision l'absurde formule, aurait été employé, suivant son inventeur, *avec un succès constant dans un grand nombre d'hôpitaux*. On ne saurait trop appeler la sévérité de la justice sur ces *guérisseurs* effrontés qui, au mépris des lois et des droits sacrés de l'humanité, exploitent la crédulité de malades ignorants, et leur font expier souvent une confiance trop aveugle au prix d'infirmités incurables et de la vie même.

M. *Robinet* et M. *Depaul* répondent que le mandat du rapporteur, dans ce cas, est tout simplement d'éclairer le ministre sur la valeur des remèdes nouveaux, et de lui faire connaître l'avis de la commission sur l'opportunité de l'application du bénéfice des lois à tel ou tel médicament, à telle ou telle recette d'invention plus ou moins récente. MM. Robinet et Depaul ajoutent que jamais pourtant la *Commission des remèdes secrets et nouveaux*, par l'organe de son rapporteur, n'a laissé échapper l'occasion d'appeler l'attention de l'autorité sur les cas si fréquents d'exercice illégal de la médecine.

M. *le président*. Afin que les dangereux abus qui viennent d'être signalés frappent plus sûrement l'autorité, et en même temps pour satisfaire aux intérêts de la morale et remplir les vœux de l'Académie, j'inviterai le bureau à adresser à ce sujet une lettre pressante à M. le ministre, laquelle accompagnera les rapports dont on vient d'entendre la lecture.

Cette proposition est adoptée.

M. *Larrey* demande qu'on signale d'une manière toute spéciale à M. le ministre le dernier rapport de M. Robinet, qui est relatif à un remède inventé par un *maire* des départements, rapport dont les conclusions flétrissent en termes énergiques l'exemple funeste du mépris des lois donné par un magistrat. (*Adopté*.)

Hippiatrique. — M. *Leblanc* lit un rapport sur un remède prétendu propre à guérir la colique chez les chevaux et les animaux de l'espèce bovine.

Les conclusions défavorables de ce rapport sont adoptées sans discussion.

Économie sociale. — M. le docteur *Des Étangs* donne lecture de *l'introduction* d'un travail ayant pour titre : *Du suicide en France ; études sur la mort volontaire depuis 1789 jusqu'à nos jours*. (*Com.*: MM. Rostan, Collineau, Baillarger.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 18 juillet 1856. — Présidence de M. Cazeaux.

(Suite et fin. — Voir le numéro 36.)

M. *Duparcque* s'empresse de reconnaître l'exactitude des descriptions données par M. Boys de Loury dont le travail confirme parfaitement ce que l'expérience démontre relativement à la période érythémateuse de l'inflammation du col utérin, au boursouflement et à l'érosion de cet organe. Si je suis d'accord avec mon honorable confrère, continue M. Duparcque, en ce qui concerne la description des formes ulcéreuses, les caractères qui établissent la nature simple ou syphilitique de ces altérations, je ne partage point l'opinion qu'il a exprimée sur les formes pustuleuses. Ces dernières, pour moi, traduisent l'existence du vice herpétique.

M. *Hervez de Chegoin* demande si le chancre syphilitique du col de l'utérus peut exister sans chancres extérieurs concomitants. Pour lui, cela n'est pas douteux, et il cite deux faits qui confirment cette manière de voir, faits qui sont en opposition avec l'opinion exprimée par M. Boys de Loury.

Quant au traitement qui peut être appliqué aux ulcérations fongueuses, il ne doit pas toujours être énergique ; bien souvent elles cèdent à une médication plus simple et de plus elles peuvent guérir sans cicatrice apparente.

M. *Boys de Loury*. J'ai vu une cinquantaine de fois environ le chancre du col, et je puis affirmer que trois fois sur quatre, il est accompagné de chancres situés, soit dans le vagin, soit sur les lèvres où ils se trouvent symétriquement placés. Ces chancres succèdent à des pustules qui ne sont autre chose que des pustules d'inoculation ; mais je suis loin d'admettre que ce signe soit constant.

M. *Duparcque* rapporte qu'il a lu un mémoire dans lequel l'auteur a exprimé cette opinion que le chancre du col de l'utérus est toujours accompagné de chancres à la fourchette.

M. *Guibout* ne trouve pas suffisamment établi par l'observation la corrélation qui, d'après M. Boys de Loury, existerait entre les chancres du col et ceux des lèvres génitales ; les premiers peuvent très bien se présenter sans que la malade porte les seconds comme un symptôme obligé. Quant à son existence elle-même, il la croit assez rare, car il n'en a pas observé un seul cas à l'hôpital de Lourcine où il a fait un service pendant plusieurs mois.

Enfin M. Guibout n'accorde pas à M. Boys de Loury que la nature du chancre du col puisse être établie pour les chancres extérieurs. C'est l'inoculation seule qui peut permettre d'établir le diagnostic.

M. *Boys de Loury* maintient son opinion et répète que les chancres du col donnent presque toujours naissance à des pustules d'inoculation disposées symétriquement à la face interne des grandes ou des petites lèvres, puisqu'il a rencontré cette circonstance 36 fois sur 50 ; quand on voit les pustules extérieures on peut diagnostiquer l'existence du chancre utérin.

M. *Guibout*. Le seul moyen de reconnaître la nature syphilitique des ulcérations, c'est l'inoculabilité ; car il y a, surtout chez les femmes grasses malpropres, des ulcérations qui ne sont point chancreuses, mais herpétiques, et qui disparaissent facilement sous l'influence d'un traitement simple.

M. *Cazeaux*. L'ulcération fongueuse, d'après M. Boys de Loury, succéderait à l'ulcération granulée ; je ne le crois pas, et je me hâte d'ajouter qu'en pensant différemment, j'exprime une opinion sans vérification faite de ma part.

On a attribué à l'ulcération, suite des couches, les lochies sanguines prolongées et qui cessent par la guérison de l'ulcération ; c'est M. Richet surtout qui a soutenu cette opinion. Pour moi, je crois qu'il faut les rattacher aux déchirures produites pendant l'accouchement et non à la persistance des flueurs blanches.

Quant aux ulcérations vésiculeuses, je crois, contrairement à l'opinion de M. Boys de Loury, qu'elles sont le résultat d'un herpès du col. Enfin j'ai une opinion un peu différente relativement au chancre du col. Pour moi, c'est un symptôme rare et ne coïncidant pas avec des chancres extérieurs. J'en ai vu deux exemples et toujours sans chancres vulvaires concomitants. Ce chancre a une durée très courte, deux ou trois jours seulement, mais il laisse une teinte plus persistante, particulière, jaunâtre et dont M. Boys de Loury a bien indiqué les caractères.

Le diagnostic du chancre du col ne peut être posé que par l'inoculation.

M *Costilhes*. Je ne suis pas surpris d'entendre dire à MM. Cazeaux et Guibout que le chancre du col est chose très rare, qu'à Lourcine, par exemple, on ne rencontre que par hasard cet accident. Cela se comprend et s'explique par la position respective de ces deux hôpitaux.

En effet, à l'hôpital de Lourcine, les malades y sont reçues ou

n'y entrent que lorsque déjà leur affection date de plusieurs septénaires, ou pour des affections tout autres que celles dont il s'agit en ce moment — et comme le chancre du col de l'utérus parcourt assez rapidement ses périodes, quelquefois même sans laisser de traces de son passage, les médecins de cet hôpital ne sont donc pas à même de l'observer dans toute sa pureté et avec tous ses caractères; tandis qu'à Saint-Lazare, les femmes qu'on y envoie étant régulièrement et soigneusement examinées tous les huit ou quinze jours par les médecins du dispensaire de salubrité, il n'est pas rare de rencontrer des malades qui portent sur le col de l'utérus des chancres dans leur période d'augment ou d'état.

J'ai plusieurs fois, pour ma part, inoculé le pus du chancre du col sur la cuisse des malades, en m'entourant toutefois de toutes les précautions usitées en pareil cas. Une fois entre autres, j'ai pris sur le col d'une jeune fille le pus d'un chancre que j'ai inoculé sur la cuisse droite (la piqûre d'inoculation a été entourée d'un verre de montre), puis le quatrième jour j'ai chargé ma lancette du pus de la pustule d'inoculation et l'ai porté sur une partie saine du col où un nouveau chancre s'est développé, et pour m'assurer de son authenticité, j'ai repris du pus de ce chancre d'inoculation que j'ai de nouveau inoculé sur la cuisse opposée. Une magnifique pustule est encore apparue. Inutile d'ajouter que cette triple inoculation est une preuve des plus concluantes en faveur de l'existence du chancre du col de l'utérus que quelques-uns de nos confrères paraissent nier encore.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 1er AOUT 1856.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. Plusieurs malades de l'administration sont examinés par la commission.

ULCÈRES DU COL DE L'UTÉRUS.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Boys de Loury* présente à la Société de nouvelles considérations sur le chancre du col. Depuis la dernière séance, dit M. Boys de Loury, j'ai reçu dans mon service, à Saint-Lazare, une jeune fille qui portait en même temps qu'un chancre au repli utéro-vaginal, des pustules ulcérées aux grandes lèvres, sur la muqueuse, symétriquement placées de chaque côté. M. Guibout est venu visiter cette malade ; malgré ma conviction, il a regardé comme des herpès ce que je considérais comme pustules d'inoculation. J'ai pris sur une lancette du pus du chancre du vagin, l'inoculation pratiquée avec ce pus sur la cuisse a donné lieu à plusieurs pustules bien caractérisées, et ont témoigné du caractère syphilitique du chancre; la même expérience a été reprise avec le pus des ulcérations de la muqueuse des grandes lèvres; le résultat a été le même. Je prépare depuis longtemps, car j'ai des observations qui remontent à 1845, un travail sur les chancres du col, j'ai recueilli 50 et quelques observations, je prends au hasard deux de ces observations qui n'ont pas été faites pour le besoin de ma cause, car l'une remonte à 1845, l'autre à 1850.

La nommée Morel, âgée de dix-neuf ans, entre à Saint-Lazare le 5 janvier 1850, pour une première affection syphilitique; elle est d'une constitution molle et lymphatique ; chancres disséminés sur les grandes et les petites lèvres, écoulement abondant, ulcération du col de nature évidemment syphilitique, occupant toute la lèvre antérieure. Immédiatement traitement par les pilules de proto-iodure. Engorgement des glandes inguinales. L'ulcération du col change rapidement d'aspect, les ulcérations des parties génitales guérissent plus lentement. La commissure postérieure s'ulcère et ne forme plus qu'un seul chancre avec les parties latérales sur lesquelles étaient disséminés les chancres d'inoculation. La guérison se fait longtemps attendre, cette fille sort le 1er mai.

La nommée Servain, âgée de vingt-huit ans, d'une belle constitution, entrée dans mon service le 14 octobre 1848, a eu deux fois la maladie syphilitique. Cette femme est transférée de l'hôpital de Lourcine où elle est restée six semaines, pour une ulcération du col de l'utérus, dont on a inoculé le pus à la cuisse gauche. L'ulcère qui en est résulté est profond, très douloureux ; il résiste à plusieurs cautérisations, il ne guérit qu'après des applications de la pâte de Vienne. Lors de son entrée, l'ulcère du col est encore large, à fond grisâtre, entouré d'un liséré rouge. Si l'on n'avait pas pratiqué l'inoculation, on aurait été un peu plus tard édifié sur la nature de l'ulcération du col, car le pus en s'écoulant du vagin ulcère le périnée, et plusieurs chancres paraissent sur la muqueuse des grandes lèvres; il se forme à l'anus une rhagade à bords indurés et proéminents qui sont enlevés avec les ciseaux. Cette femme, par suite de l'ulcération de la cuisse et des rhagades, souffre beaucoup, elle a de la fièvre pendant assez longtemps, elle finit cependant par guérir. L'ulcération du col cède la première, puis les rhagades, elle sort le 20 décembre.

Je pourrais multiplier beaucoup ces citations, et démontrer que si les pustules chancreuses ne sont pas positivement un signe caractéristique, elles manquent rarement, et je n'ai rien voulu prouver de plus. Vous avez vu M. Costilhes confirmer mes observations par les siennes propres, et nous avions consigné ensemble mes idées dans un travail imprimé en 1845. Mais voici une nouvelle preuve de mes assertions, tirée d'une thèse soutenue l'année dernière par M. Leroux, sur des observations recueillies à Lourcine. Après m'avoir cité dans plusieurs parties de cette thèse, l'auteur ne parle pas de mes observations sur le chancre du col, et le seul fait qu'il en cite vient à l'appui de mes assertions. M. Leroux a vu une seule malade affectée d'ulcère syphilitique du col; l'observation en est recueillie avec beaucoup de soin, beaucoup de détails; je ne vais relater que ce qui a rapport à mes remarques sur l'inoculation.

La malade, examinée à son entrée à l'hôpital, présente à la partie inférieure de la face interne de la grande lèvre du côté gauche, une surface ulcérée, d'un aspect grisâtre, parfaitement arrondie, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Cette surface est entourée d'un bourrelet rougeâtre, saillant, d'un millimètre de largeur. A la face interne de la nymphe droite, une ulcération plus superficielle, à la face interne de l'autre nymphe, dans le point correspondant, une ulcération semblable. Le col utérin est volumineux et paraît érodé dans une étendue de 3 centimètres. Cette érosion offre un aspect grisâtre, à surface inégale; des inoculations pratiquées sur la cuisse avec le pus de cette surface ulcérée, donnent lieu à des pustules caractéristiques.

Ainsi donc, toutes ces preuves dont j'ai donné connaissance à la Société, m'ont autorisé à établir cette proposition : que les pustules des grandes ou des petites lèvres s'inoculant symétriquement d'un côté à l'autre, annoncent généralement l'existence d'un chancre au col de l'utérus. Je reconnais cependant que ce dernier peut exister sans qu'il y ait en même temps les pustules d'inoculation, mais dans ces cas exceptionnels il est presque toujours accompagné d'autres chancres, soit à l'anus, soit aux environs.

M. *Duparcque*. La commmunication de M. Boys de Loury présente beaucoup d'intérêt, mais cependant, je ne puis me défendre de faire quelques réserves au sujet du chancre du col. La guérison prompte de cette ulcération, admise par tous ceux qui ont pris part à la discussion, ne me paraît pas être un argument dont on puisse se prévaloir pour en établir la nature syphilitique. Il y aurait aussi bien d'autres réserves à faire pour les formes pustuleuses. Je n'ai pas l'intention de m'appesantir sur ce point, je veux seulement faire remarquer que ces éruptions sont nombreuses et dépendent d'une foule de causes, n'ayant aucun rapport avec la syphilis : tel est, par exemple, l'abaissement de l'utérus, après l'application prolongée du pessaire.

M. *Camus*. Le chancre du col n'est pas induré, au moins d'après les faits que j'ai pu observer; cela tient peut-être et à son peu de durée et aussi à certaines conditions locales du tissu; malgré l'absence de toute induration, il n'en donne pas moins lieu à la contamination.

M. *Boys de Loury* Le chancre du col a l'aspect de celui des autres parties; fond grisâtre, coupé à pic ; et s'il n'est pas induré, c'est peut-être à cause de l'absence du tissu cellulaire dans cette région. Je dois cependant dire que j'ai vu une fois un chancre du col manifestement induré, et en ce moment j'en vois un second exem-

ple; dans le cas présent, il n'y a pas de pustules sur les parties génitales externes.

M. *Guibout*. Je désire ramener la question à son point de départ. Les pustules chancreuses des grandes et petites lèvres autorisent-elles à croire, ainsi que le veut M. Boys de Loury, à l'existence du chancre du col? Pour moi, je ne le crois pas, parce qu'il n'existe pas toujours lorsqu'on rencontre les chancres extérieurs; et parce qu'il existe souvent tout seul, sans autre symptôme qui l'annonce que l'engorgement ganglionnaire de l'aine. Ce sont ces engorgements symptomatiques du chancre du col qui ont été décrits comme des bubons d'emblée par des auteurs qui n'avaient pas examiné le col.

Le fait cité tout à l'heure par M. Boys de Loury est loin d'être aussi concluant qu'il paraît le croire. J'ai vu la malade; elle portait effectivement des ulcérations extérieures très nombreuses; mais leur cicatrisation prompte m'a fait croire non à l'existence des chancres véritables, mais à des ulcérations herpétiques. Le succès de l'inoculation avec le pus puisé à la surface de ces ulcérations n'est pas pour moi une preuve sans réplique; car les piqûres pratiquées sur les cuisses n'ont pas été isolées et il pourrait bien se faire qu'elles aient été contaminées par la sécrétion du chancre du vagin.

M. *Boys de Loury*. Je ne m'arrêterai pas à réfuter l'argumentation de M. Guibout, car elle repose sur des suppositions. L'inoculation des ulcérations extérieures démontre leur nature spécifique, et dès lors pourquoi supposer l'infection par le chancre intérieur.

Je crois à la possibilité des bubons d'emblée; quant à la coïncidence entre le chancre du col et les pustules extérieures, elle n'est pas constante, comme je l'ai établi dans mon travail; mais je l'ai rencontrée trente-six fois sur cinquante; ce fait doit être pris en considération.

M. *Chausit*. Puisque la question a dévié un peu de la voie qui lui avait été primitivement assignée, je prendrai la parole pour examiner en quelques mots quelle peut être la signification du chancre du col, relativement à certains points de l'histoire de la syphilis. Ainsi, d'après la discussion, il me semble acquis à la science que le chancre du col se présente sans induration: ce premier point a une grande importance, puisqu'il prouve, une fois de plus, que l'induration n'est pas la seule porte obligée qui puisse livrer passage à la syphilis dite constitutionnelle. En effet, le chancre induré est excessivement rare chez la femme qui pourtant est aussi souvent que l'homme infectée par la vérole.

En présence de ce fait clinique, que devient l'autocratie du chancre?

Si nous examinons maintenant la valeur du chancre du col relativement à la question des bubons d'emblée, nous nous éloignerons sur ce point de l'opinion émise par M. Guibout. Il ne suffit pas, en effet, de nier l'existence des bubons d'emblée, et d'admettre qu'ils sont symptomatiques d'un chancre, soit du col de l'utérus, soit des parties profondes du canal de l'urèthre. Il faudrait le démontrer. Malheureusement cette explication si séduisante repose sur une hypothèse anatomique qui n'a pas encore été sanctionnée, à savoir: que les ganglions lymphatiques de l'aine sont en rapport direct d'absorption avec les chancres du col et de la muqueuse uréthrale.

Nous croyons donc que l'existence des bubons d'emblée ne peut pas être révoquée en doute; pour notre compte, nous avons eu occasion d'en publier un exemple d'autant plus remarquable, que ce bubon considéré, après l'examen le plus minutieux, comme un engorgement strumeux et traité comme tel à l'hôpital du Midi, fut suivi quelques mois après d'une éruption syphilitique. Un traitement mercuriel amena promptement la guérison et de la syphilide et des trajets fistuleux du prétendu bubon strumeux, qui n'étaient point encore cicatrisés.

M. *Richard*. Je ne veux pas entrer dans la discussion, je veux seulement dire à la Société qu'il vaudrait peut-être mieux ajourner cette question du chancre du col. Ainsi, pour ne parler que de la fréquence de cette ulcération syphilitique, des travaux récents sont venus démontrer qu'elle était plus commune qu'on ne le croyait généralement. C'est ce qui résulte de la communication faite à la Société de chirurgie, il y a quelques mois, par M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille); d'un autre côté, je sais que M. Bernutz prépare, sur le même sujet, un travail très étendu.

— La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Essai sur la pneumonie chronique, par le docteur Raimbert.

Études sur la pneumonie chronique, par le docteur Cotton.

Sur l'induration pulmonaire, par le docteur R. Heschl.

(Suite et fin. — Voyez le n° 37, tome III.)

Relativement à l'*anatomie pathologique* de la pneumonie chronique, M. Raimbert admet deux formes principales: l'une qu'il appelle *induration diffuse ou parenchymateuse*, qui peut être rouge, grise ou noire, et qui résulte, en totalité ou en grande partie, de la phlegmasie lente de *tous les éléments constitutifs* du parenchyme; l'autre qu'il nomme *induration vésiculaire*, et qui est due, comme dans la pneumonie aiguë, à la phlegmasie des vésicules. La première n'est pas toujours granulée; quand elle l'est, ce n'est que dans les premiers temps de la maladie, et elle finit par ne plus présenter à la coupe qu'une surface plane; la seconde offre des granulations volumineuses d'un rouge grisâtre ou jaunâtre. Ces résultats confirment ce que nous avons dit nous-même au début de cet article. M. Cotton (1) n'a eu que deux fois l'occasion d'étudier la pneumonie chronique sur le cadavre. Dans le premier cas, le poumon était *diminué de volume*, légèrement crépitant au sommet. Dans tout le reste de son étendue, le tissu était dense, ferme, résistant, *comme infiltré d'une substance albumineuse ou fibrineuse qui se serait contractée;* ce serait, suivant l'auteur, le second degré de la maladie. Dans l'autre cas, qui serait un exemple du troisième degré, le poumon était friable, de couleur rouge grisâtre, et infiltré d'un liquide épais et de couleur foncée; il présentait à sa base plusieurs petites cavités séparées les unes des autres par un tissu mou et sans résistance. C'étaient enfin les caractères de l'hépatisation grise ordinaire; seulement cette altération avait suivi une marche chronique. M. Cotton suppose qu'au premier degré les caractères anatomiques de l'affection sont ceux de l'engouement simple.

Quant à l'*étiologie*, M. Cotton assigne à cette maladie les mêmes causes qu'à la pneumonie aiguë, y compris l'influence des constitutions médicales. M. Raimbert, plus complet que l'auteur anglais, insiste particulièrement sur l'influence des engouements passifs qui accompagnent la fièvre typhoïde, et sur celle des affections organiques du cœur, spécialement du rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaire gauche et aortique, et de l'insuffisance de la valvule mitrale. « Sur quatre observations dans lesquelles l'autopsie a fait découvrir une induration chronique plus ou moins considérable, dans un seul cas il y avait une dilatation passive du ventricule droit; dans les trois autres, en même temps qu'une hypertrophie, on constata un rétrécissement de l'orifice aortique et une insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. » Il n'est pas douteux non plus, à nos yeux, que l'engouement pulmonaire habituel qu'entraînent les obstacles à la circulation centrale ne constitue une prédisposition à la phlegmasie chronique du poumon.

Les *troubles fonctionnels* peuvent être aisément présumés. Ce sont ceux qu'amène la mélanose étendue de l'organe pulmonaire ou l'induration noire qui se rencontre chez les mineurs, et qu'on peut d'autant plus aisément confondre avec les symptômes de la

(1) *Medical Times and Gazette*, 31 mars et 14 avril 1855.

phthisie tuberculeuse, que les malades sont souvent sujets à des sueurs profuses. M. Cotton insiste sur le caractère spasmodique de la toux dans beaucoup de cas. M. Raimbert rappelle que les crachats, ordinairement formés d'un mucus grisâtre ou jaunâtre, deviennent parfois rouillés et visqueux, ce qui, en annonçant l'exacerbation passagère de la phlegmasie, peut aussi éclairer sur la vraie nature du mal.

Quant aux *signes physiques*, bien souvent aussi ils n'apportent à la diagnose que des données douteuses. La percussion révèle une matité croissante. « L'*auscultation*, dit l'auteur français, fait découvrir un bruit respiratoire faible ou nul, accompagné d'un souffle tubaire plus ou moins notable, et d'une bronchophonie d'autant plus manifeste que le souffle est plus marqué. Dans la partie saine de l'organe ou dans l'autre poumon, le bruit respiratoire est souvent exagéré, supplémentaire. Le souffle diminue et le bruit de la respiration reparaît, mais toujours avec une extrême lenteur, quand la résolution de la pneumonie chronique s'effectue. Le souffle devient caverneux, la bronchophonie se convertit en pectoriloquie lorsque des cavités ulcéreuses se sont creusées dans le parenchyme induré. Les râles qui se font entendre sont très variables; mais les râles muqueux et sous-crépitant sont les plus communs. Ils sont le plus ordinairement liés à une bronchite ou à un œdème pulmonaire concomitant. Le râle crépitant se montre aussi quelquefois; il indique un nouvel état de phlegmasie aiguë. Les râles muqueux et caverneux sont l'indice de la formation d'un abcès, de l'existence d'une caverne. » L'auteur anglais s'exprime sur ce chapitre de la manière suivante : « Au début de la maladie, quand le poumon est simplement engorgé, il n'y a aucune déformation du côté affecté; mais à mesure qu'elle fait des progrès, *et que le poumon diminue de volume*, la cage thoracique se rétracte, et dans les cas anciens ce rétrécissement est assez prononcé pour sauter à la vue.

» Dès le début, la percussion faite avec soin peut indiquer et l'existence et l'étendue de la maladie. Le son, d'abord un peu moins clair que du côté sain, devient de plus en plus sourd, et finit par acquérir ce dernier degré de matité qu'on a désigné par le nom de matité de bois (*wooden*).

» Le bruit respiratoire peut être, au début, ou faible, ou rude, (*harsh*), ou supprimé, rarement bronchique. Quelquefois, pendant des semaines entières, il y a absence complète de râles humides, mais le plus souvent il y a plus ou moins de râle sous-crépitant, et ce râle peut être assez fin pour ressembler au râle crépitant. Il y a de la bronchophonie et un retentissement proportionnel de la voix et de la toux. »

Il est un signe important sur l'existence duquel s'accordent les deux auteurs : c'est l'aplatissement du thorax au niveau de l'induration; ce qu'ils attribuent l'un et l'autre à une espèce de rétraction, de ratatinement subi par la partie malade.

Une guérison plus ou moins complète serait la *terminaison* la plus fréquente, d'après M. Cotton. Quand la pneumonie conduit le malade à la mort, elle le fait de l'une des trois manières suivantes : 1° par le fait d'une maladie intercurrente, conséquence de la profonde débilitation de l'organisme ; 2° par le progrès croissant des altérations pulmonaires; 3° en favorisant l'invasion d'une véritable phthisie tuberculeuse. M. Raimbert se borne à reconnaître la possibilité d'une terminaison heureuse quand la phlegmasie n'est pas très ancienne et n'a guère dépassé le premier degré.

On voit par ce qui précède que le *diagnostic* de la pneumonie chronique peut offrir de sérieuses difficultés, et qu'il serait assez facile de confondre cette affection avec la tuberculisation pulmonaire. Toutefois, en tenant compte des circonstances d'hérédité, des antécédents du sujet, de son tempérament, de la nature des crachats, de la rapidité plus ou moins grande de l'émaciation, du siége de l'altération et de quelques autres circonstances, etc.; en se rappelant que la tuberculisation donne fréquemment lieu à une sonorité exagérée du thorax, par suite de la complication d'un emphysème ou de la formation de cavernes, circonstances rares dans la vraie pneumonie chronique; en notant que, de plus, dans cette dernière affection, l'altération organique allant de l'engouement simple et du ramollissement à l'imperméabilité et à l'induration, les signes stéthoscopiques vont des râles humides au souffle tubaire d'abord, puis à l'absence de tout bruit, tandis que dans la phthisie tuberculeuse, où le tissu se ramollit de plus en plus, les râles humides se prononcent de plus en plus aussi jusqu'au craquement, jusqu'au gargouillement caverneux; à l'aide de toutes ces données, disons-nous, on pourra établir dans la majorité des cas un diagnostic solide.

Quant au *traitement*, les deux auteurs l'entendent à peu près de la même manière. Tous deux insistent sur l'indication des moyens toniques, en même temps que des révulsifs cutanés. M. Cotton recommande l'iodure de potassium, l'iodure de fer et un bon régime; M. Raimbert des bains sulfureux, des bains de vapeur aromatiques, des frictions sèches sur tout le corps, des boissons amères et béchiques, l'usage interne des eaux sulfureuses, etc., en ayant soin toutefois de subordonner l'activité de la médication à l'aptitude réactionnelle du sujet et au degré de phlegmasie latente des poumons. Ces indications sont surtout bien motivées par le médecin français, chez qui les vues thérapeutiques sont une déduction naturelle des vues étiologiques rappelées plus haut.

— Les deux mémoires que nous venons d'analyser nous conduisent naturellement à celui de M. R. Heschl, professeur à l'Université de Cracovie, qui est relatif à l'*induration pulmonaire* (1). M. Heschl a rencontré assez fréquemment cette altération, qu'il étudie surtout au point de vue anatomo-pathologique. Il l'a trouvée le plus souvent liée à des affections de longue durée, et surtout à la cachexie paludéenne accompagnée de tuméfaction de la rate et du foie, d'hydropisie et de dégénérescence rénale.

Les auteurs qui ont étudié l'induration du parenchyme pulmonaire ne s'accordent pas dans tous les détails de leurs descriptions. C'est ainsi que, suivant M. Rokitansky (*Path. Anat.*, Bd. III, s. 96), le tissu du poumon induré est pâle, dur et cassant; sa texture très manifestement granuleuse, bien que les granulations soient plus petites qu'elles ne le sont dans l'hépatisation récente; tandis que, suivant M. Forster, la coloration de l'organe est d'abord d'un rouge brun plus ou moins foncé, et ce n'est que plus tard qu'elle pâlit. Les vésicules pulmonaires, suivant le même auteur, sont à l'origine distendues par le liquide exsudé; mais il arrive une époque où ce liquide se résorbe. Alors les vésicules s'affaissent, en même temps que le tissu cellulaire interstitiel prend un développement plus ou moins considérable et que le poumon se ratatine (*Handb. der. Path. Anat.*, B. II, s. 161-164). Le professeur Heschl a pu étudier toutes les modifications que subit successivement le parenchyme du poumon lorsqu'il passe de l'état d'hépatisation récente à l'état d'induration; il a pu se convaincre ainsi que les différences qu'on remarque dans les descriptions qui ont été données correspondent aux diverses périodes de l'altération.

Lorsqu'on examine, au microscope, le poumon induré, sur des tranches minces, après avoir fait disparaître par des lavages répétés le contenu des vésicules, on remarque tout d'abord que les espaces intervésiculaires ont doublé ou même triplé d'épaisseur. Les éléments élastiques à contours nets qui, dans l'état normal, remplissent ces espaces presque exclusivement, paraissent remplacés par les éléments qui caractérisent partout le tissu conjonctif en voie de formation. Ce sont principalement des cellules fusiformes, plus ou moins allongées, dont les noyaux font quelquefois saillie dans l'aire des vésicules. Quant aux éléments élastiques, ils n'ont pas en réalité disparu, seulement ils sont en grande partie cachés par les cellules fusiformes. Lorsqu'on parvient à les en isoler on remarque qu'ils ont éprouvé une augmentation de volume assez marquée. C'est là la seule altération anatomique qu'ils aient subie ; ils conservent d'ailleurs tous leurs caractères microchimiques. — A un degré plus avancé de la lésion, les cellules fusiformes ont disparu, et elles ont été remplacées par du tissu conjonctif plus ou moins dense, à fibrilles plus ou moins déliées.

Les vaisseaux capillaires qui sillonnent les espaces intervésiculaires subissent des modifications remarquables, et auxquelles le docteur R. Heschl attache une grande importance. Difficiles à aper-

(1) *Vierteljahrsschr. f. pract. Heilk.*, 1856, n° 13.

cevoir au milieu des cellules fusiformes, ils se présentent, quand on parvient à les isoler, sous forme de tubes noueux. Les nodosités qu'on y remarque sont dues à l'existence d'un grand nombre de noyaux et parfois de cellules fusiformes qui se sont développées dans l'épaisseur même de la paroi vasculaire. Ces noyaux et ces cellules des vaisseaux, sauf quelques légères différences dans le volume, sont tout à fait semblables aux noyaux et aux cellules fusiformes qui remplissent les espaces intervésiculaires et qui paraissent indépendants des tubes vasculaires. Cette ressemblance frappante qu'ont entre eux ces deux ordres d'éléments, a conduit Heschl à les considérer comme étant de même nature et à leur assigner une même origine. De telle sorte que les parois des vaisseaux devraient être (dans cette manière de voir) considérées comme le point de départ, le lieu de formation des cellules fusiformes qui, par leur réunion, donneront plus tard naissance au tissu conjonctif des espaces intervésiculaires.

Le contenu des vésicules constitue de petits agglomérats en forme de pelotons arrondis et dont le volume est de 1/15 de millimètre environ. A un degré peu avancé de la maladie, il est formé de cellules épithéliales plus ou moins déformées et frappées, pour la plupart, de dégénérescence graisseuse; on y trouve encore des globules sanguins, des globules purulents, et enfin, un détritus composé de fines granulations. Plus tard, les pelotons paraissent composés en grande partie d'une substance hyaline, transparente, au sein de laquelle sont renfermées des granulations graisseuses, et, çà et là, quelques cellules épithéliales dégénérées; les globules sanguins et les globules purulents ont disparu.

Le parenchyme pulmonaire, aux époques les plus avancées de l'*induration*, est presque exclusivement composé de tissu fibreux. Les vaisseaux capillaires ont, en grande partie, disparu en laissant après eux des amas pigmentaires. Enfin le contenu des vésicules pulmonaires a été sans doute résorbé, et, par suite, les vésicules elles-mêmes se sont affaissées.

Éruption simulant la pellagre chez le chat; atrophie du cerveau; par M. Dupont, vétérinaire.

Bien que la pellagre ait, depuis plusieurs années, acquis une grande notoriété, ses caractères sont loin encore d'être parfaitement fixés. Les cas graves offrent sans doute la triple complication des phénomènes cutanés, entériques et cérébraux; mais quant à l'élément dermique, au rapport des symptômes, à leur signification respective, et surtout aux conditions étiologiques, tous ces points demeurent environnés d'ombre. La pellagre est seulement considérée comme un érythème chronique de nature maligne.

Il est, dès lors, difficile, soit en médecine humaine ou vétérinaire, d'invoquer avec certitude des rapprochements. Cette indécision, du reste, fournit un motif de plus de prendre en considération les faits tendant à éclaircir les doutes. Ceux qui font l'objet de la note de M. Dupont méritent, sous ce rapport, d'être relevés.

Un premier fut observé par lui en 1840; il le négligea. Mais, en juin et juillet 1854, deux nouveaux cas s'étant présentés à son examen, voici les principales circonstances concernant l'un des sujets.

Obs. — La maladie datant de quinze mois, avait, commençant par les oreilles, envahi successivement la tête entière, malgré les bains de Barèges et les onctions mercurielles. On ne saurait se figurer un aspect plus repoussant. Le patient morne et amaigri refuse de sortir de l'alcôve obscure où il est relégué depuis plusieurs semaines. La peau du crâne froide, rugueuse, profondement ridée, est presque toute dépilée et recouverte de squames épidermiques. Examinée au grand jour, elle semble parsemée de pointillations noirâtres, comme des impressions à l'emporte-pièce. Ces pointillations sont surtout saillantes et nombreuses sur les appendices auriculaires, réduits à un petit bourrelet circulaire. Les yeux, le nez, les lèvres, participent à la même altération. La prostration et l'étisie annoncent une mort prochaine.

Autopsie. — Le tissu cutané n'est plus qu'un épiderme hideux, adhérant au périoste et à la trame musculaire. Les joues, les yeux, les oreilles, les lèvres, sont atrophiés, durs, presque ligamenteux.

Le volume des hémisphères cérébraux est notablement moindre; la substance en est aussi plus ferme, surtout la grise, et la coloration brune de la séreuse tranche avec l'aspect grisâtre de la périphérie cérébrale. Point de sérosité dans les ventricules.

En comparant ces symptômes avec ceux de la pellagre, M. Dupont a cru reconnaître entre eux une analogie frappante. La marche qu'il décrit, d'après des faits ultérieurs, corroborerait cette opinion. Ainsi, au début, on voit apparaître sur l'extrémité des oreilles de petites taches noirâtres, à peine perceptibles, qui, semblables aux traces que laissent les moucherons sur une glace polie, s'étendent dans l'espace d'un ou deux mois sur toute la ligne supérieure. Peu à peu le duvet tombe, l'animal perd sa gaîté et sa mobilité; la voix elle-même n'a plus son timbre métallique.

Ordinairement, les accidents naissent dans l'été; pendant l'hiver ils restent stationnaires, puis assez rapidement ils prennent de l'intensité. Le facies s'altère, la tristesse et l'accablement augmentent; l'animal recherche l'obscurité, dédaigne les caresses, exhale des miaulements plaintifs, ne cache plus ses excréments; le toucher des oreilles est douloureux; le mal gagne les organes voisins.

Après quelques mois, l'altération croissant davantage encore, compromet les fonctions générales. Il y a impossibilité de la marche, refus de nourriture, selles noirâtres et fétides, hébétude, perte de la vue; enfin, la mort termine cette scène de désolation.

On a attribué la pellagre tantôt au maïs, tantôt à l'insolation; cette dernière cause est sans doute celle qui a agi chez les chats, dont l'habitude, comme chacun sait, est, dit M. Dupont, de dormir de longues heures à l'ardeur des rayons solaires. Mais sur quels organes porte primitivement cette action? Si l'on tient compte des modifications rencontrées dans le crâne, M. Dupont soupçonnerait volontiers que l'affection est d'origine cérébrale.

Ce praticien a opposé en vain, aux progrès de l'éruption, les eaux de Barèges, les lotions de sulfure de potasse, d'eau seconde, de chaux, les onctions mercurielles et camphrées, les cataplasmes et les bains émollienst. Il assure cependant que, sous l'influence de soins réguliers, le développement symptomatique se ralentit. Un sujet, ayant déjà atteint la deuxième période, a ainsi survécu deux ans.

On conçoit la difficulté de se prononcer sur la similitude établie par M. Dupont, et à laquelle la durée du mal, ses rémissions, sa fatalité, ajoutent un nouveau trait. Le fait, quoi qu'on en pense, n'en est pas moins instructif, et laisse regretter qu'on néglige trop souvent les enseignements précieux que pourrait fournir à notre éducation pratique la médecine comparée. (*Annales de médecine vétérinaire de Bruxelles*, juin 1856.)

Quelques mots sur le rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre chez l'homme, par M. Dassier.

Dans cet exposé méthodique et complet d'une altération souvent niée ou méconnue, nous avons surtout remarqué l'observation d'un jeune homme chez qui plusieurs praticiens expérimentés avaient diagnostiqué un rétrécissement organique de l'urèthre. En effet, le cathétérisme était impraticable avec les instruments métalliques: à peine introduits dans le canal, ils se trouvaient arrêtés.

Le malade était sur le point de se soumettre à la méthode de dilatation brusque, autrement dite de déchirure, du docteur Perreyve, lorsqu'il songea à essayer la dilatation selon les idées de Béniqué, au moyen de bougies flexibles, d'un volume très faiblement et progressivement grossissant.

En une seule séance, par ce moyen, il arriva des numéros les plus faibles à ceux de 10 millimètres de diamètre. Il fut guéri, par là, en quelques séances, et le rétrécissement, prétendu organique, complétement détruit. (*Journal de médecine de Toulouse*, mai 1856, p. 130.)

Aptomètre de Graefe.

La détermination exacte des limites du *pouvoir d'accommodation* au moyen des aptomètres ordinaires, basés tous sur l'expérience de Scheiner, exige, de la personne soumise à l'expérimentation, une certaine intelligence qu'on est loin de rencontrer chez tous

les malades. Afin de rendre cette détermination plus facile et plus précise, Graefe se sert d'un instrument très simple, qui, outre qu'il donne des résultats on ne peut plus satisfaisants, peut être employé indistinctement chez tous les individus, chez ceux même dont l'esprit est le moins cultivé. Cet instrument se compose d'un cadre quadrangulaire d'environ un pouce de côté, dans lequel sont tendus, à des intervalles égaux, un grand nombre de fils métalliques très fins, dont l'ensemble représente une figure finement striée. En tenant ce cadre à la main, et en l'interposant entre l'œil et un mur ou le ciel, on ne peut voir nettement les fils que dans les cas où le premier est exactement adapté à la distance où se trouve le cadre; sitôt que cette dernière condition vient à faire défaut, les fils sont vus indistinctement, leur image s'élargit, se chromatise et comble en partie ou en totalité l'intervalle qui les sépare; l'ensemble ne présente plus alors une surface striée, mais seulement une figure confuse. (*Arch. f. Ophth.*, de Graefe.)

De la syphilis chez les enfants, par M. Capdevila.

Il ne s'agit ici que de la syphilis héréditaire, et notamment de son mode d'origine.

M. Cullerier, on le sait, a mis en doute le fait de l'infection du fœtus par le sperme du père. Tout récemment, M. Mandron (voy. *Gaz. hebdom.*, 1856, p. 357), a nié que la mère infectée postérieurement à la conception pût transmettre la syphilis à l'embryon qu'elle porte dans son sein. Voici maintenant M. Capdevila qui refuse d'admettre l'infection fœtale par la mère infectée *antérieurement* à la conception. Nous n'osons formuler la conclusion par trop rassurante qu'un éclectique pourrait tirer de ces prémisses réunies; mais, comme néamoins on voit tous les jours des enfants nés avec la vérole et la tenant de leurs parents, examinons, comme nous le fîmes pour M. Mandron, sur quelles données s'appuie la négation, plus singulière encore, de M. Capdevila.

Les partisans de l'infection du fœtus par la mère devenue syphilitique avant la conception raisonnent, dit-il, par analogie. Ils soutiennent que la syphilis peut passer de la mère à l'enfant, comme certaines qualités morales, certains caractères physiques et quelques autres maladies. Mais cette théorie, répond-il, quoique séduisante, n'est point exacte; car il est admis que les enfants ne reçoivent de leurs auteurs qu'une organisation semblable à la leur, et la prédisposition à souffrir des mêmes maux, pourvu que des *causes appropriées* viennent en favoriser le développement. Le père ou la mère scrofuleux, rhumatiques, goutteux, ne transmettent pas, en substance, ces infirmités à leur progéniture, puisque souvent nous les voyons manquer chez elle pendant toute la durée de la vie.

Peut-être, continue-t-il, représentera-t-on qu'il y a dans la syphilis une disposition plus forte à la transmission, parce qu'elle dépend d'un virus spécial qui s'infiltre dans les tissus, et que, l'œuf humain étant un produit de sécrétion formé dans les organes de la mère, rien n'est plus naturel que de le voir participer à l'infection qui souillait ceux-ci. — Mais je réponds, dit M. Capdevila, que, en admettant l'existence du virus dans les produits de sécrétion normale, on n'admet point pour cela qu'ils aient la propriété de reproduire la même maladie. S'il en était ainsi, il faudrait croire à la possibilité d'inoculer la syphilis constitutionnelle, chose qui, dans l'état actuel des connaissances médicales, est entièrement inadmissible. En effet, le développement de la syphilis par le mécanisme de la germination chez un fœtus, un enfant ou un adulte, comme conséquence de l'imprégnation de l'œuf qui lui a donné origine, équivaudrait à une inoculation produite par le virus syphilitique à une période où ce mode de transmission ne peut avoir lieu.

— Nous nous étions promis d'examiner l'opinion de M. Capdevila dans ses moyens de démonstration; mais, vraiment, ce débat s'agite si loin de la clinique, que nous renonçons à le prolonger. Nous ferons seulement observer à l'auteur que, tandis que l'on connaît parfaitement les influences qui, chez l'enfant ou l'adulte, peuvent développer le germe de scrofules, de rhumatismes qu'il tenait de ses parents, on ignore celles auxquelles, selon lui, dans les mêmes circonstances, pourrait être due la syphilis. Quelques circonstances contribuent sans doute à accélérer ou à retarder chez le nouveau-né l'apparition des symptômes constitutionnels. Mais aucune n'est capable de lui donner la maladie constitutionnelle d'emblée, si ses parents et sa nourrice sont sains, pas plus que de la supprimer s'il en a réellement reçu le germe. (*La Cronica de los hospitales*, 24 juin 1856, p. 356.)

Possibilité et facilité d'opérer la cataracte par extraction dans certains cas de pupille artificielle, par M. Critchett.

Voici l'ensemble des conditions pathologiques que l'auteur suppose réunies. On a été conduit, pour une opacité de la cornée ou pour l'occlusion morbide de la pupille normale, à pratiquer à l'iris une ouverture artificielle. Primitivement ou consécutivement, on trouve, au moment de cette opération ou quelque temps après, une opacité du crystallin. Que faire?

Beaucoup d'autorités très recommandables interdisent de songer alors à l'extraction de la cataracte. En effet, dit-on, 1° il existe ordinairement des adhérences entre l'iris et la capsule crystalline; 2° la non-dilatabilité de la pupille artificielle empêcherait le crystallin de pouvoir la traverser; 3° enfin, quand il existe déjà une opacité de la cornée, l'incision faite à cette membrane pour pratiquer l'extraction peut ne pas se réunir, ou ne se réunir que par une cicatrice non transparente.

Ces objections sont sérieuses; mais M. Critchett ne les croit point décisives. Les adhérences, d'abord, n'existent qu'entre la capsule et l'iris. Or, le crystallin, nonobstant cela, reste aussi libre que jamais dans sa capsule, et facile à en déloger lorsque celle-ci a été largement ouverte.

Les autres objections ne lui paraissent point justifiées par l'expérience. Il a vu, sur de jeunes sujets, des cataractes molles passer à travers une pupille dont le diamètre n'était point suffisant pour admettre le manche de la curette. Si la cataracte est dure, on fait l'incision de la cornée tout à fait au voisinage de la sclérotique, de manière que le centre du lambeau corresponde à l'ouverture artificielle.

D'autre part, le prolapsus de l'iris, accident qui complique fréquemment l'extraction faite sur un œil dont l'iris est à l'état normal, n'a jamais été observé dans les cas de pupille artificielle.

M. Critchett a exécuté trois fois, pour le moins, l'extraction dans ces circonstances. Sur un sujet, lui-même avait établi la pupille artificielle pour une opacité étendue de la cornée. Ayant trouvé le crystallin opaque, il en fit l'extraction au bout de quelques semaines, sans accidents et avec succès. — Chez un autre, la pupille artificielle avait procuré une vision parfaite durant sept ans: ce ne fut qu'alors qu'une cataracte se forma; elle fut extraite aussi facilement qu'à travers la pupille naturelle, et les suites furent parfaitement heureuses. — Sur le troisième, la pupille artificielle, nécessitée par une déformation de la pupille normale, avait été exécutée par un autre opérateur, mais sans résultat bien avantageux. M. Critchett s'aperçut alors de l'existence d'une opacité crystallinienne. Il fit l'extraction de la lentille. A la suite, la pupille artificielle se ferma, et il fut obligé d'en ouvrir une nouvelle dans une partie plus centrale de l'iris. Le résultat fut satisfaisant pour l'exercice de la vue. (*The Lancet*, 21 juin 1856, p. 679.)

Procédé simplifié pour opérer le phimosis congénital, par M. H. Dick.

Les procédés qui prétendent simplifier en substituant l'incision du prépuce à l'excision n'ont d'autre avantage que celui de la rapidité d'exécution; mais il est bien compensé par l'imperfection du résultat, par la difformité choquante de cette partie, où la régularité de configuration est plus appréciée des malades que ne le croient les chirurgiens d'amphithéâtre.

La simplification que propose M. Dick est plus réelle. Aussi, la jugeons-nous indiquée dans tous les cas où existe la disposition que l'auteur croit être générale. Suivant lui, le phimosis est constitué seulement par l'orifice du prépuce ainsi que par la muqueuse qui ta-

pisse cet étui à l'intérieur. Selon lui, il n'est donc pas nécessaire de diviser la peau pour remédier au rétrécissement qui empêche de découvrir le gland : il suffit de tendre le prépuce, en le faisant tirer fortement en avant par un aide. Alors, l'opérateur, sur une sonde cannelée, glisse d'abord un bistouri boutonné avec lequel il divise l'orifice préputial resserré, puis un bistouri courbe, qui lui sert à débrider à son tour la muqueuse.

Cette section sous-cutanée suffit pour que le but de l'opération soit atteint, et cela sans mutilation, sans qu'une seule portion de peau ait été retranchée. (*Medical Times and Gazette*, 8 décembre 1856, p. 565.)

Sur la fréquence, en Algérie, des affections phlegmoneuses cutanées, par M. Douchez.

Déjà, en 1845, 46, 47 et 48, l'auteur avait été frappé du grand nombre de furoncles et de panaris qui se présentaient à son observation, tant chez les militaires que dans la population civile d'Alger. Revenu dans la colonie en 1854, il y a retrouvé la même prédominance de ces affections suppurantes de la périphérie. C'est au point que, pour les militaires seulement, dans une période de seize mois, il a compté 788 individus atteints de furoncles ou d'anthrax, et de 25 panaris.

A part les causes locales, il attribue cette prédisposition à l'influence de la chaleur. Mais une circonstance particulière demande à être mise en relief. Il est remarquable que ces maladies se montrent surtout chez les sujets livrés habituellement à l'ivresse alcoolique. Les officiers et les sous-officiers, qui ont une vie plus régulière, et ceux des soldats qui ne faisaient pas d'excès, n'en ont offert aucun exemple.

Cette influence, selon M. Douchez, agit de deux manières : d'abord en amenant des affections des voies digestives, qui suffisent à elles seules pour produire la maladie ; en second lieu, en activant momentanément la circulation, et provoquant ainsi une grande chaleur à la périphérie. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 25 mai 1856, p. 66.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme, par Max. Parchappe, inspecteur de première classe des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons. Paris, Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Se proposer pour but la démonstration du point indiqué dans le titre qui précède, n'est pas une mince entreprise. Jusqu'ici, les efforts tentés en ce sens par une foule de savants distingués n'ont abouti qu'à des données incertaines et à des opinions contradictoires. Si quelqu'un, du reste, a qualité pour reprendre cette importante étude, c'est, sans contredit, notre éminent collègue, M. Parchappe, dont les recherches, si fructueusement poursuivies depuis une vingtaine d'années sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du cerveau, ont obtenu le plus juste retentissement.

Que les centres nerveux soient un composé d'organes ayant chacun des fonctions distinctes, on ne saurait, *a priori*, élever là-dessus le doute. Configuration, agencement, coloration, consistance, structure, tout annonce qu'à des variétés multiples et saillantes ont dû être dévolues des attributions diverses. Mais, d'un autre côté, la contiguïté de toutes ces parties est si étroite, et si complexes et respectivement subordonnés sont les phénomènes auxquels elles président, qu'on n'a point lieu de s'étonner que la solution du problème soit encore fort peu avancée.

Dans l'examen de l'encéphale et de ses annexes, ce qui frappe d'abord, ce sont les principales divisions. Pourquoi ces lobes, ces circonvolutions périphériques, ces mamelons disséminés à la base, cette protubérance, ce cervelet avec sa disposition arborescente, etc.? La localisation, au début, s'est naturellement arrêtée à ces différences. Plus tard, la distinction a porté sur les deux substances, grise et blanche, corticale et centrale, celle-ci ayant sous sa dépendance les phénomènes de motilité, celle-là les phénomènes de sensibilité et d'intelligence.

Il n'est besoin ni de remonter haut, ni de courir loin pour se faire une idée de cette marche des théories, que M. Parchappe a résumées dans un tableau lucide s'étendant depuis Haller jusqu'à l'époque actuelle. Presque tous les auteurs ont invoqué les preuves pathologiques et expérimentales. M. Parchappe, néanmoins, les classe en deux catégories, suivant qu'ils représentent plus particulièrement l'un ou l'autre ordre d'observations. A la seconde appartiennent Haller, Burdach, Serres et Longet ; à la première, Ollivier, (d'Angers), Lallemand, Bouillaud et Andral.

Pour Haller, les fonctions du cervelet seraient analogues à celles du cerveau, et ce n'est dans aucune partie circonscrite, telle que corps calleux, septum lucidum, glande pinéale, corps strié, mais dans la substance blanche tout entière, qu'est le *sensorium commune*, le centre des sens et des mouvements, le siége de l'âme.

Burdach, à l'aide d'une statistique basée sur 1117 faits, n'a créé qu'une nomenclature stérile au point de vue du rapport positif des organes et des fonctions.

L'induction prend, dans M. Serres, un caractère plus absolu. D'après le départ établi par ce savant professeur, la protubérance et la moelle allongée présideraient à la sensibilité et à la motilité générales, les hémisphères cérébelleux aux mouvements des membres, et notamment des membres pelviens, les couches optiques aux mouvements des membres thoraciques, les corps striés à ceux des membres pelviens, le demi-centre ovale à la voix et à la parole ; enfin, les lobes cérébraux aux facultés intellectuelles.

M. Serres, toutefois, admet une étroite solidarité entre toutes ces fractions encéphaliques, dont chacune, sans régir les autres, concourt à sa façon à l'ensemble fonctionnel.

La doctrine de M. Longet est beaucoup moins affirmative. En dehors de certains résultats qui ont permis à l'illustre physiologiste d'assigner au bulbe rachidien les mouvements respiratoires, à la moelle allongée les mouvements volontaires et la sensibilité, aux tubercules quadrijumeaux la vision, au cervelet une influence multiple et vague, il manifeste, à l'égard des autres parties et des lobes cérébraux eux-mêmes, une hésitation complète.

Ollivier (d'Angers) a borné son étude aux fonctions de la moelle épinière, laquelle, d'après lui, jouirait d'une action propre et indépendante, décroissant à mesure que le progrès de l'âge assure au cerveau une prépondérance plus marquée dans la détermination des mouvements et de la sensibilité.

Sur ce point, professant les mêmes idées, Lallemand, dans ses ingénieuses explications, est presque arrivé à formuler le pouvoir réflexe reconnu de nos jours par la plupart des physiologistes. Il ne pense pas, quant au cerveau, que le mouvement et la sensibilité aient dans cet organe des siéges distincts : tous deux sont généralement intéressés dans les lésions locales ; et si, d'ordinaire, le mouvement est plus évidemment compromis, c'est que, pour réaliser ce phénomène, le cerveau est obligé à un effort qui ne lui est pas nécessaire dans la perception où son rôle est passif.

MM. Foville et Pinel-Grandchamp ayant rapporté l'intelligence à la couche corticale, les faits, aux yeux de M. Bouillaud, seraient favorables à cette théorie. Mais l'habile professeur de la Charité n'admet point, avec les mêmes auteurs, que les mouvements dérivent exclusivement de la substance blanche, et la sensibilité des lobes cérébelleux. La sensibilité se produirait, au contraire, dans tous les points où aboutissent les nerfs sensitifs, et le cervelet servirait d'instrument coordinateur de la force motrice. M. Bouilland localise en outre dans les lobes antérieurs la mémoire des mots et la puissance d'articulation, dans les lobes moyens ou les corps striés le principe du mouvement des membres inférieurs, dans les lobes postérieurs et les couches optiques celui du mouvement des membres supérieurs.

Enfin, se basant sur la discussion circonstanciée d'un grand nombre d'observations, M. Andral a été amené à des conclusions

plus négatives encore que MM. Burdach et Longet, dont il a imité le procédé analytico-numérique.

Tel est l'état de la question agitée de nouveau par M. Parchappe; du sein de ce vague réussira-t-il à faire jaillir quelques traits qui, portant la lumière, dissipent les doutes et concilient les systèmes?

Nous ne pouvons qu'indiquer ici, d'une manière générale, le résultat des recherches de notre laborieux confrère. M. Parchappe accorde un rôle tout à fait prépondérant à la couche corticale, dont il fait le siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité. La substance blanche ne serait qu'un organe de conductibilité. En l'envisageant ainsi, on se rendrait compte, du moins, d'une foule de circonstances restées, jusqu'à présent, sans explication plausible; comment, par exemple, la lésion du mouvement volontaire peut se rencontrer avec une altération circonscrite aux seules lamelles périphériques, la substance blanche n'ayant à transmettre, en ce cas, qu'une impulsion vacillante ou désordonnée.

Cette thèse s'appuie sur la double preuve pathologique et physiologique. Une prochaine publication embrassera ce second aspect du sujet. Le volume actuel est spécialement consacré à développer la preuve pathologique.

Pour être significatives, les observations doivent réunir certaines conditions. Dans un chapitre de généralités, M. Parchappe s'est d'abord appliqué à bien définir le caractère qui peut leur assurer cette valeur; lésions autant que possible isolées et concordantes aux symptômes, continuité du parallèle pendant la durée de l'affection, reproduction constante des mêmes concordances; voilà en résumé les éléments nécessaires au critérium qui exige aussi, comme le fait judicieusement remarquer l'auteur, une connaissance exacte de la structure nerveuse.

Après avoir de la sorte initié les lecteurs à la rigueur de son analyse, M. Parchappe, en quelques mots, établit la division générale dont les termes ont été plus haut énoncés; puis, prenant tour à tour chacune des parties de l'arbre céphalo-rachidien, il examine avec soin toutes les particularités anatomiques et morbides susceptibles d'en éclairer les fonctions. Dans cette carrière, d'ailleurs, M. Parchappe ne s'avance que sous l'escorte d'une masse imposante de faits.

Essayons par quelques propositions, que nous nous efforcerons d'abréger, de donner une idée de l'ensemble de sa doctrine.

I. Les lésions, soit des cordons antérieurs de la moelle épinière, soit des racines antérieures des nerfs spinaux, entraînent exclusivement la paralysie du mouvement volontaire; celle-ci est partielle et bornée au côté correspondant, si un seul cordon est atteint.

II. Quand l'altération porte sur les racines ou les cordons postérieurs, c'est la sensibilité qui est principalement affectée.

III. Les lésions bornées à la substance blanche de la partie antérieure du bulbe déterminent exclusivement la paralysie du mouvement volontaire. Celles de la substance blanche de la protubérance annulaire produisent, en outre, la perte de la sensibilité, et, dans ce cas, les effets sont croisés.

IV. Des accidents semblables résultent de l'altération des pédoncules cérébelleux et des pédoncules cérébraux.

V. L'altération de la substance blanche du cervelet coïncide avec la paralysie du mouvement volontaire. Celle de la substance blanche des hémisphères cérébraux, avec l'abolition ou la diminution à la fois du mouvement et de la sensibilité.

VI. L'altération de la substance grise centrale de la moelle laisse subsister l'action conductrice, sauf à l'égard des sphincters de la vessie et de l'anus; elle empêche, toutefois, la manifestation des phénomènes réflexes.

VII. Même la moelle étant détruite dans toute son épaisseur, les mouvements réflexes persistent, à moins que les portions sous-jacentes au point altéré ne soient elles-mêmes malades.

VIII. Dans les destructions profondes du cerveau et l'anencéphalie, l'intégrité du bulbe permet la respiration, le cri, la succion, la déglutition et les phénomènes réflexes.

IX. L'altération de la substance grise de la moelle allongée suspend la respiration et amène la mort; celle de la couche corticale du cervelet trouble l'harmonie des grands actes de la locomotion.

X. On ignore le rôle spécial de la substance grise, des couches optiques et des corps striés; leur lésion donne lieu à la paralysie du mouvement, et plus ou moins complétement de la sensibilité du côté opposé.

XI. Les altérations périphériques des hémisphères rendent évidente l'influence immédiate et primitive de la couche corticale du cerveau sur l'intelligence, la volonté et la sensibilité.

Dans cette dernière proposition gît toute l'originalité de la thèse de M. Parchappe. Son importance se révèle d'abord, puisqu'elle permet d'expliquer une foule de circonstances incomprises sans nuire aux assertions particulières des auteurs dont la plupart viennent au contraire en confirmation. Il est difficile, sans doute, de lui donner dès à présent un assentiment sans réserve. Des objections surgiront inévitablement. On pourra lui opposer des faits contradictoires. M. Parchappe en a rassemblé lui-même quelques-uns dont il espère l'éclaircissement ultérieur. D'un autre côté, les mots *intelligence, volonté, sensibilité*, ont des limites assez mal définies : où commence et s'arrête leur domaine? Dans quelle sphère placer les sentiments moraux, les affections, les passions, les instincts, les dispositions artistiques? La volonté, au lieu d'être une puissance, n'est-elle pas souvent un phénomène? Quels modes n'affecte pas la sensibilité générale ou spéciale? Enfin, en considérant la juste position des substances grise et blanche, la pensée ne se figure-t-elle pas une vaste pile organique, dont les éléments nécessaires seraient dès lors inséparables dans la manifestation commune?

Ces considérations ne manquent pas de portée; mais si elles méritent à bon droit d'attirer l'attention, elles ne rabaissent en rien les aperçus que nous venons de mettre en relief. La théorie de M. Parchappe ouvre sans contredit un nouveau champ à l'étude physiologique et pathologique des fonctions cérébrales, elle imprime forcément un autre direction à la marche des expérimentateurs, et ajoute, quelleque doive être sa fortune, un beau titre de plus à tous ceux qui ont valu à l'auteur le rang si distingué qu'il occupe dans la science.

DELASIAUVE.

Monographie des principaux fébrifuges considérés comme succédanés du quinquina.

Tel est le titre d'un ouvrage de M. Mouchon, pharmacien distingué de Lyon, connu déjà par un grand nombre de publications dans lesquelles l'auteur a fait preuve de connaissances solides et variées en chimie, en histoire naturelle médicale et en pharmaceutique.

Cette question du remplacement du quinquina par un autre produit naturel ou artificiel, préoccupe vivement le monde médical et pharmaceutique depuis quelques années.

En 1849, la Société de pharmacie, émue de la cherté du quinquina calysaya et de la triste perspective de le voir disparaître un jour, mit au concours la question suivante :

« Découvrir les moyens de préparer artificiellement la quinine,
» ou faire connaître un produit organique nouveau, naturel ou
» artificiel, ayant des propriétés équivalentes à la quinine, et qu'il
» soit possible de mettre commercialement en concurrence avec
» elle. »

La Société de pharmacie proposa un prix de 4,000 francs, et, peu de temps après, le ministre de la guerre fit savoir à la Société qu'il ajouterait une pareille somme (4,000 francs) à celle déjà offerte.

Neuf mémoires furent présentés; mais les conclusions du rapport de la commission d'examen furent que « pas un des succédanés n'avait rempli les conditions du programme; que, néanmoins, l'auteur du mémoire n° 6, sur l'apiol, méritait une récompense. » Une somme de 1,000 francs lui fut accordée à titre d'indemnité.

La Société de pharmacie maintint son programme, et porta de 4,000 à 6,000 francs le prix à décerner.

La question des succédanés du quinquina est donc à l'ordre du jour, et l'ouvrage de M. Mouchon présente, par cela même, un intérêt d'actualité qui le recommande sérieusement à l'attention des médecins et des pharmaciens.

L'auteur examine successivement, et en suivant l'ordre alphabétique, les substances indigènes qui, depuis longtemps, ont la réputation de posséder la propriété fébrifuge. C'est ainsi qu'il cite les absinthes, l'absinthe officinale, et en particulier le semen-contra, dont quelques praticiens ont exalté les propriétés au point de le déclarer préférable à la quinine elle-même; les amandes amères, qui, par leur contact avec l'eau, produisent en même temps que l'huile volatile (hydrure de benzoïle), une petite quantité d'acide cyanhydrique, auquel elles doivent probablement leur propriété accessifuge; l'apiol, semence oléagineuse tirée des semences du persil, et qui, selon les observations de plusieurs praticiens, et en particulier de MM. Joret et Homolle, à qui l'on en doit la découverte et l'introduction en thérapeutique, se montrerait aussi efficace que le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres paludéennes de nos contrées.

M. Mouchon, après avoir rapporté les opinions et les observations diverses qui l'autorisent à regarder aussi comme des fébrifuges plus ou moins efficaces, la benoîte, le bleu de Prusse, la camomille, le chardon étoilé, le chêne, le frêne, le houx, la petite centaurée, le lichen d'Islande, le lycopode d'Europe et le trèfle d'eau, consacre une large part de son ouvrage à deux des meilleurs succédanés du quinquina, le saule et le marronnier d'Inde.

Après avoir joui, lors de son introduction en thérapeutique, d'une vogue immense, le marronnier n'eut qu'un succès éphémère, et tomba bientôt dans l'oubli le plus profond. Cependant, cette hippocastanée, qui, par la beauté de son feuillage et l'éclat de ses fleurs, fait le plus bel ornement de nos jardins et de nos promenades, renferme, dans son écorce et surtout dans ses fruits, une matière amorphe âcre et amère, l'*esculine*, dont M. Mouchon nous a donné un procédé particulier de préparation, et qui, sans offrir les inconvénients du sulfate de quinine, présenterait, à dose double, la même puissance fébrifuge que lui, d'après les observations de plusieurs praticiens de Lyon, au nombre desquels il nous suffit de citer M. Durand (de Lunel) et notre savant collaborateur M. Diday.

Les diverses espèces du genre *Salix* contiennent aussi dans leur écorce un principe particulier, la salicine, dont les qualités fébrifuges ont été parfaitement constatées. La salicine présente la saveur et l'aspect du sulfate de quinine, mais elle passe pour être moitié moins active que lui. Comme elle est aussi d'un prix beaucoup moins élevé, elle a servi et sert encore aujourd'hui à falsifier cet important produit. Cette fraude se reconnaît du reste bien facilement, à l'aide de l'acide sulfurique, qui ne colore pas le sulfate pur et donne au sulfate saliciné une teinte rouge très manifeste et caractéristique. L'écorce de saule, prise à dose convenable, agirait, au dire de l'auteur, plus sûrement et plus efficacement que le produit de Leroux. Si le fait est vrai, et nous sommes porté à le croire par analogie, il tient sans nul doute à ce que, dans l'écorce du saule, la matière tannante vient ajouter son action propre à celle de la salicine, comme, dans le quinquina, s'ajoutent à l'action de la quinine celle des variétés de tannin désignées sous le nom de rouge cinchonique.

Nous aurions encore bien des choses importantes à extraire du livre de M. Mouchon; mais ne le pouvant faire dans les limites étroites qui nous sont tracées, nous renvoyons à l'ouvrage lui-même ceux de nos lecteurs que cette importante question des succédanés du quinquina peut intéresser. Quoique renfermant quelques travaux propres à l'auteur, le livre de M. Mouchon n'est pas, à vrai dire, un ouvrage original; mais c'est un recueil intéressant des nombreuses opinions émises et des observations faites, non pas sur toutes les substances végétales et minérales réputées fébrifuges, mais seulement sur celles d'entre elles qui méritent le plus d'être recommandées à l'attention des praticiens, dans le cas où les quinquinas viendraient à disparaître ou que leur prix élevé en rendrait l'usage impossible. Nous devons ajouter seulement que, dans l'ensemble de ses appréciations, M. Mouchon nous paraît un peu trop favorable à la cause des succédanés de la célèbre écorce du Pérou.

HÉBERT.

VI.

VARIÉTÉS.

M. Dumas a communiqué à l'Académie des sciences l'extrait d'une lettre du ministre de l'instruction publique, en réponse à une démarche à laquelle s'étaient associés tous les membres de l'Académie présents à Paris, pour appeler la bienveillance du gouvernement sur la famille de M. Gerhardt.

M. le ministre s'était déjà préoccupé de cette grande infortune. Après avoir subvenu aux premiers besoins de madame veuve Gerhardt, il avisera aux mesures qui pourront assurer à elle et à ses enfants les moyens d'existence dont les a privés la perte de l'homme éminent que l'Europe savante regrette.

L'Université, frappée en même temps que l'Académie, n'oubliera pas non plus qu'elle a sa dette à payer, et qu'il ne dépendra pas du ministre que la famille de M. Gerhardt ne reçoive le juste prix des rares services qu'il a rendus à la science.

L'Académie, après avoir entendu cette communication avec le plus profond intérêt, a décidé qu'il sera adressé en son nom une lettre à M. le ministre, pour le remercier des sympathies qu'il témoigne avec tant de bonté à la famille de M. Gerhardt.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes, aura lieu le 22 octobre prochain, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique.

MM. les élèves devront se faire inscrire du 22 septembre au 6 octobre inclusivement.

— La société médicale du département de la Moselle a suivi l'exemple de celle du Puy-de-Dôme, en ouvrant une souscription en faveur des veuves des officiers de santé morts en Orient.

— M. le docteur Dufour, professeur honoraire à l'École de médecine de Toulouse, vient de mourir dans un âge fort avancé.

— M. le docteur Henri Schedel vient de périr en faisant une excursion sur le mont Pilate.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Tableau du prix de l'abonnement annuel

à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger.*

Autriche, Bade, Bavière	24 fr.
Angleterre, Malte; Belgique; Grèce; Pays-Bas; Egypte, Syrie, Turquie	27
Colonies, États-Unis du Nord (voie anglaise); Toscane	29
Duchés italiens; Suisse	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie; Saxe; Suède	28
États romains	34
Portugal	25
Sardaigne	26
Sicile	30

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 26 SEPTEMBRE 1856. N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 25 septembre 1856.

USAGE ALIMENTAIRE DE LA VIANDE DE CHEVAL.

(Suite et fin. — Voyez le n° 38, tome III.)

Du zèbre et de l'onagre au cheval il n'y a que l'épaisseur de l'espèce. Dites-moi si un peuple mange de l'âne, et je vous dirai s'il mange du cheval. Mais l'histoire est plus sûre encore, et ici on ne sait que faire de ses témoignages, tant ils sont nombreux. L'espèce chevaline a fait commettre le péché de gourmandise dans tous les temps et sous toutes les latitudes. L'exemple le plus ancien qu'en rapporte M. Geoffroy Saint-Hilaire est emprunté à Hérodote. Aux jours de grandes fêtes, et particulièrement aux anniversaires de la naissance, les plus riches d'entre les Perses chargeaient leurs tables de bœufs, de chameaux, de chevaux et d'ânes rôtis tout entiers. « Mais, ajoute Hérodote, le jour de la naissance n'est pas funeste à de si grosses bêtes parmi les pauvres; car ils n'en célèbrent la fête qu'avec de *petits animaux.* » Si ces petits animaux étaient, selon la version d'Athénée, des *moutons maigres*, il en résulterait que le cheval était, en Perse, un morceau aristocratique. Il est constant, d'ailleurs, que la plupart des peuples de l'ancienne Asie, sinon tous, que bon nombre de peuples de l'ancienne Europe, usaient en abondance, parfois presque exclusivement, du même aliment. Mais nous en négligeons les preuves historiques pour arriver tout de suite à deux documents d'un haut intérêt, à deux lettres papales qui accusent, au VIIIe siècle, dans la pratique de ce genre d'alimentation, une intervention ecclésiastique assez analogue à celle qui a tenté plus tard d'arrêter l'usage du tabac. Nous supposons, quoique M. Geoffroy n'en dise rien, que les défenses de l'autorité papale n'étaient pas dictées seulement par l'horreur d'anciennes cérémonies

FEUILLETON.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Congrès des savants naturalistes et médecins allemands,

tenu à Vienne du 16 au 22 septembre 1856.

On vous enverra, cher rédacteur, un aperçu des travaux qui ont rempli la trente-deuxième session du Congrès des naturalistes et savants allemands. Mais, en attendant, il ne vous sera peut-être pas désagréable de recevoir quelques renseignements sur l'origine, le caractère de ces réunions, et sur la physionomie de celle à laquelle j'assiste dans une pensée de..... GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Dès 1815, Oken, comprenant les avantages que la science pouvait retirer d'un Congrès annuel, jugeant que l'Allemagne, plus que tout autre pays, avait besoin d'unité scientifique, encouragé par les résultats d'une réunion que les savants suisses venaient de tenir (1), Oken proposa dans son journal l'Isis, d'instituer en Allemagne un Congrès annuel où les divers États de l'Europe enverraient des représentants. Il trouva d'abord peu d'écho ; ses efforts furent entravés par le mauvais vouloir. Ce ne fut qu'en 1822 qu'il lui fut possible de réunir à Leipsick quelques amis, et de rédiger les statuts d'une société qui devait prendre des développements considérables.

Le mot *société* n'est pas juste : il s'agissait plutôt d'une entrevue, dans un lieu fixé à l'avance, de tous ceux qui en Allemagne, en Europe, dans le monde entier, s'occupent de sciences, de médecine, en un mot, et pour mieux rendre l'expression allemande de *Naturforscher*, de tous ceux qui interrogent la nature et qui étudient ses lois.

Oken voulait corriger les manières littéraires des savants de son temps; il voulait remédier à la rudesse, à l'aigreur dont les di-

(1) Gosse (de Genève) fonda, en 1815, une société générale des naturalistes suisses. Elle se réunit en 1816 à Berne, devenue le siége de la bibliothèque, en 1817 à Zurich, en 1818 à Lausanne, etc., etc.

païennes dans lesquelles le sang du cheval coulait, pour être bu ensuite, mais encore par le souvenir du Deutéronome, qui classe le cheval parmi les animaux impurs, comme n'ayant point la corne fendue. Et ce qui paraît confirmer cette supposition, c'est que la prohibition porte en même temps sur le lièvre, que la Bible déclare impur comme le cheval, et *pour le même motif*. Quoi qu'il en soit, les deux lettres dont il est ici question, toutes deux adressées à saint Boniface, apôtre de la Germanie, ont pour but de provoquer la répression ecclésiastique contre l'usage alimentaire de la viande de cheval. La première, qui est de Grégoire III, contient ce passage :

« Inter cætera *agrestem caballum* aliquantos comedere adjunxisti plerosque *et domesticum*. Hoc nequaquam fieri deinceps, sanctissime frater, sinas ; sed quibus potueris, Christo juvante, modis, per omnia compesce, et dignam eis impone pœnitentiam. *Immundum* enim est atque *exsecrabile*. »

La seconde lettre est de Zacharie Ier. Elle a le même sens et tend au même but que la précédente, excepté que la défense s'applique nominativement au cheval sauvage seul, non au cheval domestique (*equo sylvatico*), et s'étend au lièvre et au castor. Au reste, le lièvre ne tarda pas à rentrer en grâce, même auprès du pape, et ces fines fourchettes de Germains continuèrent à faire leurs délices — *imprimis in deliciis*, dit Keyler — de la viande du cheval.

Suivez les temps, parcourez le monde ; partout vous retrouvez le même usage. Ne considérez même, si vous le voulez, que l'époque actuelle. Que d'exemples encourageants! « Les Arabes et les Maures (vers la frontière de Tunis) mangent du cheval et du mulet, écrit M. Lucas, qui a séjourné dans ces contrées; j'ai vécu moi-même pendant quatorze mois, *pour moitié*, de la viande de ces animaux. *Je la préfère à celle du bœuf, qui, dans ce pays, est mal nourri.* Elle donne un pot-au-feu très bon, un rôti excellent. » Les chevaux vagabonds des *pampas* fournissent la subsistance aux Indiens. M. Ferdinand Denis affirme que certaines tribus brésiliennes *mettent le cheval au-dessus de tout autre aliment*. Les Patagons et les Puelches sont du même avis, surtout en ce qui concerne la chair de jument, au dire de M. d'Orbigny. Les Boliviens ne pensent pas autrement. Que vous dire? A l'heure qu'il est, on mange du cheval, sauvage ou domestique, mâle ou femelle, au Chili, dans les îles voisines du continent américain, dans l'Océanie, en Chine (où l'on élève aussi pour les bouchers des chiens exclusivement nourris de végétaux et dont on fait des *fins-gras* comme de nos bœufs), dans la Tartarie, dans l'Ukraine, chez les Kalmouks, les Baskirs, en Wettéravie, etc. En ce qui concerne les Tartares, un fait curieux est rappelé par M. Geoffroy. Des *côtelettes de cheval fumées* furent un des mets servis à l'envoyé de France (sous Louis XV), le baron de Tott, admis à la table du khan. Ajoutez l'ensemble des faits déjà rappelés dans notre premier article, cette propagation croissante et déjà si avancée de la nourriture équine en Allemagne et en Amérique, ces sociétés d'hippophages qui vont se multipliant, ces boucheries spéciales où court le peuple, et vous aurez une idée de la valeur de l'expérience déjà réalisée pendant que la science spécule et que les savants disputent.

. . . . Perrin tire l'argent à lui,
Et ne laisse aux plaideurs que le sac et les quilles.

Mais, dira-t-on, l'entraînement, la nouveauté, le besoin, les théories sociales, certaines vues humanitaires, ne sont-ce pas là les vraies causes de l'impulsion à laquelle nous assistons aujourd'hui? Et un usage plus ou moins répandu peut-il, dans une question d'hygiène, tenir lieu d'observation scientifique? En d'autres termes, la viande de cheval, quoique mangée dès la plus haute antiquité, quoique recherchée aujourd'hui encore par beaucoup de peuples, a-t-elle réellement les qualités d'un bon aliment? M. Geoffroy pose à cet égard deux questions : Cette viande est-elle saine? Est-elle suffisamment agréable au goût? Et nous ajoutons *à la dent ?*

Si cette viande est saine, ce ne sont pas les *dîners de cheval*, dont on a tant parlé, qui peuvent le démontrer, et M. Geoffroy n'est pas assez sévère, ce nous semble, quand il accepte comme valables les certificats de salubrité délivrés au sortir de table. On constate, dans ces amusements d'une heure, la saveur, le fumet, la tendreté du mets, et rien de plus ; nous y viendrons. Mais pour savoir si ce mets est sain et nourrissant, il faut une expérience un peu prolongée. Eh bien, cette expérience, elle a été faite sur une très grande échelle. Sans arguer de l'hippophagie *endémique* dont nous avons cité tant d'exemples et qui pourrait à la rigueur ne convenir qu'à la constitution particulière des indigènes ; sans tirer partie des nombreuses circonstances dans lesquelles, sciemment ou non, sous un ciel lointain ou dans un restaurant de la capitale, du cheval a été accidentellement mangé par des personnes habituées à une autre nourriture, on peut au moins alléguer ce fait notoire que les nombreux Allemands et Américains aujourd'hui convertis à l'hippophagie se por-

verses productions scientifiques étaient entachées. Il espérait, en fournissant aux écrivains l'occasion de se connaître et de se lier, faciliter les relations scientifiques, substituer l'urbanité et l'affection aux expressions dures et aux rancunes d'auteurs, et, comme le dit le protocole de la première séance, améliorer le caractère des savants en créant des relations d'amitié. Oken avait d'autres vues encore et d'autres espérances. Il pensait amener par ces réunions une assemblée des principaux écrivains, et en arriver à rassembler en un corps les documents épars de la science allemande, à la faire connaître par des encyclopédies, des dictionnaires, etc., entreprises où plusieurs personnes sont indispensables, et qu'il est difficile de commencer par lettres avec des inconnus. En un mot, par l'union et l'affection qu'il voulait réveiller, il espérait voir l'unité scientifique allemande prendre la première place dans la science européenne.

Le 18 septembre 1822 donc, vingt membres fondèrent la Société à Leipsick. Oken, Carus, Purkinje, Reichenbach en étaient les illustrations. Les statuts furent rédigés par F. Schwägrichen et G. Kunze ; et, si incomplets qu'ils soient, ils ont subsisté jusqu'à nos jours, malgré la tentative qu'on fit à Mayence en 1842 pour les changer.

La société, qui a pris le nom de Société des naturalistes et médecins allemands, a pour but, disent les statuts, de procurer aux savants allemands l'occasion de se connaître personnellement. Le membre titulaire doit être auteur et avoir publié autre chose qu'une dissertation inaugurale. Outre les membres titulaires, on admet à participer aux réunions et aux plaisirs tous ceux qui s'occupent de sciences, d'histoire naturelle et de médecine ; seulement, cette dernière classe de membres n'a ni le droit de prononcer des discours ni celui de voter. Le lieu de la réunion change tous les ans, et la vogue s'est insensiblement accrue depuis la fondation, comme vous pouvez en juger par le tableau que je vous envoie (voir aux *Variétés*).

Deux chargés d'affaires ou introducteurs ont le soin de préparer et de faciliter la réunion prochaine et s'occupent des invitations, des préparatifs, des logements, de l'installation des hôtes, etc. Ils ouvrent le Congrès et ont seuls le droit de signer au nom de la

tent tout aussi bien, sinon mieux, qu'ils se portaient sous le régime du bœuf, du veau et du mouton. Cette épreuve n'est pas de mince valeur; car elle a quinze ou vingt ans de date et porte sur des milliers d'individus. Veut-on d'autres expériences dont les résultats soient garantis par une observation directe, attentive, faite à la lumière de notions médicales ou d'un savoir non contesté? Voici Larrey qui a fait une longue étude, une étude vraiment expérimentale, du sujet, et qui écrit :

« La chair musculaire du cheval, surtout celle du train de derrière, peut servir à la confection de la soupe, surtout si l'on y joint une certaine quantité de lard ; elle peut être encore employée en grillades et en bœuf à la mode avec l'assaisonnement convenable. Le foie peut être aussi employé et préparé de la même manière que celui des bêtes à cornes ; il est même, à ce qu'il paraît, plus délicat que celui qui provient de celles-ci. Ce mets était surtout recherché par nos compagnons de la campagne de Russie qui en ont tous fait le plus grand éloge... La viande de cheval me semble surtout très nourrissante. »

Voici encore M. de Dumast qui décrit en ces termes à la *Société d'acclimatation* le rôle alimentaire de la chair de cheval au siége de Phalsbourg.

« Avant que se fût écoulée la moitié du temps du siége, on ne délivra aux troupes leur ration qu'en viande de cheval... Il ne s'agit pas ici d'un tour de force pratiqué en passant et par des soldats affamés, mais d'une alimentation journalière, réglée, que partageaient avec les militaires les bourgeois de la ville, ainsi que leurs femmes et leurs enfants. Eh bien, voici ce qui a été observé : *Fort saine et puissamment nutritive*, la chair de cheval n'est pas répugnante à l'œil... »

Voici, mieux peut-être que ces affirmations individuelles; voici le témoignage collectif des professeurs de nos écoles vétérinaires, plus particulièrement de l'école d'Alfort, qui répètent presque quotidiennement l'expérience... sur qui? sur les élèves? sur les habitants des hameaux? Mieux que cela, sur leur propre personne! Or, on peut tenir pour certain que ces messieurs ne sont pas des bourreaux de leur santé, comme il est d'ailleurs loisible à chacun de s'en assurer *de visu*.

Voici enfin, pour aller de plus fort en plus fort, le rapport, délibéré et approuvé à l'unanimité, d'une commission nommée en 1825 par le préfet de police, et qui ne trouve que du bien à dire de la viande de cheval!

C'en est assez sur la question de salubrité. Reste à savoir si la chair est tendre, si elle a bon goût. De ces deux qualités d'une chair comestible, il en est une sur laquelle il est aisé de se mettre d'accord; c'est celle de la *tendreté*. Or, à cet égard, les témoignages sont à peu près unanimes : la chair de cheval est aussi tendre que celle de bœuf, *quand elles se trouvent placées dans les mêmes conditions de boucherie*, c'est-à-dire quand les animaux ont été également reposés avant d'être sacrifiés, quand la viande est également *faite*. Des chevaux de seize ans, de vingt-trois ans, reposés, mais non engraissés et ayant travaillé toute leur vie, ont été trouvés parfaitement tendres dans un repas de cheval donné à Toulouse et à Alfort par M. Lavocat et par M. Renault. Quant à ce qui concerne le *goût*, on connaît le proverbe: *De gustibus*, etc. Mais si une question de goût ne saurait être décidée au sens absolu, vu que de nouveaux témoignages peuvent toujours contredire les précédents, il y a néanmoins une règle en cette matière, et cette règle est le sentiment général. Et ce sentiment, ici encore, est extrêmement favorable. Il y a d'ailleurs un moyen de ramener la question à des termes plus précis : c'est de prendre le goût du bœuf pour terme de comparaison, et de demander si le goût du cheval en diffère sensiblement. Nous savons bien que le *disputandum* ne perd pas ses droits pour cela ; mais la dissidence a moins de latitude que lorsqu'il s'agit de savoir si une chose est bonne ou mauvaise en soi. Eh bien! au dire des experts, *qui aime le bœuf aimera le cheval*. Le bouillon de cheval, le *beefsteak* de cheval (pardon de l'accouplement) sont le bouillon et le beefsteak de bœuf perfectionnés; avec cette légère différence à l'avantage du *fier et noble animal* que, rôti, il a une pointe de chevreuil. Ce jugement, c'est celui de tous les convives des banquets de cheval, de M. Barral, de M. Latour, de M. Lavocat, de M. Richard (du Cantal) et de beaucoup d'autres.

Sur ce chapitre des qualités culinaires, on nous permettra de nous en fier à notre propre goût; car, en ce genre, il n'y a et il ne peut y avoir pour personne de goût préférable à celui qu'on a soi-même. Notre éducation, sous ce rapport, est toute fraîche, mais elle n'en est que plus vivace. Pas plus tard qu'avant-hier, nous sommes allé trouver M. l'équarrisseur et l'avons prié de vouloir bien *lever* pour nous (c'est le mot) un filet de cheval, ce qu'il nous a accordé gracieusement. Expérience faite en compagnie de cinq personnes, notamment de M. Brochin, rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX, voici notre avis. La viande de cheval grillée (c'est sous cette

---

société. Cette dernière ne possède ni propriété ni collection. La cotisation des membres participant au Congrès et la générosité des divers gouvernements suffisent pour couvrir les déboursés. Collections, musées, galeries, sont mis à la disposition des visiteurs, et l'hospitalité la plus chaleureuse accueille d'ordinaire les étrangers.

C'est la seconde fois que Vienne a l'honneur de réunir dans ses murs les savants allemands. En 1831, de même qu'en 1855, le choléra avait fait reculer d'un an le Congrès. Vingt-quatre ans séparent la dixième réunion de la trente-deuxième, et au lieu des 418 naturalistes de 1832, le nombre des visiteurs s'élève cette année à plus de 1,500.

Le Congrès tenu à Göttingue en 1854 avait délégué aux professeurs Hyrtl et Schrötter la charge flatteuse d'introducteurs. A leur appel, l'Allemagne, les principaux pays de l'Europe ont répondu avec empressement. Les Russes, les Italiens et les Anglais sont en majorité. Malgré un gracieux appel dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a été l'intermédiaire (voir n° 34, p. 608), la France a peu répondu, et nos compatriotes sont en petit nombre. Du reste, dans toutes les réunions du même genre, les difficultés de la langue ou la peur des distances ont retenu les Français. A Fribourg, en 1838, il y en avait néanmoins 62. Je trouve le nom du professeur Roux à la réunion de Prague (1837); celle de Stuttgard (1834) fut honorée par presque tous les professeurs de la Faculté de Strasbourg. En 1856, le chiffre des Français ne dépasse pas 20, parmi lesquels sont des personnes de votre connaissance: MM. Moquin-Tandon, Payer, Béclard, Sée, Orfila, Duchenne (de Boulogne), V. Masson, Nachet, etc., etc.

La science n'a pas de patrie, et il est à regretter que nous soyons les seuls à ne pas comprendre la vérité de cette sentence. C'est surtout à l'Allemagne, qui fait chaque année un pèlerinage à Paris, que nous devons au moins une visite de politesse. Et puis, quand une réunion aussi remarquable, un centre aussi beau que Vienne, une Académie aussi célèbre que l'école autrichienne; quand l'amabilité, la prévenance et la bienveillance de MM. Hyrtl et Schrötter vous attendent, cela ne vaut-il pas un voyage que la vapeur rend insignifiant?

seule forme que nous l'avons dégustée) est *tendre* et *succulente*; mais elle a un certain fumet, qu'on reconnaît aussitôt pour l'avoir rencontré dans beaucoup de becfsteaks des restaurants, surtout dans la banlieue ; fumet qui ne déplaît pas à la première bouchée, qui peut même paraître agréable, mais dont nous nous lasserions pour notre compte assez promptement. *Tout le monde aime le bœuf ; tout le monde n'aimera pas le cheval, et un bon bœuf vaudra toujours mieux, comme aliment usuel, qu'un bon cheval.* Mais on comprend bien que ce ne peut pas être là un motif de rejet. Telle qu'elle est, la viande de cheval serait encore pour l'alimentation publique une ressource extrêmement précieuse.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RELATIONS EXISTANT ENTRE LES MALADIES DU CŒUR ET LES MALADIES DES REINS, par M. L. TRAUBE, professeur et médecin à la Charité de Berlin. — Analyse détaillée et raisonnée, par M. PAUL PICARD.

(Suite et fin. —Voir le numéro 38, t. III.)

Quand la tension du système artériel est *diminuée* (de 0,2 à 0,6) la quantité d'urine sécrétée dans l'unité de temps *diminue* (de 0,3 à 0,8), et les parties liquides sont diminuées dans une proportion plus grande que les parties solides.

Quand la tension du système veineux dépasse une certaine limite (qu'on n'a pas encore déterminée), on trouve de l'albumine dans l'urine, et le microscope y fait voir des cylindres fibrineux.

L'abaissement de la tension du système aortique, ayant pour suite la diminution de l'urine, précède l'augmentation de la tension veineuse, dont le résultat est de faire passer les éléments constitutifs du sang (albumine, fibrine) dans l'urine. Pour appliquer ces données à la théorie précédente et pour que sa justesse fût démontrée, il faudrait que, dans les altérations du deuxième groupe :

a. L'urine eût ses caractères et ses propriétés ordinaires, quand la compensation est complète;

b. Que le volume de l'urine (en vingt-quatre heures) fût diminué, son poids spécifique augmenté, lorsque la compensation primitive est détruite ou qu'il ne se produit pas de compensation ; dans ces derniers cas l'urine devrait contenir de l'albumine et des caillots fibrineux ;

c. Que la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures fût anormalement diminuée et son poids spécifique augmenté, avant qu'on pût constater la présence de l'albumine et de la fibrine dans l'urine.

Or, l'expérience clinique nous démontre que les choses se passent réellement ainsi. Tout médecin a devant les yeux l'image que lui présente un malade affecté d'une maladie de cœur où la compensation est impossible, par exemple dans un cas d'épanchement péricardial et considérable. Dans ces cas l'urine est peu copieuse, tout au plus 5 à 6 onces dans les vingt-quatre heures. Le poids spécifique dépasse toujours 1,020. Le liquide fournira un précipité abondant d'urate de soude, des cylindres fibrineux et une certaine quantité d'albumine. Les malades qui ont une maladie du cœur et qui néanmoins jouissent d'une santé bonne en apparence peuvent aussi présenter une urine analogue. Peu à peu ou tout d'un coup le foie se tuméfie, le sang s'accumule dans le cerveau (ce qui se manifeste dans quelques cas par le délire ou la contraction des pupilles), des épanchements se forment dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les séreuses, la dyspnée est très forte, la respiration difficile. Il en est de même dans les cas d'altérations pathologiques qui font obstacle au cours du sang dans les organes respiratoires, comme les épanchements pleurétiques, par exemple. L'urine est sédimenteuse, rouge, peu abondante et contient de l'albumine et de la fibrine.

La substance des reins subit des modifications proportionnées au temps qu'a duré la sécrétion anormale. Les reins sont peu ou point tuméfiés, lorsque celle-ci s'est montrée peu de jours avant la mort ; leur parenchyme est rouge, ramolli; les cellules épithéliales des tubes de Bellini ont un aspect grisâtre ; le contenu de ces cellules est granuleux et elles se dissolvent en laissant dans l'eau des noyaux ronds ou ovales entourés d'une masse granuleuse. Quand la sécrétion anormale a duré plus longtemps, les reins sont plus petits et plus durs que d'habitude ; ils sont rouges, mais leur surface ne présente pas ces grosses granulations qui caractérisent une maladie de Bright. Le rapport de la substance corticale au reste du rein n'a pas varié. Ici, comme tout à l'heure, on ne trouve pas de trace de *dégénérescence graisseuse* de l'épithélium, tandis que les tubes de Bellini contiennent des caillots fibrineux.

Ainsi, il est de nombreuses altérations de texture et de

S. M. l'Empereur François-Joseph avait alloué 40,000 florins, et offert aux savants du monde entier, outre les riches collections de Vienne, les plaisirs les plus variés, une représentation des meilleurs acteurs de l'Allemagne, et une partie au Semmering et à ses sites ravissants. Il y avait dans tout cela un attrait puissant et de quoi dédommager largement d'un déplacement de huit jours.

Le 16 septembre, à dix heures du matin, a eu lieu la première réunion générale dans la salle des Redoutes. Cette superbe salle, qui date de Marie-Thérèse et qui a été restaurée par Joseph II, brillamment décorée et éclairée, suffisait à peine pour contenir la foule des savants et le public. Un grand nombre de dames occupaient les galeries supérieures. Le bureau, où siégeaient les professeurs von Ettingshausen, Hyrtl, Rokitansky et Schrötter, était surmonté d'un superbe portrait en pied de l'Empereur, et décoré de fleurs et d'arbustes. Presque tous les ministres (MM. de Bach, de Brück, Thun, Krauss, Toggenburg), de nombreux généraux, le bourguemestre de Vienne, le prince-évêque Othmar de Rauscher, occupaient les premiers fauteuils réservés.

J'ai peu de chose à vous dire de cette première séance, cher rédacteur. Les discours d'installation, la formation des sections, quelques lectures étrangères à la médecine, et, par-dessus tout cela, un dîner, c'en était bien assez pour le premier jour.

C'est M. Hyrtl qui a ouvert le trente-deuxième Congrès. « Soyez, a-t-il dit, les bienvenus sur les rives du Danube, dans la ville impériale ; loin de vous l'*Ister gelidus* du poëte romain ; soyez les bienvenus parmi vos amis qui vous attendent depuis deux ans avec impatience. » L'orateur a saisi cette occasion solennelle de faire ressortir la différence qui sépare la science d'autrefois de la science d'aujourd'hui, et qui est à l'honneur de notre époque. Autrefois, on tendait à produire des praticiens ; la science pure n'était pas reconnue. Aujourd'hui, grâce à l'union des savants, aux progrès de l'industrie, à la puissance de la vapeur, aux découvertes de la chimie, tout est changé. Une nouvelle école s'est formée, qui eut le courage d'exercer une sévère critique sur l'empirisme des siècles passés, et sur les débris d'une scolastique usée, d'élever, de fortifier l'observation, en l'asseyant sur la base des faits anatomiques.

structure du cœur qui ont la propriété commune de diminuer le travail de cet organe (diverses affections des voies respiratoires ont une action analogue). La conséquence nécessaire serait une diminution dans la tension du système artériel et par conséquent une augmentation dans la tension du système veineux. Mais dans plusieurs cas, il se produit une compensation plus ou moins complète, parce que, à la dilatation subie par les ventricules par suite de la stase du courant sanguin se joint une augmentation de leur masse musculaire, et la quantité de travail du ventricule augmente d'après le rapport de son hypertrophie avec sa dilatation. Si la compensation ne se produit pas, ou si la compensation qui s'est formée dans le principe est annulée, il survient, dans les divers appareils du corps, divers troubles provenant d'une augmentation dans la tension du système veineux, et de la diminution de celle du système aortique. C'est surtout dans l'appareil urinaire que l'on observe ces désordres. Ils dépendent, comme le démontre l'expérience, de modifications survenues dans la tension du système circulatoire. Si les troubles de la sécrétion rénale persistent un certain temps, le parenchyme de ces organes subit diverses altérations. M. Traube ne croit pas que ces altérations soient identiques avec celles que produit la maladie de Bright. Il n'a pas rencontré la métamorphose graisseuse de l'épithélium dans la période où le rein diminue, il n'a pu trouver la consistance dure, semblable à du cuir, le ratatinement de la substance corticale, l'aspect granuleux de la surface des reins, qui caractérisent la maladie de Bright à l'état chronique. Il répond à ceux qui pourraient croire à une néphrite croupeuse, que les signes de l'inflammation manquent dans les cas où l'altération rénale provient de modifications dans la tension du système circulatoire.

Emmert a fait diverses expériences pour démontrer que les modifications produites dans les capillaires, par suite d'obstacles apportés à la circulation veineuse, diffèrent sensiblement de celles qui résultent de l'inflammation produite par des causes physiques ou chimiques. Dans l'inflammation, l'aspect rouge provient de l'accumulation de corpuscules sanguins colorés dans les capillaires, qui en sont comme obstrués ; dans les engorgements produits par un obstacle mécanique au cours du sang, les capillaires ne sont pas remplis seulement par les corpuscules, mais ils sont tendus par du sang réel et de composition normale ; de plus le capillaire dilaté par l'inflammation ne revient pas sur lui-même, obstrué qu'il est par des corpuscules rouges, résistants, qui ont alors une consistance particulière, qui ne glissent plus les uns sur les autres, mais s'accolent entre eux ou s'accrochent aux parois. On ne peut donc comparer l'obstruction d'un vaisseau à l'action de l'inflammation. Du reste, lorsque l'appareil urinaire subit les modifications qui nous occupent et qui coïncident avec certaines affections du cœur, les poumons, le foie, subissent aussi des altérations qu'il est impossible d'attribuer à l'inflammation.

A ceux qui demandent d'où provient la fibrine, M. Traube répond par un passage de son mémoire sur la digitale. On trouve de la fibrine et des caillots fibrineux dans des épanchements hydropiques survenus sans la moindre trace d'inflammation. Dans certains cas d'ascite, dans certains cas où l'albumine et les cylindres fibrineux se trouvent dans l'urine jusqu'à la mort, l'autopsie fait voir que le péritoine n'a pas de trace d'inflammation et que les reins sont anémiques. Il faut donc admettre la transsudation fibrineuse comme on admet la transsudation albumineuse. D'après M. Traube, il est aussi très rare que la véritable maladie de Bright soit la cause d'altérations du cœur diminuant le travail de cet organe.

L'auteur cite deux cas curieux venant corroborer son opinion. Nous les analyserons rapidement.

1. Empyème du côté gauche avec maladie du cœur chez une fille de douze ans. Six semaines après le début, entrée à la Charité. Visage pâle, œdémateux, anasarque, décubitus sur le côté gauche ; énorme dyspnée. *Artères très petites et molles.* Pouls 130. *Urine*, 200 *grammes par vingt-quatre heures, opaques ; sédiment rouge d'urates.* La ponction fut faite et l'on retira 2 litres d'un pus épais. *Peu après* l'opération, la *quantité d'urine devint six fois plus considérable et le sédiment disparut.*

2. Ouvrier. Quarante-trois ans. Entré le 7 janvier à l'hôpital avec un grand épanchement pleurétique du côté droit et une hydropisie assez considérable. A eu des accès de fièvre quarte un mois avant son entrée à l'hôpital. Fort, vigoureux. Les extrémités très infiltrées. Pouls 66 ; 14 respirations par minute. Peau sèche. Urine en vingt-quatre heures, 74 centimètres cubes ; poids spécifique, 1015 ; rouge, acide, contenant de l'albumine. Voies digestives en bon état. *Voies respiratoires* : Matité à partir de la sixième côte en avant et à droite. En arrière et à droite matité qui augmente en descendant. Accès de dyspnée tous les soirs. Cœur normal. Les accès de dyspnée se répètent tous les jours et malgré divers remèdes (pilules de chin. muriat., ammon. muriat., extr. squillæ,

---

Il y avait dans le discours de M. Hyrtl des choses qui n'intéressent pas directement la France, et que je mentionne en passant : ce qui concerne, par exemple, la constitution de l'Académie des sciences par ordre de l'Empereur Ferdinand, les réformes de l'enseignement, la liberté qui y a été introduite, la suppression des entraves apportées aux études académiques, la création de diverses institutions pour les spécialités scientifiques, de généreuses dotations impérial s, l'empressement du gouvernement à faire fleurir la science, etc. Et l'orateur a rappelé à cette occasion que, en 1849, sur l'ordre de l'Empereur, des recherches furent faites sur tous les points de l'empire autrichien pour enrichir le musée géologique, devenu un des premiers de l'Europe ; que des observations météorologiques et sur le magnétisme terrestre se poursuivent dans toute l'Autriche, sur la proposition du baron de Baumgartner ; enfin, qu'une société de 700 membres s'occupe de zoologie et de botanique. Ce sont des exemples bons à divulguer.

Fidèle à la première pensée d'Oken, M. Hyrtl, après un regard élevé sur l'intervention des sciences exactes dans la science médicale proprement dite, a conclu à l'union de tous « les chercheurs de la nature, » et leur a proposé, en terminant, la devise de l'Empereur : VIRIBUS UNITIS ! Des applaudissements répétés ont accueilli le brillant discours du célèbre professeur d'anatomie.

Voici venir maintenant le bourguemestre Seiller, qui souhaite la bienvenue à l'assemblée et l'assure du plaisir que la présence de savants distingués cause aux habitants de Vienne; il promet de faire tout ce qui sera possible pour leur rendre agréable le séjour de la ville. Cette déclaration fait un certain effet, et j'en prends acte pour mon propre compte. Enfin, M. le professeur Schrötter, après avoir lu les statuts de la Société, fait part du cadeau impérial dont je vous ai parlé tout à l'heure. La souscription que chaque membre est tenu de payer (5 florins) pourra, en conséquence, être employée à un but scientifique. Sur la proposition de M. Schrötter, un comité sera chargé d'en déterminer l'emploi.

Ne supposant pas que vous vouliez conduire le lecteur au sommet de l'Etna ni en Amérique, je ne vous dis rien du discours de M. Waltershausen sur une éruption du volcan de la Sicile, ni de

acet. scillit., tinct. opii, tinct. digitalis et frictions avec l'huile de térébenthine); le pouls s'éleva, du 15 au 20 janvier, de 84 à 100. Du 20 au 24, l'épanchement fit des progrès, et le 24 au matin toute la portion droite du thorax présentait une *matité absolue*. Pouls, 92.

L'*urine* était, du 7 au 12, colorée fortement en rouge; elle laissait déposer un sédiment abondant d'urates et contenait toujours de l'albumine. Le 15 janvier apparurent en assez grand nombre *les cylindres fibrineux*. Du 7 au 23, la quantité d'urine, pour vingt-quatre heures, varia de 510 minimum à 820 maximum. Le poids spécifique était de 1015 à 1026. Le 24 janvier, M. Traube fit la ponction et retira 1300 centil. d'un liquide séreux rougeâtre, contenant beaucoup d'albumine et de carbonate d'ammoniaque. Le pouls tombe à 72. Du 24 au 30 janvier, la dyspnée disparaît, l'urine *est depuis l'opération* jaune, claire, acide, sans albumine; le malade en rendait de 1590 à 2500 centilitres par vingt-quatre heures. Le poids spécifique tombe à 1014 (1).

Dans les deux cas précédents, la ponction d'un épanchement pleurétique a élevé la tension du système aortique et diminué celle du système veineux, et, en dégageant le système circulatoire qui unit le ventricule droit à l'oreillette gauche, facilita l'expulsion du sang hors du ventricule droit et l'accès du ventricule gauche. Après la ponction, la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures augmente, tandis que son poids spécifique diminue, que l'albumine et la fibrine disparaissent.

Bright avait remarqué que la maladie des reins qu'il décrivit le premier prédisposait beaucoup de sujets à une hypertrophie du cœur et spécialement du ventricule gauche. M. Traube a été amené, à la suite de nombreuses observations, aux conclusions suivantes:

A. On rencontre souvent la dilatation et l'hypertrophie des deux ventricules coexistant avec la dégénérescence rénale décrite par Bright, sans qu'il soit possible de rapporter l'altération du cœur à une autre affection.

B. Plus souvent, la maladie de Bright existe simultanément avec la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche, sans que rien puisse expliquer différemment l'altération du cœur.

C. L'auteur n'a jamais observé la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit (le malade ayant en même temps la maladie de Bright), sans qu'une affection des organes de la circulation et de la respiration n'existât simultanément, et l'expérience a démontré que ces dernières altérations peuvent produire la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit.

(1) Weishaupt a publié dans le *Prager Viertheljahrschrift*, vol. III, p. 12 et 13, deux cas semblables observés dans la clinique d'Oppolzer, mais sans en tirer de conclusions, et pour ainsi dire pêle-mêle, au milieu de diverses observations analogues.

Dans les deux premiers cas (A et B), les reins sont d'ordinaire ratatinés; les capillaires qui traversent le parenchyme rénal sont notablement diminués; les tubes de Bellini deviennent moins nombreux, et ainsi survient la perte de substance que subit la portion corticale des reins; le nombre des corpuscules de Malpighi pouvant fonctionner devient moindre, et la quantité de sang nécessaire à la sécrétion de l'urine diminue. Le système aortique a donc moins de sang à envoyer, et le surplus qui ne peut être employé à la sécrétion augmente la tension du système artériel. Les obstacles que doit vaincre le ventricule gauche pour se vider sont augmentés, et pour les surmonter il faut que le ventricule devienne plus puissant, que sa force s'accroisse (c'est-à-dire que ses fibres musculaires augmentent de puissance). Le ventricule droit se trouve alors dans les mêmes conditions que dans les cas d'insuffisance des valvules de l'aorte, ou de rétrécissement de l'orifice aortique. La dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche amèneront donc dans ce cas une altération analogue du ventricule droit. Et à l'appui de cette explication, M. Traube remarque que les fibres du cœur sont augmentées sans être altérées, ce qui exclut la supposition que l'affection rénale est la suite de l'altération cardiaque. Il serait, du reste, difficile d'admettre qu'une cause produisant l'hypertrophie et la dilatation du cœur pût produire l'atrophie et le ratatinement des reins. L'altération rénale doit donc être considérée comme primitive.

Dans ces cas-là, comme on peut le penser d'avance, la compensation est encore possible.

Obs. I. — H..., cordonnier, trente-quatre ans, entré le 13 février; souffre depuis un an de dyspnée, surtout quand il monte les escaliers. Il y a quatre semaines, il resta longtemps à patiner par une température très basse; il eut là un sentiment d'oppression qui ne l'a pas quitté jusqu'aujourd'hui.

Le malade présente l'état suivant: Visage pâle; pouls, 108, *très tendu*; peau sèche. Difficulté pour respirer; 50 inspirations par minute; la jugulaire se tend violemment au moment de l'expiration. Toux fréquente; crachats rares, teints en rouge. On entend du côté droit, en avant, de haut en bas, un râle à bulles mélangées, riches, mais non tintant; en arrière, respiration indistincte, entremêlée çà et là de râle peu abondant et à petites bulles. Du côté gauche, à partir de la cinquième côte, respiration vésicu-

---

celui de M. Nœggerath sur les trachytes comme signes de soulèvements volcaniques, ni enfin de celui de M. Scherzer (de Vienne) sur les races américaines du Nord; et je termine cette lettre en vous envoyant la composition des sections.

SECTION DE MÉDECINE.

Président: M. Skoda.
Secrétaires: MM. Sigmund, Preyss.

La section se divise en deux parties: Section de médecine et section de psychiatrie, *président* M. Erlenmayer. Les principaux membres de ces sections et les plus célèbres sont: MM. Dlauhy, Oppolzer, Skoda, Bamberger, Rinecker, Seitz, Stiebel, Sigmund, etc.

SECTION DE CHIRURGIE, D'OPHTHALMOLOGIE ET D'ACCOUCHEMENTS.

Président: M. de Dummreicher.
Secrétaires: MM. Jaeger, Blodig, Spaeth.

Cette section est très nombreuse. On y remarque les professeurs Baum (de Göttingue), Schuh (de Vienne), Jaeger, Roser (de Marburg), Passavant, C. Nagel (de Lemberg), Retzius, Wattmann, Ullrich, Friedberger, Riecke, Linhart (de Würzbourg). Parmi les accoucheurs, MM. Scanzoni, Kilian, Zwang, Stoltz (de Strasbourg), Cohen, Hussian, etc.

SECTION D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE.

Président: M. Rokitansky.
Secrétaires: MM. Patruban, Klob.

Le célèbre anatomo-pathologiste est salué par des acclamations prolongées.

Nous remarquons parmi les membres de cette section MM. Donders (d'Utrecht), Carus (de Leipsick), Fick (de Leipsick), Ludwig (de Vienne), Wedl, Huschke, Engel, Bruch, Duchenne (de Boulogne), Nachet fils (de Paris), etc.

SECTION DE MINÉRALOGIE, GÉOGNOSIE ET PALÉONTOLOGIE.

Présidents: MM. Haidinger et Leydolt.
Secrétaires: MM. Hornes, Hauer.

Parmi les membres, nous citerons: MM. P. Meriau (de Bâle), Noeggerath (de Bonn), R. de Carnal, G. Rose et Studer-Ravenstein, Brücke, Sartorius de Waltershausen (Göttingue), Czoernig et Forchhammer, etc.

laire; en arrière, forte respiration vésiculaire. L'auscultation du cœur est impossible, vu la fréquence des inspirations bruyantes. (Saignée et un émétique.)

14 février. Le malade a vomi quatre fois. Le sang a une croûte épaisse. Il y a un peu de soulagement après la prise de l'émétique. Pouls, 114. Artères radiales très tendues. Urine jaune rougeâtre, contenant beaucoup d'albumine. Après la prise d'un second vomitif et l'application d'un vésicatoire sur la poitrine, moyens qui provoquent de nombreux crachats écumeux d'un rouge sale, l'orthopnée reprend, le nombre des respirations monte à 52 par minute, et le malade meurt le 15 février.

Autopsie. — La trachée est remplie d'un liquide abondant, séreux, d'un rouge foncé. Les poumons sont très volumineux. On trouve tous les signes anatomo-pathologiques d'une *vraie pneumonie lobulaire*. Le cœur est *hypertrophié*, le ventricule gauche surtout; il forme seul la pointe du cœur. Les *reins* présentent tous les symptômes du *mal de Bright*. La perte de substance porte surtout sur la portion corticale des reins, qui sont ratatinés et très petits.

La maladie de Bright et l'hypertrophie cardiaque ont dû précéder la pneumonie lobulaire; et malgré les deux premières affections, le patient a pu se livrer à un exercice violent, demandant de grands efforts musculaires. Cela ne peut s'expliquer que par la compensation fournie par le ventricule gauche hypertrophié et dilaté. C'est par l'augmentation de travail du ventricule gauche que s'accrut la tension du système artériel, et par là la quantité d'urine que le parenchyme rénal, diminué de volume, pouvait sécréter. Ainsi échappa le malade aux épanchements hydropiques dans le tissu cellulaire et les séreuses, que l'on remarque dans les cas de mal de Bright, et qui, sous forme d'hydrothorax, d'œdème du poumon, gênent la respiration et empêchent toute action musculaire.

L'auteur donne une seconde observation analogue dans laquelle la maladie de Bright avait été compensée pendant longtemps par la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche. Un œdème du poumon vint détruire la compensation et la mort s'ensuivit. M. Rayer parle aussi d'un cas analogue (*Maladies des reins*, t. II, p. 203).

De cette manière on peut expliquer comment la proportion de l'eau contenue dans l'urine peut être élevée ou au moins maintenue normale. Mais reste une objection. Que devient l'urée, que les reins atrophiés ne peuvent plus sécréter? Comment est-elle séparée du sang? D'après M. Traube, grâce à la tension du système artériel, la portion du parenchyme rénal subsistant peut sécréter plus d'urée qu'à l'état normal.

D'un autre côté, les intéressantes recherches de Bernard et Barreswil (*Arch. génér.*, 4e série, t. XIII, p. 460) démontrent que la sécrétion du tube digestif augmente en quantité et en produits ammoniacaux dans les cas d'excision des reins, et qu'une compensation à la sécrétion rénale peut s'établir. Lorsqu'une affection grave des principaux appareils vient détruire cette compensation, l'urée s'amasse dans le sang, et comme l'ont démontré MM. Stannius, Scheven et Frerichs, se décompose en carbonate d'ammoniaque, sel qui, par son action sur les nerfs, produit les symptômes de l'intoxication urémique. C'est ce que démontre l'observation suivante :

Obs. II. — K., ouvrier, quarante ans, tousse et rejette des crachats muqueux depuis sa douzième année. Il a eu déjà deux pneumonies, et souffre du rhumatisme articulaire aigu; il se plaint depuis trois semaines d'exacerbations dans sa toux et de dyspnée qui a augmenté peu à peu. Les crachats sont rouges depuis deux jours.

Etat actuel. — Orthopnée; 108 pulsations, 40 inspirations. Râle à grosses bulles, non tintant, à la portion postérieure du thorax; partout ailleurs, respiration vésiculaire. La percussion et l'absence de choc du cœur font présumer un épanchement dans le péricarde. L'*urine* est rare, jaune, trouble, acide, contient beaucoup d'*albumine*; pesanteur spécifique, 1012; contient des corpuscules sanguins et purulents et quelques *caillots fibrineux*.

La dyspnée augmente le 18 novembre, et est un peu calmée par quelques gouttes d'opium. Le malade a envie de vomir.

Le 12, le malade devient soporeux; ses bras sont agités par de violentes contractions pendant son sommeil. L'envie de vomir revient dès que le malade prend quelque chose.

Le 13 novembre, 76 pulsations grosses et régulières, 22 respirations irrégulières par minute. État nerveux, comme la veille; les envies de vomir ont cessé. Le malade gémit. La matité du cœur s'étend de la troisième côte à gauche et en avant jusqu'à la sixième côte, dépasse le milieu du sternum de 1 pouce 1/2, et s'étend à gauche à 1/2 pouce au delà de la ligne mamellaire. Le choc de la pointe a lieu dans le cinquième espace intercostal. Il forme alors (on l'observe seulement à partir du 11) une éminence et est *diastolique*. Pendant la systole, on observe au même endroit un enfoncement. Les artères ont augmenté de volume.

Du 13 au 14, peu de sommeil; gémissements constants; dyspnée très forte et violentes secousses musculaires des bras. La quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures est, le 11, de 665 centimètres cubes; le 13 de 840 centimètres cubes. Son poids spécifique, 1010. La mort arrive le 14.

Autopsie. — Le péricarde contient un liquide séreux. Au-dessous du point de départ de l'artère pulmonaire s'insère un cordon de tissu conjonctif ancien, qui unit le cône du ventricule droit avec

SECTION DE MATHÉMATIQUES ET D'ASTRONOMIE.

Président : M. le professeur Petzval.
Secrétaires : MM. Hornstein, Gernerth.
A cette section appartiennent MM. Gerling (de Marburg), Heiss (de Münster), Reuschle, Prinz, Spitzer, etc.

SECTION DE ZOOLOGIE ET ANATOMIE COMPARÉE.

Président : L. Fitzinger.
Secrétaires : MM. Kner, Wedl, Frauenfeld.
Nous distinguons MM. Brandt (Saint-Pétersbourg), Kollar, Löw, Molin, etc.

SECTION DE PHYSIQUE.

Président : M. v. Ettingshausen.
Secrétaires : MM. Pick, Grailich.
Parmi les membres, nous citerons : MM. Eisenlohr (de Carlsruhe), Ettingshausen, Hessler, de Baumgartner, Osann (de Wurzburg), etc.

SECTION DE CHIMIE.

Président : M. de Redtenbacher.
Secrétaires : MM. Pohl, Hinterberger.
MM. Schrötter, Scheerer, Fresenius, Kunzek, Hoffmann, Heintz et Löwig, Schneider, Orfila, etc., étaient présents.

SECTION DE BOTANIQUE ET PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

Président : M. le professeur Fenzl.
Secrétaires : MM. Kerner, Reissek, Pokorny.
Principaux membres : MM. Stein, Nægeli, C. de Ettingshausen, Cohn, Seemann, Braun, Moquin-Tandon, Payer, etc.

SECTION DE GÉOLOGIE ET MINÉRALOGIE.

Président : M. A. Kunzek.
Secrétaires : MM. Schmidl, Fritsch.
(Le *Président* pour la séance prochaine est le baron Czoernig de Czernhausen.)

Les sections se sont pour la plupart contentées de se constituer, vu que l'heure était avancée et que le dîner du Sperl était annoncé pour deux heures et demie.

1,500 membres se sont réunis dans le beau local du Sperl, où

le péricarde. Dans les oreillettes, plaques tendineuses. Le ventricule droit est recouvert de graisse ; le gauche est hypertrophié et dilaté. Adhérences dans l'aorte thoracique et abdominale. Les reins sont très atrophiés et présentent les altérations de la maladie de Bright. Les poumons sont très volumineux et œdémateux.

L'auteur termine par une observation d'engouement hémorrhagique des reins, se combinant avec une dilatation des deux ventricules ; chez ce malade, la compensation qui l'avait fait jouir longtemps d'une bonne santé fut détruite. Les symptômes urémiques se présentèrent, probablement à la suite d'une abondante sécrétion de carbonate d'ammoniaque par la muqueuse gastrique : sécrétion qui se manifesta dès qu'un des reins fut rendu, par l'engouement hémorrhagique, impropre à la sécrétion urinaire.

Nous cherchons à résumer par les propositions suivantes cet important mémoire :

1° Le travail d'un ventricule, pendant la systole, est égal au poids du sang expulsé, élevé à la hauteur de la colonne de sang indiquant la force de tension du système artériel, près de l'orifice de sortie du ventricule.

2° Le temps de la contraction et les dimensions de l'orifice de sortie étant donnés, le travail d'un ventricule dépend de l'accélération imprimée aux molécules sanguines qu'il contient par la contraction de ses parois.

3° L'accélération des molécules sanguines dépend du rapport existant entre la masse musculaire et la capacité de la cavité ventriculaire. De là on peut conclure entre autres choses, que le travail d'un ventricule hypertrophié et dilaté peut être inférieur au ventricule normal.

4° Les altérations de structure du cœur peuvent être divisées en trois groupes : A celles qui n'ont pas d'action sur les fonctions du cœur ; B celles qui diminuent le travail du cœur ; C celles qui peuvent augmenter le travail de cet organe.

5° Les altérations du deuxième groupe en diminuant le travail du cœur, tendent à diminuer la tension du système aortique et à élever la tension du système veineux.

6° Ces vices peuvent être compensés, en totalité ou en partie, dans leurs résultats, par l'hypertrophie des parois du cœur.

7° La compensation survenue peut être détruite de diverses manières ; par exemple, par des altérations de structure se produisant dans d'autres organes et opposant de nouveaux obstacles à l'écoulement du sang dans le système aortique, ou par la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du ventricule hypertrophié.

8° Quand cette compensation ne se produit pas, ou bien quand elle est détruite, les reins subissent d'abord certaines perturbations dans leurs fonctions, ensuite certaines altérations dans leur texture.

9° La diminution dans la tension du système aortique a pour résultat d'abaisser la quantité d'urine sécrétée dans un temps donné, et de modifier les rapports de ses éléments constitutifs. La quantité d'eau est diminuée dans une plus grande proportion que la quantité des matières solides.

10° L'augmentation de la tension du système veineux ayant atteint un certain degré d'élévation, amène la sécrétion de l'albumine et d'une faible quantité de fibrine, qui prend la forme de cylindres microscopiques.

11° Les effets de la paracentèse, dans les cas d'épanchements pleurétiques, démontrent la justesse de cette théorie. L'urine, peu abondante, d'une densité plus élevée qu'à l'état normal, fortement sédimenteuse, contenant de l'albumine et des cylindres fibrineux, devient, après l'opération, plus copieuse ; sa densité diminue rapidement ; le sédiment d'urates, l'albumine et les cylindres fibrineux disparaissent.

12° Les altérations des reins, qui sont les suites de la diminution dans la tension aortique et de l'augmentation dans la tension veineuse, diffèrent essentiellement des altérations rénales spéciales à la maladie de Bright.

13° La maladie de Bright elle-même, en produisant l'atrophie et le ratatinement des reins, provoque la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche, et souvent aussi des altérations analogues dans le ventricule droit.

14° Par l'effet de l'hypertrophie ventriculaire, le travail du cœur s'accroît, et par suite la tension artérielle augmente.

15° Par suite de cette augmentation, les reins atrophiés sécrètent une quantité d'eau égale ou même supérieure à la quantité sécrétée à l'état normal, tandis que l'urée, privée des voies sécrétoires nécessaires, reste en grande partie dans le sang. Elle est sécrétée par la muqueuse intestinale sous la forme de sels ammoniacaux. C'est ainsi que s'expliquent la bonne santé ou les lésions peu importantes que présentent certains individus dont les reins sont atrophiés et l'urine albumineuse.

16° Quand la compensation produite par l'hypertrophie ventriculaire est détruite (la dilatation ventriculaire peut l'emporter sur l'hypertrophie des cavités cardiaques), l'urine

---

un orchestre conduit par Strauss a joué pendant les trois heures qu'a duré le repas.

La plupart des ministres étaient assis à la table d'honneur.

Les toasts suivants ont été portés :

A l'Empereur, par M. Hyrtl.
A la famille impériale, par M. Schrötter.
Aux présidents de la réunion, Hyrtl et Schrötter.
Aux dames, par le bourguemestre Seiller.
A la ville de Vienne, par M. Kilian (de Bonn).
Aux ministres Thun et Bach, par M. Sartorius.
Enfin, à A. de Humboldt, ce Nestor de la science dont on regrettait l'absence.

Ainsi s'est terminé ce premier jour de fête.
Le travail des sections recommencera demain.
La ville choisie pour le prochain Congrès est Bonn.

Sur ce, cher Rédacteur, je suis, etc. P. Picard.

— M. le docteur Barby, médecin principal, vient de mourir à Paris, des suites du typhus qu'il avait contracté dans les hôpitaux de Constantinople.

— Nous avons la douleur d'annoncer que M. le docteur *Campaignac* a succombé le 18 septembre à une attaque d'apoplexie. Ses obsèques ont eu lieu, samedi, à l'église Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un grand concours d'amis et de médecins distingués, qui avaient été ses compagnons d'études. M. Campaignac a laissé dans la science une thèse inaugurale *Sur les fractures incomplètes* justement estimée et très souvent citée. Une mort prématurée a empêché ce savant et modeste praticien de mettre la dernière main à deux ouvrages préparés de longue date. L'un, relatif aux affections cérébrales, était basé sur de nombreuses observations, recueillies pendant un long internat à la Salpêtrière et à Bicêtre ; l'autre, appuyé sur une expérience de plusieurs années, et sur des faits empruntés surtout à la pratique civile de l'auteur, devait traiter de l'hygiène des femmes en couches, des nourrices et des enfants nouveau-nés.

devient de plus en plus rare, tout en conservant sa faible densité et son albumine, et l'on voit se former des épanchements hydropiques dans les plèvres, le parenchyme pulmonaire; la dyspnée augmente, et la mort arrive à la suite de l'asphyxie.

17° Certaines affections de la muqueuse intestinale peuvent porter des troubles dans la sécrétion anormale de l'urée, qui se fait dans le tube digestif. L'urée s'accumule alors dans le sang, se décompose en carbonate d'ammoniaque (Frerichs), et les malades meurent avec des symptômes urémiques (1).

III.

REVUE CLINIQUE.

Diagnostic de l'affection strumeuse du testicule et de l'hématocèle. — Tumeur cartilagineuse développée dans le testicule et dans les vaisseaux lymphatiques du cordon, par James Paget. — Remarques critiques, par M. le docteur Giraldès, chirurgien des hôpitaux, etc.

Les deux observations que nous empruntons aux recueils de médecine anglais peuvent servir à faire comprendre combien l'étude clinique des affections du testicule est parfois difficile, et combien dans certains cas leur diagnostic est incertain. Elles montrent aussi que l'histoire de ces affections laisse encore beaucoup à désirer, et qu'il y a grand besoin de soumettre à une révision complète la pathologie de ces organes, de bien en déterminer les caractères anatomiques et cliniques, en tenant compte des modifications que peut subir chaque maladie en particulier, afin de ne point s'exposer à regarder comme une forme morbide nouvelle ce qui n'est parfois qu'une phase de quelque forme déjà connue.

La première observation a été recueillie dans le service de M. Erichsen, et est publiée comme une forme non décrite des affections strumeuses du testicule.

Obs. — Un malade âgé de quarante-deux ans, présentant les attributs de la diathèse strumeuse, avait reçu un coup il y a huit mois sur le testicule. Il en a été malade quelque temps. C'est seulement cinq semaines après que l'organe augmenta graduellement de volume. Trois mois plus tard, il égalait presque le volume des deux poings. Après avoir essayé sans succès un traitement local et général, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le testicule droit offrait alors la grosseur d'un œuf d'oie. Il était d'une forme ovale, lisse et lourd, sans douleurs, soit spontanées, soit par la pression. Une ponction exploratrice donna issue à de la sérosité sanguinolente.

Quelques jours plus tard, le malade étant anesthésié, M. Erichsen pratique sur la tumeur une incision de 3 pouces de longueur. La tunique vaginale est dure, cartilagineuse ; il s'en écoule un liquide analogue à celui qui a été obtenu par la ponction, mélangé de parties fongueuses, comme caséeuses, d'un jaune brunâtre et de substance fibrineuse. On pensa avoir affaire à un sarcocèle tuberculeux. On extirpa le testicule. La tumeur enlevée, incisée dans sa longueur, fait voir la tunique vaginale fongueuse, d'un jaune brunâtre. Au milieu du testicule se rencontrent des traces d'épanchement sanguin, et une cavité irrégulière à surface strumeuse (*sic*) contenant de la sérosité.

Le microscope montre que ces masses présentent une quantité considérable de débris de matière granuleuse et des cellules de plusieurs formes ne contenant point de matière graisseuse et ne présentant point de noyaux.

Le patient guérit rapidement ; il est très bien portant, et jouit maintenant du libre usage de ses facultés génitales. (*The Lancet*, 28 juin 1856, p. 705.)

Bien que M. Erichsen considère ce fait comme un exemple d'affection strumeuse du testicule, survenue à la suite d'une contusion déterminant l'épanchement de la matière morbide autour des vaisseaux séminifères et se faisant jour à travers la membrane albuginée, nous croyons que l'opinion du chirurgien de l'University College Hospital ne saurait être acceptée sans réserve. En effet, en considérant, d'une part, la cause déterminante de la maladie, et d'autre part les altérations pathologiques révélées après l'opération, nous serions disposé plutôt à y reconnaître une variété d'hématocèle du testicule et de la tunique vaginale. Rien dans la description de la tumeur n'indique que la tunique albuginée ait été érodée par la maladie. Ajoutons maintenant que les tubercules isolés du testicule qui percent la tunique albuginée pour verser la matière ramollie dans la cavité de la tunique vaginale suivent une marche différente, et s'accompagnent de phénomènes qui ne sont pas de ceux exposés dans l'observation donnée par le journal The Lancet.

— La seconde observation nous présente un de ces cas insolites qu'on est heureux de voir soumis à l'examen de praticiens distingués ; elle a trait à la production d'enchondromes dans les vaisseaux lymphatiques du testicule, et constitue le seul fait de ce genre connu jusqu'à présent. Il est donc utile de le reproduire intégralement.

L'étude des tumeurs cartilagineuses des enchondromes du testicule est de date récente ; elle remonte à peine à quelques années. On n'en trouve pas mention dans les traités classiques les plus récents ; il n'en est pas question dans les excellentes monographies de Ramsden, Astley Cooper, et dans la première édition de Curling.

La première indication de l'existence des enchondromes dans le testicule se trouve dans le travail de J. Muller sur les productions morbides (1839). En 1850, M. Curling en a parlé dans son article Testicle (*Cyclopædia of Anatomy*, part. 38). MM. Gamgee, Virchow et Baring en ont fait connaître quelques exemples; mais c'est surtout à MM. John Quekett et James Hogg que la science est redevable d'une étude complète sur les enchondromes du testicule.

Cette espèce de productions morbides ne paraît pas cependant être aussi rare que le laisse supposer le silence des auteurs. En effet, depuis que les chirurgiens étudient avec plus de soin l'anatomie pathologique des tumeurs du testicule, depuis que M. Quekett en a donné une bonne description anatomique (*Descriptive Catalogue of Histological series, etc.*, t.I), après que M. Curling a démontré la fréquence des masses cartilagineuses dans les kystes et dans les encéphaloïdes de cette glande (*Medico Chirurg. Transact.*,

(1) Les faits suivants ressortent aussi du livre de M. Traube : 1° dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques, les muscles papillaires et les trabécules se trouvent aplatis, atrophiés, traversés de stries blanchâtres, de tissu conjonctif ; phénomènes qui manquent tout à fait dans les cas de dilatation et d'hypertrophie produites par des causes différentes. (Maladie de Bright, dégénérescence athéromateuse du système aortique.) Il faut attribuer ces métamorphoses pathologiques à la pression anormale que subit la face interne du cœur pendant la diastole. 2° Pendant les efforts qui, dans l'acte du vomissement, précèdent l'injection des substances contenues dans l'estomac, on observe constamment, au moyen de l'hémato-dynamomètre, un abaissement de la tension du système aortique ; ce qui explique, dans certains cas, l'action antiphlogistique des vomitifs. 3° Dans le deuxième stade de la narcotisation produite par la digitale, on observe constamment un abaissement très considérable de la tension du système aortique.

v. XXXVI), on a rencontré et décrit un certain nombre d'exemples bien caractéristiques d'enchondromes du testicule. Ce qu'il y a de curieux, c'est que quelques-uns de ces faits ont été trouvés dans les musées, parmi des pièces déjà publiées et décrites comme des tumeurs squirrheuses de cet organe. C'est ainsi que M. W. Adams a constaté que la pièce dessinée par Astley Cooper (pl. X, fig. 2) dans son *Traité des maladies du testicule* comme un exemple de tumeur squirrheuse, pièce conservée dans le musée de l'hôpital Saint-Thomas, est un véritable enchondrome. Il en est de même d'autres préparations, soit du musée huntérien, soit du musée de Guy's Hospital, classées sous des noms bien différents. Nouvelle preuve de la réserve qu'il faut apporter avant d'adopter des conclusions déduites de faits qui n'ont pas été bien déterminés ni soumis à un contrôle scientifique rigoureux.

Voici le fait observé par M. Paget. Nous répétons qu'il est unique, et que, par sa nature, il peut contribuer à jeter une vive lumière sur cette question si controversée concernant l'origine, la marche et le siége des productions morbides.

Obs. — Un homme âgé de trente-sept ans, employé comme ouvrier dans un chantier, entra le 5 juillet 1855 à l'hôpital Saint-Bartholomew, dans le service de M. Skey, pour une tumeur du testicule. Cette tumeur, de forme arrondie, inégale, comme tuberculeuse, est bien limitée; elle mesure dans sa circonférence transversale 10 pouces 1/2. Elle est lourde, d'une dureté très grande dans presque toute son étendue; dans quelques points cependant, à sa partie inférieure et antérieure, elle est molle et dépressible. La peau du scrotum, quoique distendue, ne lui est pas adhérente et n'est pas affectée. Le cordon est augmenté de volume; à sa partie inférieure il mesure 7 pouces 1/2 de circonférence. Cette augmentation s'étend graduellement jusqu'à l'anneau inguinal. La pression y détermine des douleurs vives; souvent il est le siége de douleurs qui se prolongent jusqu'aux lombes; la pression sur cette région y occasionne de la douleur. Le malade est affaibli par des souffrances et par le manque de repos. Il ne paraît pas être atteint d'aucune maladie interne. Il y a deux ans qu'il s'est aperçu d'une grosseur non douloureuse dans le testicule droit. A la même époque, il reçut une violente contusion sur les lombes et à la partie postérieure de la cuisse. Un an plus tard, il se froissa violemment le testicule en tombant sur une barre de fer. Depuis, l'organe blessé augmenta de volume et devint douloureux. En novembre 1854, une ponction donna issue à 10 grammes de sang; mais le gonflement, au lieu de diminuer augmenta. Le malade n'a jamais eu de maladie vénérienne, et n'a aucune disposition héréditaire.

Le traitement local qui a été employé n'a produit aucun effet. Le mal continue à se développer et à s'étendre dans le canal inguinal. La santé du malade se détériorant de plus en plus, on se décide à l'opérer. On enlève la tumeur; le cordon spermatique est coupé au niveau de l'anneau inguinal interne.

La plaie de l'opération guérit. Le malade, encore faible et en apparence délivré de son mal, quitte l'hôpital au commencement d'avril; mais le 20 du même mois il revint dans un état très faible, très amaigri, avec des battements de cœur et pouvant à peine marcher. Son état empira tous les jours, et il succomba subitement le 1er mai.

A l'exception de la difficulté qu'il avait dans la respiration, il ne présentait aucun signe d'une affection organique. Son état de faiblesse avait empêché qu'on se livrât à une exploration complète de la poitrine. On constata cependant une diminution dans la sonorité des régions sous-claviculaires et de la partie postérieure et inférieure du côté droit, du souffle au-dessous des clavicules, la respiration tubaire et du râle sous-crépitant à la partie inférieure des deux poumons. Les bruits du cœur étaient normaux.

L'examen de la tumeur, immédiatement après l'opération, fait voir que le testicule est remplacé par une masse ovoïde de 3 pouces sur 2 1/2 d'épaisseur, enveloppée par la tunique albuginée et par la tunique vaginale, légèrement épaissie et adhérente.

Cette masse est composée de noyaux de cartilage de forme irrégulière, cylindriques, ayant de 1/2 ligne à 2 lignes de diamètre, logés au milieu d'un tissu filamenteux, blanc et épaissi. Sur un point de cette production morbide on rencontrait une couche mince de vaisseaux séminifères placés entre elle et la tunique albuginée.

Au-dessus, et séparée par du tissu cellulaire, on trouve une autre masse de forme conique, composée de plusieurs petites pièces cartilagineuses logées dans un tissu cellulaire filamenteux; après un examen plus étendu, on s'assure que ces productions sont renfermées dans des canaux tortueux communiquant entre eux, qu'elles remplissent complétement; elles sont entourées par une couche de tissu fibreux mince, et enveloppées en avant par une espèce de tunique vaginale séparée de celle qui entoure le testicule par une cloison épaisse.

Après cette seconde tumeur, on trouve encore une série de petites masses de forme ovale, simulant comme une chaîne de ganglions se continuant dans toute l'étendue du cordon testiculaire et peu adhérente au tissu du cordon. Les plus supérieures sont plus petites, plus molles, et formées de petites pièces de cartilage réunies ensemble par une matière molle et renfermées dans des canaux à parois minces. Cette matière est plus abondante à la partie supérieure du cordon, où les masses cartilagineuses deviennent moins nombreuses; on y rencontre en outre des kystes formés par des tubes dilatés remplis d'un liquide transparent et d'une couleur jaunâtre.

Ces masses morbides étaient évidemment renfermées dans des canaux; j'ai pensé un moment qu'une partie pouvait être renfermée dans les canaux séminifères, mais on constatait très bien que le canal déférent était sain; on pouvait le suivre jusqu'à l'épididyme; et voir ce dernier organe, placé derrière la masse de cartilage qui occupait la place du testicule, se perdre dans son épaisseur comme dans un *rete*, sans présenter dans aucun point la moindre dilatation.

La dissection a montré que c'étaient les vaisseaux lymphatiques qui renfermaient cette production morbide. Deux troncs lymphatiques, du calibre d'une plume à écrire, remplis de cartilage et de matière molle, longent la partie du canal déférent qui est renfermée dans le canal inguinal. De ces troncs partent d'autres vaisseaux en communication avec des canaux remplis d'une matière analogue et constituant les masses placées au-dessus du testicule. On trouvait aussi derrière la tunique vaginale, à côté et derrière l'épididyme, des lymphatiques dilatés ayant près de 1/4 de ligne à 1 ligne de diamètre, se terminant dans la matière cartilagineuse placé au-dessus du testicule. Sur une portion de la tumeur, on a pu compter quatre de ces vaisseaux remplis en partie par ce tissu cartilagineux et paraissant émerger du corps de l'organe, et se continuant avec les canaux remplis de cartilage qu'on voyait dans la tumeur placée au-dessus.

Nous avons déjà fait remarquer que les diverses productions cartilagineuses qui avaient pris la place du testicule étaient contenues dans un tissu filamenteux; leur ressemblance avec celles développées dans les autres points permet de dire qu'elles sont également logées dans des canaux avec lesquels elles ont contracté des adhérences. Dans celles qu'on trouve au-dessus du testicule, on peut très aisément les faire sortir des vaisseaux lymphatiques, et voir qu'elles adhèrent à leurs parois par des prolongements étroits ou par de simples filaments. Plus ces productions cartilagineuses sont volumineuses, plus aussi elles affectent des formes simples et cylindriques; leurs adhérences avec les parois des vaisseaux sont aussi plus étendues, et leur composition est aussi plus homogène, dans quelques points, surtout dans les lymphatiques plus éloignés du testicule; ces productions sont rangées en groupes composés de pièces ovales piriformes ayant de 1 à 2 lignes de diamètre réunies entre elles, et adhérentes aux vaisseaux lymphatiques par de faibles pédicules et des filaments très longs. Dans quelques endroits ces adhérences sont si faibles qu'on peut les faire sortir de

la cavité du vaisseau par une simple pression, comme si elles étaient libres dans leur cavité. Pendant l'opération, il s'en est échappé quelques-uns par suite de la simple section des vaisseaux. Dans d'autres points, en divisant les lymphatiques, on voyait qu'ils en étaient remplis complétement, et l'on pouvait en sortir des espèces de moules, de grappes composées de masses cartilagineuses entourées d'une substance molle. Les vaisseaux sanguins et les autres tissus de la région sont sains.

A un premier examen, on pouvait dire que la tumeur était formée : 1° de cartilages renfermés dans le testicule, le *rete* probablement dans les vaisseaux lymphatiques de l'organe ; 2° de cartilages et d'un tissu filamenteux développé dans les lymphatiques du cordon, les dilatant, les rendant variqueux et y formant des masses en forme de chapelets analogues à une chaîne ganglionnaire ; 3° par des kystes formés par la dilatation des vaisseaux lymphatiques remplis d'un liquide transparent.

L'examen microscopique a confirmé, comme on le verra plus loin, toutes ces suppositions.

A l'*autopsie* on a constaté la présence de deux vaisseaux lymphatiques dilatés se rendant de l'anneau inguinal interne en haut et en arrière, parallèlement aux vaisseaux spermatiques. Dans leur trajet, ces vaisseaux décrivent des sinuosités, ils sont remplis par une matière analogue à celle qu'on trouve dans les lymphatiques du cordon. A leur terminaison ils se rendent dans une masse ayant le volume d'un œuf de poule, formée par du tissu fibreux, par du cartilage, et creusée par un grand nombre de lacunes remplies d'un fluide transparent. Cette tumeur est formée par les vaisseaux lymphatiques et par les ganglions ; elle adhère à la partie inférieure de la veine cave, et s'étend presque jusqu'à l'origine des veines rénales.

Au-dessus de cette région on ne trouve plus de trace de matière morbide dans les vaisseaux lymphatiques : le canal thoracique, les ganglions et les lymphatiques du poumon sont sains.

Dans la région où les vaisseaux lymphatiques que nous avons signalés adhéraient à la veine cave inférieure, on voyait s'en détacher une production cartilagineuse de près de 2/3 de pouce d'épaisseur se prolongeant dans la cavité de ce vaisseau. Cette production, cette espèce d'excroissance, refoule les parois de la veine, s'en enveloppe, pénètre dans sa cavité en détruisant les tuniques du vaisseau, et s'y trouve dans quelques points baigné par le sang veineux. Au niveau des veines rénales, on trouve une touffe cartilagineuse développée sur des tuniques de la veine ; un peu plus bas, se trouve un autre filament de même nature adhérent aux vaisseaux. A part cette faible altération, on ne rencontre plus rien ; la veine cave et les autres veines sont saines.

Les poumons sont les seuls viscères atteints par la maladie. Ces organes sont envahis par des tubercules cartilagineux qui augmentent leur volume. Leur poids est de 11 livres 1/2. Les noyaux cartilagineux sont dispersés irrégulièrement dans le tissu de l'organe ; leur volume est de 1 ligne à 1 ligne 1/2 de diamètre ; leur forme est arrondie ; on peut les énucléer avec une grande facilité. Ils semblent disposés par parties égales dans les deux poumons.

Dans quelques-unes des grosses artères pulmonaires, on rencontre des excroissances cartilagineuses semblables à celles que nous avons trouvées dans la veine cave inférieure. Ces excroissances adhèrent aussi aux parois du vaisseau, dont elles semblent être plutôt une production. Le grand nombre de noyaux cartilagineux dont les poumons sont parsemés rend très difficile l'examen, la dissection des petites artères pulmonaires. J'ai constaté que dans quelques endroits ces productions morbides étaient disposées en groupes répondant à la disposition des branches de cette artère, qu'elles tenaient par de faibles pédicules aux petites branches artérielles, qu'on les trouvait entre celles qui étaient remplies et distendues par la matière morbide, que dans d'autres points on pouvait suivre les tuniques artérielles sur les masses de cartilage, que dans d'autres, enfin, on constatait que ces productions s'étaient développées dans la cavité des artères par le même procédé que dans les vaisseaux lymphatiques. On y voyait les noyaux cartilagineux enveloppés par cette substance filamenteuse que nous avons rencontrée dans le testicule.

L'examen microscopique a fourni les résultats suivants :

1° Le liquide renfermé dans les kystes ou dans les lymphatiques du cordon spermatique ne contient que quelques globules sanguins qui se sont par hasard mêlés à ce fluide. Le liquide recueilli dans les lacunes des ganglions lombaires ou au milieu d'autres tumeurs placées sur le trajet des lymphatiques contient quelques cellules pâles, sphériques, avec des noyaux semblables aux globules de la lymphe ; on y trouve quelques tractus fibrineux. Je crois que ce fluide est constitué par de la lymphe retenue dans les diverses dilatations des lymphatiques.

2° Le cartilage. Toute la tumeur est constituée par du vrai cartilage, d'un aspect hyalin, offrant quelques différences dans quelques points, suivant le degré de développement de ce tissu. Sa consistance et son aspect varient dans quelques endroits ; mou ou ferme dans quelques points, incolore, transparent, bleuâtre ou même blanc jaunâtre dans d'autres, il offre presque partout la consistance ferme des cartilages épiphysaires ou des cartilages des organes de la respiration. En général, il présente une base transparente ou une substance intercellulaire renfermant les cellules ou cavités du cartilage. Ces cellules sont simples ou composées, leur forme est variable ; en général, elles ont de petites dimensions, et quelques-unes renferment des globules huileux.

Dans quelques points de ces masses cartilagineuses, dans le testicule même ou dans les autres points, on rencontre des taches opaques rougeâtres ressemblant à des points d'ossification. Cette différence d'aspect est produite par la couleur jaunâtre de la substance intercellulaire. Je n'y ai point trouvé de tissu osseux. Dans quelques points, les cellules cartilagineuses affectaient une forme radiée ressemblant à un cartilage costal en voie d'ossification.

Partout où le cartilage était moins consistant, là même où il avait la consistance de la gélatine, on pouvait y trouver toutes les phases d'évolution de ce tissu. Je dois dire que je n'ai trouvé que du cartilage, nulle trace de tissu cancéreux.

3° La matière molle blanche qu'on trouvait dans les lymphatiques du cordon spermatique et dans l'artère pulmonaire enveloppant ou réunissant entre eux les divers noyaux cartilagineux, cette substance est formée de filaments avec des noyaux. Quelques-unes de ces productions affectaient la forme acineuse analogue aux franges des membranes synoviales ; elles sont réunies aux parois des lymphatiques par des tractus d'une structure analogue. On y remarque deux aspects distincts. Les axes de ces tractus, ainsi que la partie centrale des productions, sont formés par une matière dense, à noyaux, dont la partie externe est enveloppée par une matière comme filamenteuse. Le tout paraît composé d'un blastème à noyau enveloppé d'un tissu filamenteux. La substance à noyaux est jaune, homogène, parsemée de petites molécules semblables à des globules huileux. Ces noyaux ont une forme ovale allongée ; ils sont petits, à contour distinct, sans nucléoles, et sont rendus plus apparents par l'acide acétique. La substance filamenteuse affecte dans quelques points une disposition fibrillaire légèrement onduleuse, comme si elle était formée par du tissu conjonctif. Cette apparence filamenteuse est plutôt due à la réunion de cellules fusiformes très allongées, disposées parallèlement en séries linéaires. Ces cellules sont très transparentes ; leur noyau est à peine distinct, et comme fondu dans la substance de la cellule ; celles-ci sont terminées par des extrémités très longues, très difficiles à isoler.

Les petites masses de cartilage qu'on rencontre au milieu de ces excroissances villeuses sont également enveloppées par ce tissu filamenteux. On peut très bien distinguer le point qui sépare le tissu cartilagineux de la substance filamenteuse d'enveloppe.

Dans quelques-unes de ces excroissances acineuses on voyait une couche d'épithélium cylindrique doublant toute cette matière, renfermant des noyaux ou des molécules.

4° Dans les ganglions lymphatiques, on trouve la matière cartilagineuse avec l'autre substance décrite mélangée avec le tissu normal du ganglion. Il n'y avait pas non plus de tissu cancéreux.

5° Dans le sang pris dans le ventricule droit, on ne trouve que les éléments qui constituent ce liquide. (*Medico-chirurg. Transact.*, vol. XXXVIII.)

Cette observation offre un grand intérêt, soit qu'on l'envisage au point de vue de sa rareté, ou bien comme pouvant jeter quelque lumière sur un point important de pathologie générale.

1° Les productions cartilagineuses dans le testicule, seules ou combinées avec des kystes ou la matière encéphaloïde, ne sont pas rares. M. Curling a montré le premier l'existence de cartilages dans les vaisseaux séminifères dilatés ou dans le *rete* même. L'observation que nous avons relatée montre que ces cartilages peuvent se développer primitivement dans les vaisseaux lymphatiques du testicule. Cette supposition emprunte quelque vraisemblance à la fréquence des cartilages rencontrés dans des tumeurs développées dans les ganglions lymphatiques de la glande parotide, maxillaire, ou autres organes.

2° Le mode de développement des productions cartilagineuses ou autres dans les lymphatiques et dans les vaisseaux sanguins offre un certain intérêt. Elles montrent un exemple de ces formes dendroïdes que les formations pathologiques affectent dans les kystes, etc., et qu'on voit rarement se produire dans des conduits étroits. Ces dispositions imitent très bien les franges synoviales et les efflorescences des diverses membranes. Il y a une ressemblance très grande avec les produits cartilagineux suspendus aux villosités des membranes synoviales décrits par Kölliker.

3° Ces productions pathologiques appartiennent par leur forme et par leur structure aux productions *homologues;* cependant, par leur disposition et par leur multiplicité, elles se rapprochent et ressemblent aux productions hétérologues, aux productions cancéreuses. On peut en donner une double explication. On peut regarder ces productions pathologiques comme une maladie du sang se manifestant par des produits morbides déposés d'abord dans un point isolé, et plus tard dans plusieurs autres endroits indépendants du premier. Mais il paraît plus probable d'admettre que le mal s'est développé d'abord dans le testicule, et qu'il s'est propagé plus tard par la lymphe et par le sang. Cette explication paraît confirmée par ce fait que la matière morbide n'a été trouvée que dans les points où les lymphatiques et les veines du testicule pouvaient seules la transporter, et qu'on n'en trouvait pas dans les autres vaisseaux.

Si l'on adopte cette manière de voir, ce fait montrera comment une maladie d'abord locale peut devenir constitutionnelle. Or l'origine locale est démontrée; en effet, certaines tumeurs cartilagineuses du testicule opérées ne se sont pas reproduites. Toutes les fois que des productions cartilagineuses se rencontraient dans des tumeurs encéphaloïdes du testicule, le tissu cancéreux s'est reproduit seul. Dans notre observation, nous pouvons dire que le tissu cartilagineux s'est développé localement, et que plus tard il s'est étendu au sang.

4° Le grand nombre de tubercules cartilagineux formés dans le poumon montre aussi la puissance de multiplication d'un élément morbide toutes les fois qu'il est en contact avec le sang. On peut s'en rendre compte en supposant que le germe produit par l'excroissance cartilagineuse d'une faible dimension qui s'est fait jour à travers la veine cave inférieure a donné naissance à 9 livres de cartilage développées dans le court espace de trois mois.

5° Enfin, ce fait démontre encore non-seulement la puissance de développement que peuvent prendre ces productions morbides dans le sang, mais aussi comment ces produits peuvent être retenus ou même modifiés dans la circulation pulmonaire : on ne trouvait, en effet, aucune trace de tissu cartilagineux dans les autres organes qui reçoivent le sang de la veine cave après avoir traversé le poumon. Je ne dirai pas que ces produits ont été retenus dans l'organe, leur volume ne leur permettant pas de circuler dans les vaisseaux sanguins. Je n'ai pas rencontré de cellules cartilagineuses dans le sang; d'ailleurs les noyaux de la matière molle et le blastème du cartilage pouvaient très bien traverser les capillaires du poumon. Je pense donc que l'immunité probable dont jouissent les autres organes de ne point être atteints par les matières morbides mêlées au sang veineux est due aux changements produits par l'action de l'oxygène sur ces matières même, soit qu'il détruise leurs propriétés morbides, soit qu'il les modifie en les arrêtant dans leur évolution.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur la température animale*, par M. *Claude Bernard* (suite) (1).

§ II. *Des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.* — Les anciens avaient admis que le poumon rafraîchit le sang. Lavoisier regarda, au contraire, le poumon qui absorbe de l'oxygène et émet de l'acide carbonique comme le foyer principal de la chaleur animale. Saissy, Davy, Nasse, etc., appuyèrent la théorie de Lavoisier, en concluant d'après leurs expériences que le sang était plus chaud dans le cœur gauche que dans le cœur droit. Les expériences de Crawford, de Krimmer, de Scudamore, de Davy, de MM. Becquerel et Breschet, confirmèrent encore la même théorie en constatant que le sang est plus chaud dans les artères que dans les veines.

A côté de ces expérimentateurs, il y en eut d'autres, Autenrieth, Berger, Collard de Martigny, M. Malgaigne, Hering, et plus récemment M. Liebig, qui trouvèrent que le sang des cavités droites du cœur a une température plus élevée que celui des cavités gauches.

Une des principales causes d'erreur qui a pu amener à faire conclure que le sang du cœur gauche était plus chaud que celui du cœur droit provient de ce qu'on a d'abord fait des expériences sur des animaux récemment mis à mort, et chez lesquels on avait ouvert la poitrine pour mettre le cœur à nu. Dans ces circonstances, la circulation est troublée ou arrêtée complétement, et le cœur se refroidit à l'air. Mais le refroidissement, à cause de l'inégalité d'épaisseur des parois ventriculaires, devient beaucoup plus considérable pour le sang qui est contenu dans le ventricule droit que pour celui qui est contenu dans le ventricule gauche. C'est ce dont il est facile de s'assurer par une expérience qui consiste à extraire de la poitrine le cœur d'un animal mort, à placer deux thermomètres dans les deux ventricules remplis d'eau chaude, à plonger le cœur dans un bain tiède jusqu'à ce que toutes ses parties soient en équilibre de température, puis à le laisser refroidir au contact de l'air. Bientôt les deux thermomètres, qui étaient dans le bain, se trouvent en désaccord complet dans l'air. L'eau contenue dans le ventricule droit se refroidit beaucoup plus rapidement que celle qui est contenue dans le ventricule gauche.

M. Bernard a évité toute cause d'erreur en opérant sur des animaux bien vivants, de telle façon que le cœur ne fût pas mis à découvert, et que le sang se renouvelât incessamment dans ses cavités.

(1) Voir GAZ. HEBD., numéro 35, page 619.

Expériences faites pour constater la température du sang dans les cavités du cœur (avant et après l'appareil respiratoire). — Les premières expériences ont été faites sur des chiens à l'aide du procédé opératoire suivant : On fait une incision à la partie droite et inférieure du cou, et l'on isole successivement la veine jugulaire droite et l'artère carotide du même côté, aussi bas que possible, sans pénétrer dans la poitrine. On lie les deux vaisseaux, et l'on passe au-dessous un fil d'attente ; alors, à l'aide d'une incision pratiquée à l'artère ainsi qu'à la veine, on introduit le thermomètre dans le ventricule gauche et dans le ventricule droit, en plaçant sur le vaisseau et autour du thermomètre une ligature médiocrement serrée, et qui est seulement destinée à empêcher l'entrée de l'air dans le cœur droit et la sortie du sang du cœur gauche.

Dans ses expériences, M. Bernard s'est toujours servi d'un seul thermomètre qu'il introduisait successivement dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche, en alternant souvent les expériences pour vérifier plusieurs fois les mêmes faits.

D'après un tableau où sont exposés les résultats comparatifs de ses recherches, on voit que le sang du ventricule droit, au moment où il va pénétrer dans le poumon, a toujours été trouvé à une température plus élevée que le sang du ventricule gauche qui vient de traverser l'appareil respiratoire. La différence de température n'a pas dépassé $\frac{2}{10}$ de degré, mais elle s'est constamment montrée dans le même sens. D'après ces mêmes expériences, l'état de digestion ou d'abstinence paraît avoir eu une influence évidente sur la température du sang dans le cœur. Chez l'animal à jeun, les différences de température sont ordinairement plus considérables, et elles deviennent plus faibles pendant la période digestive. Mais en même temps la température absolue du sang paraît s'élever.

M. Bernard fait remarquer que ses expériences ont été faites sur des animaux qui se trouvaient dans des conditions physiologiques aussi bonnes que possible, puisque non-seulement ils ne mouraient pas pendant l'opération, mais ils y survivaient très bien, conservaient leur appétit, et pouvaient ainsi, à diverses reprises, être observés dans des conditions variées.

L'auteur a répété ces expériences sur des moutons, avec l'assistance de M. Walferdin. Il a obtenu des résultats tout à fait semblables.

M. Bernard admet donc que le sang se refroidit par son contact avec l'air à la surface du poumon, qui peut être considéré à ce point de vue comme une véritable surface extérieure, et il conclut de ses recherches :

1° Que la circulation du sang à travers l'appareil pulmonaire est une cause de refroidissement pour ce liquide ;

2° Que dès lors on peut considérer les poumons comme un foyer de la chaleur animale ;

3° Que la transformation du sang veineux en sang artériel, chez l'animal vivant, ne coïncide pas avec une augmentation de chaleur dans ce liquide, mais au contraire avec un abaissement de température.

MÉDECINE. — *Règles pour le traitement de l'asphyxie*, par M. *Marshall Hall*. — *Règle I. La glotte libre.* — Dans tous ces cas, il faut commencer par mettre le malade sur la face, un de ses bras étant placé de manière à soutenir le front. Alors tout liquide, l'eau, la salive, les mucosités, les matières venant de l'estomac, la langue même, tombent en avant en laissant la glotte libre, d'obstruée qu'elle était, et la respiration devient possible, tandis que cette respiration, lorsque le malade est couché sur le dos, aura souvent été, pour des raisons contraires, impossible, fait établi par un grand nombre d'expériences sur le cadavre. La respiration, ainsi rendue possible, s'effectue de deux manières : ou elle peut être excitée physiologiquement, ou elle peut être imitée machinalement.

Règle II. Respiration excitée. — Pour exciter la respiration, il faut irriter les narines ou la gorge au moyen d'une plume ou autre objet à propos, dans l'espoir de produire un de ces actes inspiratoires qui précèdent celui de l'éternument ou celui du vomissement ; ou bien il faut frotter, sécher et chauffer la figure, et lui jeter ensuite de l'eau froide avec force. Dans cette dernière manœuvre, c'est la différence de température qui en constitue l'efficacité comme moyen excitateur de la respiration.

Règle III. Respiration imitée. — Mais surtout il ne faut pas perdre de temps à faire ces tentatives ; si elles ne réussissent pas immédiatement, il faut, imitant les actes de la respiration, mettre le malade sur la poitrine, exercer une compression sur le dos, faire cesser cette compression, et le tourner sur le côté alternativement, doucement, régulièrement, de dix à quinze fois par minute. Il s'accomplit souvent alors une belle respiration d'un demi-litre d'air atmosphérique dans les cas moyens, fait que M. Marshall Hall a établi par un grand nombre d'expériences sur les cadavres chez lesquels la rigidité avait été vaincue par des mouvements préalables.

Règle IV. Circulation. — Soutenant ces actes respiratoires, il faut ensuite que chaque membre soit bien saisi et comprimé des mains, et que le sang des veines soit poussé par un mouvement rapide et énergique vers le cœur.

Règle V. Chaleur. — La surface du corps du malade se sèche et se chauffe en même temps par ce frottement de la meilleure manière possible, et se conserve au moyen de vêtements secs que chacun des spectateurs s'empresse en pareil cas de fournir. Il faut que la chaleur résulte des mouvements que nous venons d'indiquer. Toute chaleur d'origine étrangère est non-seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il est prouvé par les expériences d'*Edwards* et de M. *Brown-Séquard* qu'un animal asphyxié meurt promptement quand la température est plus élevée. Une fois la circulation rétablie, on peut s'occuper de réchauffer artificiellement la surface du corps.

HYGIÈNE. — M. *Babinet* présente à l'Académie, de la part de MM. *Lazé* et *Tavernier*, un mémoire sur le *blanc français* substitué à la *céruse* dans la peinture à l'huile, et dans toutes les industries qui font usage du *blanc de plomb*. Ce mémoire a pour but de faire ressortir les dangers des préparations saturnines et l'innocuité du *blanc français*, soit dans la peinture à l'huile et la préparation des papiers de couleur, soit dans la fabrication des cartes dites *porcelaine*. Ce *blanc français*, dont la base est le carbonate de chaux, est très blanc ; il est solide ; il résiste parfaitement au lavage à l'eau seconde ; la finesse de son grain permet de l'employer aux travaux les plus soignés ; il n'est pas attaqué par l'acide sulfhydrique et les composés alcalins ; il ne peut incommoder en aucune façon les ouvriers qui l'emploient, non plus que les personnes qui habitent un appartement nouvellement peint. (*Comm.:* MM. Dumas, Pelouze, Payen, Babinet.)

MÉDECINE. — *Quelques faits à propos de la maladie d'Addison*, par M. *A. Puech*. — L'auteur, s'appuyant à la fois sur des faits déjà connus et sur des faits inédits, examine successivement le symptôme et la lésion anatomique, discute la portée de leur relation et termine par ces conclusions : 1° Tous les cas de peau bronzée ne s'accompagnent pas de lésion des capsules surrénales, et réciproquement toutes lésions de ces organes n'impliquent point la peau bronzée. 2° La peau bronzée n'est point en général fatale par elle-même ; elle ne l'est en général le plus souvent que par ses complications. 3° Elle est due à une altération, une perversion du pigmentum, et il est permis de supposer qu'assez souvent elle a été liée à la lésion des capsules surrénales par une simple coïncidence. (*Comm.:* MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — *De quelques opérations pratiquées dans les voies aériennes* (premier et deuxième mémoires), par M. *Apostolides*. (*Comm.:* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Mémoire sur la photophobie, par M. *Castorani*. (Nous avons publié ce travail dans le dernier numéro, p. 666.)

Note sur un second conduit pancréatique chez le bœuf, par M. *Poinsot*. (Voy. le n° 37, p. 653.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret en date du 8 septembre courant, par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 francs, fait par le baron *Barbier* pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

S'il arrivait que l'Académie de médecine, la Faculté de médecine de Paris et l'Académie des sciences de l'Institut, ne pussent décerner un des prix fondés par le baron Barbier, les sommes demeurées sans emploi s'ajouteront à la valeur des prix à décerner l'année suivante.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique : *a.* Un rapport sur les constitutions météorologiques et médicales qui ont régné dans l'arrondissement de Châteaudun, en 1855, par M. le docteur *Raimbert*. — *b.* Trois rapports sur des épidémies qui ont régné récemment dans les communes de Flers, Galametz et Le Parcq (Pas-de-Calais). — *c.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe pendant l'année 1855. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Boileau de Castelnau* sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Comps (Gard). (*Commission des épidémies.*) — *e.* Une lettre de M. *Chaussenot*, relative à un nouvel appareil pour la fabrication des eaux gazeuses. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Les états de vaccinations des départements de la Creuse, du Lot et de l'Indre. (*Commission de vaccine.*) — *g.* Une lettre de MM. *Laboureur* et *Fontaine* qui demandent l'application du décret du 3 mai 1853, pour leur *valérianate alcalin*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. *Charrière* fils, accompagnant l'envoi d'un bistouri à châsses tournantes de Récamier, modifié. (M. Velpeau, *rapporteur*.)

b. Une lettre de M. *Broca*, conçue en ces termes :

« M. Léon Marie a écrit, mardi dernier, à l'Académie pour réclamer, en faveur de Dominel, son ancien maître, l'invention de la méthode que j'ai mise en usage pour le traitement des bubons vénériens. Sans m'accuser directement de plagiat, cet honorable confrère s'est quelque peu égayé à mes dépens, en donnant à entendre que j'avais purement et simplement inventé la proso. J'accepterais de bonne grâce cette épigramme, si les observations de Dominel avaient jamais reçu une publicité quelconque; mais j'ai lu, autant que j'ai pu le faire, ce qui a été écrit sur le traitement du bubon, et j'ai lieu de croire que la lettre de M. Marie est le premier document où il soit fait mention de la pratique de Dominel et de ses élèves. Je n'ai donc aucun reproche à m'adresser ; car il est bien certain que je ne pouvais pas deviner ce qu'on a pu dire ou faire, il y a un quart de siècle, dans un coin de la Normandie; et si quelqu'un méritait d'être blâmé, ce serait celui qui, possédant la lumière, l'aurait laissée pendant vingt-quatre ans sous le boisseau.

» M. Marie, du reste, n'avait pas besoin de préciser cette date pour prouver que ses réminiscences remontent à une époque fort reculée. En lisant sa lettre on aurait pu le deviner : car les souvenirs qu'il invoque sont tellement confus et tellement inexacts, qu'ils doivent nécessairement venir de bien loin. Il dit, par exemple, que Dominel, en pratiquant sur les bubons inguinaux la ponction *initiale* (*sic*), a eu quatre fois le malheur d'ouvrir une branche de l'iliaque externe. Un élève qui, dans l'intérêt de la gloire de son maître, vient révéler de semblables choses, ressemble fort à l'ours de la fable. Mais la renommée de Dominel n'en souffrira pas, parce que l'accident dont parle M. Marie est tout simplement impossible. Le bubon vénérien qui débute est constamment situé au-dessous de l'arcade fémorale, et n'a aucun rapport avec les branches de l'artère iliaque. Certains bubons, très volumineux et très avancés dans leur évolution, peuvent remonter au dessus du ligament de Fallope, et il serait possible alors qu'un opérateur très ignorant et très maladroit fît pénétrer son bistouri jusque sur l'artère épigastrique ou même jusque sur l'artère circonflexe ; mais cela n'est peut-être jamais arrivé; et je m'étonnerais beaucoup que Dominel eût été assez malheureux pour commettre quatre fois une faute aussi impardonnable. D'ailleurs, je le répète, cet accident ne peut pas se présenter lorsqu'on ponctionne les bubons vénériens à leur début; et il est parfaitement certain que la mémoire de M. Marie s'est ici trouvée en défaut.

» M. Marie ajoute qu'après avoir pratiqué la première ponction, Dominel introduisait, chaque jour, un stylet dans la petite plaie pour compléter la cure. Or M. le docteur Alfred Liégard, qui a été pendant trois ans l'élève de Dominel à l'hôpital de Caen, a bien voulu m'écrire pour me faire savoir que ce renseignement est inexact : « Jamais, dit M. Liégard, » Dominel n'introduisait, comme vous, la sonde cannelée pour donner » un libre écoulement au pus, introduction répétée plusieurs jours de suite » pour rendre ainsi la petite plaie fistuleuse, ce qui est indispensable pour » constituer un traitement véritablement abortif. Aussi les bubons arri- » vaient-ils fréquemment à de fâcheux décollements, qui nous contrai- » gnaient, nous ses élèves, à appliquer le spica de l'aine pendant des » mois entiers. »

» Je pourrais allonger beaucoup cette réponse, car il y a dans la lettre de M. Marie bien d'autres passages sujets à contestation. Il me serait facile de démontrer que la pratique de Dominel différait essentiellement de celle que j'ai suivie ; mais je n'ai point de goût pour les polémiques de priorité. J'ai tenu seulement à me laver de tout soupçon de plagiat ; et je n'aurais pas même pris la plume, si M. Marie avait eu la délicatesse de dire, dans sa lettre, que les opinions et les observations de Dominel étaient jusqu'ici complétement inédites. » P. Broca.

M. *le secrétaire* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Tessier*, d'une thèse inaugurale récemment soutenue devant la Faculté de Paris et traitant de l'*urémie*. Il donne aussi lecture de la lettre d'envoi qui accompagne ce travail.

M. *le président* regrette que les usages de l'Académie ne permettent point le renvoi des ouvrages imprimés à l'examen d'une commission. La thèse remarquable de M. le docteur *Tessier* aurait pu devenir l'objet d'un intéressant rapport.

M. *le président* annonce que M. le professeur *Purkinje*, de Breslau, membre correspondant, et M. le docteur *Serre*, médecin du roi de Suède, assistent à la séance.

M. *Londe* présente les conclusions modifiées du *rapport* qu'il a récemment lu relativement à un lit destiné au premier âge, et inventé par madame *Beaudeloux* :

« Vos commissaires vous proposent de répondre à M. le ministre que l'emploi du lit de madame Beaudeloux n'a pas d'inconvénient, et que si ce lit ne présente pas sur les bercelonnettes ordinaires d'assez grands avantages pour constituer une découverte, il offre néanmoins des modifications et additions qui le rendent utile et commode. » (*Adopté.*)

Hygiène et médecine. — M. *Gimelle*, en son nom et au nom de M. *Hervez de Chégoin*, lit un rapport *Sur un tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon et embranchements pour l'année 1855, accompagné d'observations médicales sur les causes auxquelles les maladies qui y sont signalées doivent être rapportées*, par M. le docteur *Devilliers*, médecin en chef de ce chemin de fer.

« M. Devilliers, dit M. le rapporteur, poursuit avec persévérance le but d'assainissement des voies de fer qu'il s'était proposé dès 1854. D'après ses conseils, basés sur ses observations, on a cherché des améliorations, et l'on en a obtenu un certain nombre. La persévérance de ce médecin nous donne l'espérance que les efforts des hommes de talent employés sur cette voie amélioreront encore ces premiers résultats.

» En conséquence, la commission propose de remercier M. Devilliers de sa communication, et de déposer son tableau statistique dans les archives. » (*Adopté.*)

Remèdes nouveaux. — M. *Robinet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

A propos d'une de ces communications relative à l'emploi du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, M. *Trousseau*, contrairement à l'opinion exprimée par M. le rapporteur, estime qu'il est utile d'administrer le quinquina avec sa *partie ligneuse*. L'expérience clinique lui a clairement démontré que le sulfate de quinine et le quinium le cèdent en efficacité à la poudre de quinquina, qui a sur les premiers l'avantage considérable de ne céder ses principes actifs à l'économie que d'une manière lente et successive; de sorte qu'il vaudra mieux donner le quinquina sous cette forme quand les accès de fièvre laisseront le temps d'agir, c'est-à-dire dans la majorité des cas, et réserver l'emploi du quinium ou du sulfate de quinine pour les accès subintrants ou pernicieux qui réclament l'action rapide du médicament.

Le rapport qui a provoqué cette remarque est adopté avec la modification proposée par M. Trousseau.

Obstétrique. — M. le docteur *Mattei* donne lecture d'un *Mémoire sur l'inertie utérine et la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement.*

L'auteur résume lui-même, dans les conclusions suivantes, les principales opinions développées dans ce travail :

« 1° Ce qu'on a appelé jusqu'ici l'inertie utérine pendant et après le travail de l'accouchement n'est que l'épuisement des forces de l'utérus. Quand on ne veut pas avoir d'inertie ou autres accidents qui en sont la conséquence, on n'a qu'à rendre l'accouchement facile par une intervention opportune.

» 2° On doit intervenir avant que l'utérus ait dépensé toutes les forces dont il peut disposer pour effectuer l'accouchement, afin qu'il ne dépense pas celles qui lui sont nécessaires pour revenir sur lui-même, obturer les vaisseaux déchirés, se dégorger et rentrer dans son état normal.

» 3° La connaissance de ces forces et du moment de l'intervention se tire de l'étude des trois degrés de la contraction utérine et de la loi des douleurs que j'ai établies, ainsi que de la présence de la bosse sanguine sur la tête de l'enfant.

» 4° Lorsque le travail est franchement déclaré et que la poche est percée, il ne faut pas laisser les contractions devenir permanentes avant d'agir. Si elles se suspendaient tout à fait avant d'avoir atteint la période de deux ou trois minutes, elles indiqueraient une grande faiblesse utérine pour laquelle il faudrait agir en aplanissant les obstacles qui retardent le travail, plutôt qu'en réveillant les contractions.

» 5° Quant au mode d'intervention, il varie selon les causes qui retardent le travail, et ne peut pas être indiqué ici d'une manière générale. » (*Comm.:* MM. Danyau, P. Dubois, Moreau, *rapporteur.*)

La séance est levée à quatre heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations de colchique et d'aconit, dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, par MM. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Bonjean, pharmacien à Chambéry.

La première garantie qui s'offre en faveur de ce mémoire est le nom des auteurs, tous deux connus par des applications de chimie médicale qui sont restées dans la pratique commune, et dont le sirop iodo-tannique, d'une part, l'ergotine, d'autre part, rappellent les plus usuelles. Les remèdes que, sous le nom de préparations *dialytiques* (de διαλύω, *je dissous*), ils préconisent contre la goutte, la gravelle, le rhumatisme chronique, se recommandent à leur tour de tout ce qu'on sait déjà, soit sur leur *mode* d'action proprement dit, soit sur leurs *effets* thérapeutiques.

Des recherches de MM. Dumas, Lecanu, Mialhe, en France; de Liebig, de Woehler, en Allemagne, il résulte que, dans les maladies précitées, l'urine contient un excès d'acide urique. « L'urine, dit M. Rayer, est d'une acidité très prononcée, lors même que sa couleur est peu foncée. Quelquefois, au moment de son émission, elle tient en suspension quelques grains d'acide urique cristallisé.... Cette condition de l'urine des goutteux souffrant ou non de *douleurs rénales*, est tellement inhérente à cette diathèse, que j'ai vu plusieurs goutteux dont l'urine charriait de semblables cristaux après deux ans de l'usage des bains alcalins et des liqueurs alcalines. » (Rayer, *Traité des maladies des voies urinaires.*) Au reste, l'apparition d'un excès d'acide urique ou d'un urate dans l'urine est tellement liée à la diathèse goutteuse, que, dans la *néphrite simple*, ce liquide, au lieu d'être acide, est au contraire alcalin ou neutre, ou présente au moins une diminution notable de son acidité normale. (Lhéritier, *Chimie pathologique.*) En second lieu, on retrouve des sédiments d'acide urique ou d'un urate (sédiments qui constituent l'espèce la plus fréquente de gravelle) dans ces engorgements d'abord mous, acquérant plus tard, sous le nom de *tophus*, une dureté plus ou moins marquée, et qui assiégent et déforment si étrangement les articulations goutteuses. L'analyse chimique prouve qu'ils sont, eux aussi, constitués en grande partie par des urates de soude, d'ammoniaque ou de chaux, dont les molécules sont mélangées à une certaine quantité de mucus. Enfin, le sang lui-même présente à son tour, dans toutes ces affections, des modifications analogues. On sait, en effet, que MM. Masuyer, Copland et Weatheread y ont signalé de fortes proportions d'acide urique.

Or, ces diverses diathèses se traduisent tantôt par des douleurs articulaires, tantôt par des affections diverses des voies urinaires, des migraines, des coliques, l'asthme, des névralgies. Il suffit pour cela que, par une cause quelconque, le dépôt d'acide urique ou d'urates (ce qu'on appelle la *jetée goutteuse*) se porte de préférence soit sur les articulations, soit sur la vessie, les reins, la tête, les intestins, les poumons, le névrilème des principaux nerfs, etc.

De ces données résultent les indications suivantes : 1° détruire chimiquement dans l'économie l'acide urique et les urates qui y sont en excès; 2° en précipiter l'élimination par les voies naturelles; 3° modifier la *diathèse*, c'est-à-dire la prédisposition en vertu de laquelle ils se forment; 4° calmer les douleurs et autres accidents nerveux qu'ils occasionnent. C'est précisément à ces indications (bien que les auteurs ne les posent pas absolument comme nous) que répondent les préparations dont il s'agit. En effet :

1° Le silicate de soude, dans des proportions définies (car la silice et la soude se combinent en un grand nombre de proportions), possède éminemment la propriété de décomposer l'acide urique, au point de rendre même les urines alcalines. On sait que ce sel, qui se trouve dans plusieurs eaux minérales vantées contre les maladies rhumatismales et goutteuses, a été, de la part de M. le docteur Pétrequin, le sujet d'expérimentations très intéressantes consignées dans un mémoire sur les eaux minérales alcalines. Cet habile observateur se mit à l'usage des eaux de Saint-Galmier, pendant cinq jours, à la dose de quatre à cinq verres par jour. Les urines, qui étaient d'abord fortement acides et déposaient par le refroidissement un sédiment briqueté, s'éclaircirent et ne déposèrent plus par l'usage de cette eau gazeuse; mais elles restèrent acides. M. Pétrequin prit alors 25 centigrammes de silicate de soude dans deux verres d'eau de Saint-Galmier coupée avec du vin. Dans la journée, les urines furent sensiblement moins acides. Le lendemain, même dose; trois heures après, l'urine parut *ramener au bleu* le papier de tournesol rougi par un acide. Le quatrième jour, 50 centigrammes à déjeuner et 25 à dîner. L'urine devient légèrement alcaline trois heures après le repas du matin. Le cinquième jour, suspension du silicate; retour des urines à l'état acide. Le sixième, l'expérimentateur reprend 50 centigrammes de silicate à déjeuner, toujours dans deux verres d'eau de Saint-Galmier; trois heures après, alcalinité des urines. Les septième, huitième et neuvième jours, même dose, mêmes résultats, c'est-à-dire urines alcalines. Le dixième, cessation du silicate; les urines restent limpides, mais elles ne tardent pas à redevenir neutres d'abord, puis acidules. Il suit de là que l'eau de Saint-Galmier, impuissante pour alcaliniser par elle-même l'urine, produit ce résultat *quand elle est silicatée.* Voilà le principal motif du choix qu'ont fait du *silicate de soude* MM. Bonjean et Socquet. Nous disons le principal, car ils invoquent aussi l'action *tonique* du silicate sur les voies digestives, action beaucoup moins certaine à nos yeux que la précédente.

Pourquoi associent-ils au silicate de soude le *benzoate?* Le voici. En 1841, le docteur Ure fit la remarque importante que l'urine rendue deux heures après l'ingestion de l'acide benzoïque ou d'un benzoate alcalin est notablement modifiée dans sa composition. L'acide urique disparaît et se trouve remplacé par l'*acide hippurique.* Ce fait a été confirmé plus tard par Keller. Le point vraiment important de cette transformation chimique pour la pratique médicale, c'est que le nouvel acide forme, avec les bases ordinaires des fluides organiques (soude, potasse, ammoniaque), des sels *ex-*

trêmement solubles, tandis que ceux de l'acide urique le sont à peine.

2° Le colchique, comme antigoutteux, soit à titre de purgatif, soit à titre de sédatif, est assez célèbre, et quand il n'y aurait que la notion empirique de cette propriété pour l'associer aux alcalins, ce serait déjà un motif suffisant ; mais cette substance a encore pour effet direct d'éliminer l'urée et l'acide urique du sang. Cet effet a été démontré par Mac-Grégor Maclagan dans sa monographie sur le colchique, et M. Bouchardat l'a constaté depuis expérimentalement (*Annuaire de thérapeutique*, 1853).

3° Enfin, tout le monde connaît les propriétés sédatives de l'aconit. Ces propriétés ont même été récemment l'objet de recherches spéciales dans la ville où pratique l'un des auteurs du mémoire. « L'aconit, dit M. Tessier (de Lyon), moins stupéfiant que l'opium, la belladone, le datura, peut rendre de grands services dans les *maladies douloureuses*, surtout celles qui reconnaissent pour cause une fluxion *catarrhale* ou rhumatismale. Le caractère essentiel de l'aconit est d'agir sur les fonctions de la peau. » (Mémoire sur l'aconit, *Gaz. méd. de Lyon*, 1852). Au reste, les autorités ne manquent pas en faveur de ce médicament : Hufeland vante un *mélange d'extrait d'aconit et de teinture de colchique*, précisément la formule que recommandent les auteurs ; Barthez le regarde presque comme une espèce de spécifique dans toutes les maladies goutteuses, rhumatismales, et dans les névralgies de même nature. Double s'en loue beaucoup dans les rhumatismes chroniques, Roche et Teallier dans les névralgies (1835). Royer-Collard n'eut qu'à s'en féliciter pour lui-même (Trousseau et Pidoux). Enfin, Erhmann, Erhart (de Strasbourg) ont vu des tophus, des gouttes invétérées, des tumeurs articulaires, des névralgies sciatiques, des rhumatismes accompagnés de douleurs atroces, dissipés par l'extrait d'aconit (Szerlecki, *Dict. de thérap.*, 1836).

Ainsi, le silicate et le benzoate de soude détruisent l'excès d'acide urique et dissolvent les urates ; le colchique les élimine par les voies urinaires, en attaquant sans doute encore la maladie d'une autre manière ; l'aconit calme les souffrances et exerce peut-être de plus une action spécifique. Les trois ordres de moyens, enfin, par un usage continu, sont de nature à faire cesser la diathèse.

MM. Bonjean et Socquet ajoutent à ce *traitement interne* un *traitement externe* et une *médication adjuvante*. Le traitement interne consiste en des frictions avec des liniments *dialytiques* et narcotiques (essences hydro-carbonées, huiles de belladone, de jusquiame, etc.), et la médication adjuvante dans l'usage des purgatifs répétés et des substances dépuratives, qu'ils recommandent de varier souvent pour y rendre l'économie plus sensible.

Nous donnons ci-après quelques-unes des formules recommandées par les auteurs :

Pilules dialytiques.

Pr. Silicate de soude cristallisé.............. 25 grammes.
Extrait hydro-alcoolique de colchique...... 15
Extrait hydro-alcoolique d'aconit napel..... 30
Benzoate de soude pur.................. 50
Savon médicinal....................... 30

Faites une masse bien homogène pour être divisée en 1000 pilules qu'on fera drager en rose après une dessiccation complète et prolongée.

La dose est de une d'abord, puis deux, trois et quatre par jour, moitié le matin et moitié le soir.

Sirop dialytique.

Pr. Silicate de soude crystallisé.......... 0 kil. 600 gr.
Benzoate de soude pur............... 0 300
Sirop de gomme.................. 10 000

Faites dissoudre séparément le silicate et le benzoate dans suffisante quantité d'eau chaude, filtrez et mêlez les deux dissolutions au sirop, que l'on concentre ensuite jusqu'à 30 degrés bouillant. Dose, une à deux cuillerées à café par jour, dans un verre de tisane dépurative.

Liniment dialytique bitumineux.

Pr. Naphte pur.......................... 80 grammes.
Huile narcotique...................... 15
Huile volatile de térébenthine............ 5

Mêlez, agitez de temps en temps, et filtrez après quelques heures de repos.

Ce liniment est d'une belle couleur verte. Il doit être limpide et sans dépôt.

Liniment dialytique éthéré.

Pr. Éther acétique.......................... 80 grammes.
Teinture alcoolique d'aconit napel......... 15
Teinture alcoolique d'arnica (racine)....... 5

Mêlez et filtrez.

Ces liniments s'emploient surtout en frictions ; parfois on peut en mettre une compresse, ou même en prendre un bain local à l'aide d'une enveloppe de caoutchouc ou de taffetas gommé.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot. Ce traitement nous paraît s'adapter parfaitement aux éléments constitutifs de la maladie ; mais il ne faut pas oublier qu'il reste toujours à rechercher et à combattre les conditions sous l'influence desquelles l'affection a pris naissance, et que la *diététique* doit toujours jouer un rôle essentiel dans le traitement.

VI.

VARIÉTÉS.

Voici la liste des réunions du Congrès des savants allemands, avec le chiffre des membres présents.

1.	— 1822.	— Leipsick.	20	16.	— 1838.	— Fribourg.	479
2.	— 1823.	— Halle.	34	17.	— 1839.	— Pyrmont.	215
3.	— 1824.	— Würzbourg.	36	18.	— 1840.	— Erlangen.	300
4.	— 1825.	— Francfort-s-Mein	110	19.	— 1841.	— Brunswick.	651
5.	— 1826.	— Dresde.	116	20.	— 1842.	— Mayence.	980
6.	— 1827.	— Munich.	136	21.	— 1843.	— Gratz.	701
7.	— 1828.	— Berlin.	464	22.	— 1844.	— Brême.	651
8.	— 1829.	— Heidelberg.	273	23.	— 1845.	— Nuremberg.	447
9.	— 1830.	— Hambourg.	416	24.	— 1846.	— Kiel.	411
	— 1831.	— Choléra. Pas de réunion.		25.	— 1845.	— Aix-la-Chapelle.	650
10.	— 1832.	— Vienne.	418	26.	— 1849.	— Regensburg.	499
11.	— 1833.	— Breslau.	273	27.	— 1850.	— Greifswald.	
12.	— 1834.	— Stuttgart.	540	28.	— 1851.	— Gotha.	
13.	— 1835.	— Bonn.	484	29.	— 1852.	— Wiesbaden.	776
14.	— 1836.	— Iéna.	370	30.	— 1853.	— Tubingue.	578
15.	— 1837.	— Prague.	392	31.	— 1854.	— Gœttingue.	

Membres de la commission de souscription au profit des veuves et orphelins des officiers de santé morts à l'armée d'Orient.

MM. Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, *président*.
Baudens, membre du Conseil de santé des armées.
Bégin, président du Conseil de santé des armées.
Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine.
Jobert de Lamballe, professeur à la Faculté de médecine.
Le baron H. Larrey, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.
Michel Lévy, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.
Nélaton, professeur à la Faculté de médecine.
Rayer, membre de l'Institut.
Ricord, chirurgien des hôpitaux.
Senard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.
Thiriaux, pharmacien, membre du Conseil de santé des armées.
Maheux, docteur en médecine, *secrétaire*.

— Un congrès scientifique a eu lieu récemment à Albany. La médecine ne paraît pas y avoir fait grande figure, si nous en jugeons d'après le compte rendu publié dans le Morning Courier and New-York Enquirer, qu'on a bien voulu nous envoyer. Pourtant, il a été lu un mémoire (l'auteur n'est pas désigné) sur les conditions météorologiques qui ont régné à Norfolk et Portsmouth pendant le choléra. Dans le cours d'un seul mois, le mois de juillet, le vent a soufflé 23 fois du sud-ouest. Le docteur Hough a lu un travail sur le climat de l'État d'Albany pendant une longue suite d'années. La température moyenne de cet État a été de 46,74/100; la température a été plus uniforme en été qu'en hiver. Le *maximum* moyen de l'humidité a été observé en juin, et le *maximum* de la sécheresse en février.

— Un autre congrès scientifique vient, comme on le sait, d'avoir lieu à Vienne. (Voir au *feuilleton*.)

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 3 OCTOBRE 1856. — N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 2 octobre 1856.

APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ A LA THÉRAPEUTIQUE. — M. REMAK ET M. MIDDELDORPF. — TRAITEMENT DES PARALYSIES PAR LE GALVANISME ET CAUTÈRES GALVANIQUES. — CONSTITUTION MÉDICALE : INFLUENCE DES INONDATIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE. — LE DOCTEUR DE HUMBOLDT.

C'est à la fois un honneur et une bonne fortune pour notre pays que les médecins étrangers qui ont souci du progrès scientifique s'imposent presque tous l'obligation de visiter nos grands centres d'études, et avant tout Paris, pour y faire avec nous échange d'idées et de découvertes. Ce commerce n'est pas toujours heureux ; la marchandise qu'on nous apporte n'est pas constamment de première qualité,—non plus, sans doute, que celle qu'on emporte de chez nous ; et, pour ne parler patriotiquement que de nos propres mécomptes, nous rappellerons seulement le caustique d'un chirurgien de Naples qui, entré à la Salpêtrière avec une réputation merveilleuse (le caustique), en est sorti il y a quelques mois fort déprécié par un remarquable et consciencieux rapport de M. Moissenet.

En ce moment, deux chirurgiens prussiens, M. Remak (de Berlin) et M. Middeldorpf (de Breslau), font ici, devant quelques confrères conviés exprès, des démonstrations sur deux ordres d'application de l'électricité à la pratique médicale. Le premier soumet à l'action de courants galvaniques continus les malades qu'on lui amène porteurs de paralysies partielles ; le second répète de très curieuses expériences sur l'emploi du cautère galvanique.

Nous avons peu de chose à dire des démonstrations de M. Remak. Ainsi qu'on en peut juger par l'extrait inséré plus loin (p. 707) d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, notre confrère professe sur le *mode d'action* des courants

---

FEUILLETON.

Questions professionnelles.

En rendant compte tout récemment d'un rapport de M. Diday à l'Association des médecins du département du Rhône, nous avons exprimé l'avis que les associations en général, quand elles trouvaient bon de provoquer la poursuite judiciaire de l'exercice illégal, n'avaient pas à se préoccuper des dépenses auxquelles elles pourraient être entraînées, par la raison que la *dénonciation* pure et simple suffisait à mettre en mouvement l'action correctionnelle ou criminelle, et que vraisemblablement l'action civile n'aurait pas d'effet (voy. n° 38, p. 662, au *Feuilleton*). Depuis lors, nous avons eu la curiosité de nous assurer de l'état de la jurisprudence sur ce dernier point, et de rechercher si, en fait, l'action en dommages-intérêts des médecins ou des pharmaciens contre des guérisseurs ou des vendeurs de remèdes non munis de diplôme avait été reçue en justice. Or, nous le reconnaissons sans hésiter, un certain nombre d'arrêts, tant des cours impériales que de la Cour de cassation, ont décidé que les médecins et pharmaciens pouvaient se porter parties civiles incidemment à l'action du ministère public ; que l'intervention d'une partie seulement ou même d'un seul membre du corps médical ou du corps pharmaceutique était régulière ; enfin, que l'action civile était autorisée par la simple *annonce* d'un remède secret, alors même que ce remède n'aurait pas été vendu. Les arrêts qu'on peut consulter sur ce sujet sont ceux de la Cour impériale de Bordeaux, 28 janvier 1830, et ceux de la Cour suprême en date des 1er septembre 1832, 15 juin 1833 et 17 décembre 1837. Il faut ajouter néanmoins que toutes les Cours impériales ne partagent pas cette manière de voir, et que la Cour de Bourges en particulier a jugé en sens contraire (17 mars 1831).

Cette jurisprudence presque unanime n'a rien qui nous désoblige. Comme après tout il peut se présenter des circonstances exceptionnelles où toutes les armes soient bonnes contre des intrusions compromettantes, nous ne sommes pas fâché d'en

galvaniques une théorie personnelle, et préconise un *mode d'emploi thérapeutique* dont les résultats seraient particulièrement avantageux. La théorie, nous ne la croyons pas rigoureusement démontrée, ni même conforme à ce qu'on sait le mieux touchant les courants musculaires physiologiques et touchant l'action du galvanisme sur l'excitabilité des nerfs; nous ne croyons pas que la contraction d'un muscle sous l'influence d'une excitation galvanique locale soit le produit d'une action réflexe ayant passé par les centres nerveux. Quant aux effets obtenus, nous ne voudrions pas en juger par ce qu'il nous a été donné de voir. M. Remak opérait avec la pile de Bunsen de l'hôtel des Monnaies, à 15, 20, 30 éléments et plus, au moyen de deux baguettes munies de tampons mouillés, qu'il appliquait, autant qu'il nous a paru, l'une sur le trajet du nerf moteur du muscle à exciter, l'autre sur la longueur du muscle lui-même. Le choix d'une pile *à courant constant* est capital dans les vues de M. Remak. Nous étions d'autant plus curieux du résultat que nous avons toujours regardé les courants saccadés comme plus propres à réveiller la contraction musculaire. Mais les circonstances nous ont mal servi. Des quatre sujets galvanisés sous nos yeux, deux se trouvaient dans des conditions telles que nous eussions été fort surpris de voir se produire en quelques minutes une amélioration quelconque. Le premier offrait un exemple de paralysie progressive générale, caractérisée surtout aux membres supérieurs; les muscles de l'épaule ont été électrisés, et le mouvement d'élévation du bras n'en est pas devenu plus facile. Le second portait une triple courbure latérale du rachis, suite d'une inclinaison du bassin à gauche, consécutive elle-même à une sciatique. On a tenté de redresser la courbure moyenne et la courbure inférieure par l'excitation des muscles placés sur la convexité, mais sans résultat appréciable. Les deux autres cas paraissaient offrir plus de chances; car il s'agissait, dans l'un, d'une paralysie incomplète du deltoïde, suite de contusion, chez un tout jeune homme, et, dans l'autre, d'une paralysie des extenseurs de la main rapportée à une cause du même ordre. Mais ici encore, le résultat a été nul.

Nous le répétons, il n'y a pas là de quoi juger un mode de traitement. M. Remak, au sujet de bossus dont il disait avoir fait, en les redressant, de bons soldats, ajoutait cette plaisante remarque qu'il avait ainsi *travaillé pour le roi de Prusse*. C'est bien le même genre de besogne que nous lui avons vu accomplir à l'hôtel de la Monnaie; mais nous aimons à croire qu'il n'en fait pas une habitude.

— Les démonstrations de M. Middeldorpf ont un tout autre caractère et une tout autre portée. Rien de mieux conçu que les instruments imaginés par le professeur de Breslau pour régulariser et multiplier les applications de la galvanocaustique; rien de plus net, de plus tranché, qui accuse mieux une parfaite adaptation du moyen au but, que les effets réalisés; et ce nous est un vrai plaisir de compléter à cet égard les indications que nous avions déjà données l'année dernière (Gazette hebdomadaire, t. II, p. 930).

M. Middeldorpf se sert aussi d'une pile à courant constant, qui nous a paru être celle de Grove (zinc et platine). Cette pile est composée de quatre éléments puissants, dont une disposition particulière permet de n'utiliser à la fois qu'un nombre proportionné au degré de chaleur qu'on veut obtenir. On sait que le propre des piles à courant constant (qui sont à *deux liquides*) est de conserver pendant longtemps la même force sans grande déperdition. Ce n'est pas un avantage sensible pour la pratique civile, en raison du peu de durée des opérations de galvano-caustique; mais c'en est un pour la pratique des hôpitaux, où l'on a souvent plusieurs opérations à pratiquer coup sur coup. Les deux conducteurs de la pile s'engagent dans un manche percé à cet effet de deux trous séparés, pour empêcher le contact des fils. L'un de ces conducteurs est brisé dans l'intérieur même de sa gaîne, et il suffit pour rétablir la continuité de presser avec le pouce sur un bouton que porte le manche. Les extrémités des deux conducteurs sont réunies par un fil de platine qui ferme ainsi le circuit. Quand la pile fonctionne et qu'on établit la continuité du circuit en pressant sur le bouton, les deux électricités se rencontrent dans le fil de platine, qui devient incandescent, qui le devient plus ou moins suivant qu'on fait agir la totalité des éléments ou seulement une partie. Si on lâche le bouton, le circuit se trouvant tout à coup interrompu, l'incandescence du platine cesse rapidement.

Tel est le mécanisme général des instruments que nous avons vus. On conçoit maintenant que, en donnant au fil de platine telle ou telle forme, celle d'un instrument tranchant, d'un cautère, d'une anse, d'un stylet, etc., on pourra le rendre propre à des opérations très variées. Les conducteurs de la pile, avec lesquels, nécessairement, l'instrument doit toujours communiquer, sont assez longs et assez souples pour se prêter à toute espèce de manœuvre. Pour montrer la puissance d'ustion que possède une sorte de petit couteau de platine chauffé à blanc, M. Middeldorpf a perforé, coupé par le travers des fibres, une planche de chêne épaisse de plus

---

posséder une de plus. Mais, dans les termes où nous plaçons surtout la question, notre sentiment ne saurait changer. Nous croyons toujours que mêler à un conflit de concurrence un grand intérêt de sécurité publique et de moralité n'est pas bon en principe, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas; et, de plus, que cette immixtion soit convenable ou non, utile ou superflue, il n'en reste pas moins que la simple dénonciation faite par une association de médecins ou de pharmaciens suffit à provoquer la répression légale, et que la préoccupation des frais, qui retient plusieurs membres de l'Association du Rhône, n'a pas de fondement sérieux, puisque ces frais peuvent toujours être évités.

— Une autre question professionnelle, qui a été agitée il n'y a pas longtemps dans quelques organes de la presse médicale, est celle de savoir si le médecin qui, sous le bénéfice de l'article 27 de la loi de germinal an XI, fournit des médicaments à des malades d'une localité où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, est astreint à la visite du jury médical, et, en conséquence, obligé à payer les frais de cette visite. Il nous paraît, comme à M. Foucart, que cet article, en spécifiant que le médecin ainsi autorisé à fournir des médicaments *n'a pas le droit néanmoins de tenir officine*; que l'article 29, en prescrivant la visite nominativement pour les *magasins, officines et laboratoires*, et non pour d'autres dépôts de médicaments, exonèrent par cela même de cette charge la provision pharmaceutique du médecin; enfin que le médecin, nanti par son diplôme du droit d'ordonner tel médicament qu'il trouvera convenable en dehors ou à l'encontre des prescriptions du Codex, doit l'être aussi, non d'en faire commerce (ce que la loi lui interdit en lui interdisant *l'officine*), mais de le préparer et de le tenir à la disposition de ses malades, et que dès lors il y aurait contradiction manifeste entre le droit du médecin et le devoir du jury. Le confrère donc qui s'est refusé à la visite a, ce nous semble, agi d'après une saine interprétation de la loi. Mais en même temps nous estimons qu'il y a dans la loi, sur ce chapitre, une lacune regrettable. Les médecins, il faut bien l'avouer, n'offrent pas pour la préparation des remèdes la même garantie de capacité que les pharmaciens; légalement ils n'en présentent aucune. Il serait con-

d'un demi-centimètre ; entaillé avec la même lame les cartilages de la trachée d'un bœuf. Puis il a détaché, avec une anse dont les deux bouts peuvent rentrer dans le manche, un morceau de chair ramassé en forme de gros polype et adhérent par un large pédicule. Pour faire voir comment on peut aller chercher l'attache des tumeurs au fond des cavités, il a passé la même anse autour d'un gros cylindre de caoutchouc enfoncé dans un tube de verre, l'a fait glisser dans ce tube jusqu'à la profondeur de 8 ou 10 centimètres, où il a coupé net le caoutchouc. Il a enfoncé des stylets rougis dans la chair ; il a cautérisé l'intérieur de fistules artificielles ; il a enfin montré des échantillons de tumeurs enlevées par ces procédés, et dont la plus curieuse est un polype du larynx qui soulevait l'épiglotte, et qu'il a pu saisir et détacher à l'aide d'un instrument courbe.

Sans entrer aujourd'hui dans le détail de toutes les opérations ainsi praticables, nous nous contenterons d'insister sur quelques avantages principaux de la galvano-caustique.

1° La source de la chaleur est continue et se renouvelle à mesure qu'elle est absorbée par les tissus. L'instrument peut donc conserver pendant tout le temps de l'opération, quelle qu'en soit la durée, le degré d'incandescence qu'on a jugé nécessaire. Si les parties sur lesquelles on opère contiennent beaucoup de liquides exposés à se répandre *bouillants* sur les tissus voisins, comme dans certains cas d'opération de cancer utérin, on peut faire injecter de l'eau froide par un aide, sans éteindre le cautère. Ce sont là des avantages considérables sur les cautères rougis au feu.

2° L'incandescence ne commence qu'au moment précis où cela devient utile. Conséquemment, on peut porter l'instrument à son aise dans une fistule, dans le col utérin, et se bien assurer de sa position avant de commencer la cautérisation : autre avantage sur le cautère actuel, avec lequel on s'expose souvent à ne brûler que l'entrée d'un conduit, quand il ne faudrait en brûler que le trajet.

3° L'incandescence peut être suspendue à volonté, si l'instrument est mal engagé.

4° Un fil mince (qui peut toujours supporter un haut degré de chaleur sans être fondu) a, au moment même de l'opération, toute la force destructive qu'on a jugé à propos de lui donner, puisque cette force demeure la même tant que le circuit reste fermé ; tandis qu'un stylet mince rougi au feu perd une grande partie de sa force avant d'être appliqué sur les tissus.

5° L'éclat du platine chauffé à blanc est tel qu'il permet d'opérer sans autre lumière au fond de cavités obscures, par exemple au fond du vagin.

Quant aux avantages ou aux inconvénients que peut présenter la galvano-caustique relativement à certaines circonstances, concomitantes ou consécutives, des opérations (intensité de la douleur, degré d'épaisseur de l'eschare, hémorrhagies, etc.), avantages ou inconvénients dépendant en partie du degré de chaleur employé, ils sont à peu près les mêmes que pour la cautérisation avec le fer rougi au feu. En général, l'incandescence du platine ne doit pas être portée très loin ; car, à un degré très élevé, les tissus sont coupés comme avec un bistouri, et exposés dès lors à l'hémorrhagie.

— Quand une partie de la France fut ravagée par les inondations, à la fin du mois de mai dernier (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, n° 24, au *Feuilleton*), nous avons appelé l'attention sur les conséquences qui pourraient en résulter pour la santé publique. L'expérience avait déjà enseigné sur les mêmes lieux, que les eaux, en débordant et en se répandant à travers les villes et les campagnes, couvraient le sol d'animaux morts, poissons, gibier, mulots, insectes ; d'immondices enlevés aux latrines et aux égouts, de plantes arrachées, de toutes sortes de détritus enfin, végétaux et animaux, qui, exposés plus tard à l'action solaire, pouvaient développer de dangereux miasmes ; que l'eau des fontaines s'altérait ; que les habitations s'imprégnaient souvent d'une humidité qui survivait longtemps à la submersion, — autres causes d'insalubrité. Il importait donc de savoir ce qui était advenu cette année, où le sinistre avait dépassé les proportions de celui de 1840.

A Lyon, dès le 15 juillet, c'est-à-dire environ deux semaines après le retrait des eaux, M. le docteur Teissier, d'accord en cela avec ses collègues de l'Hôtel-Dieu, attribuait aux débordements du Rhône et de la Saône deux sortes d'influence : 1° une influence générale, manifestée dans le cours du mois de juin par de nombreuses diarrhées, des fièvres muqueuses, mais principalement par des phénomènes d'intermittence et de rémittence venant compliquer la plupart des maladies régnantes, bronchite, pneumonie, rhumatismes, rougeole, variole, etc. ; 2° une influence accidentelle, déjà signalée dans ce journal même par M. Diday, propre aux individus qui avaient séjourné dans l'eau froide ou dont la frayeur et le chagrin avaient abattu les forces, et caractérisée par des affections broncho-pulmonaires, des rhumatismes et diverses formes d'accidents cérébraux. M. le docteur Girin a fait re-

---

séquemment assez naturel de les astreindre à un certain contrôle, mais à un contrôle dont le mode et l'étendue fussent adaptés à la situation particulière où les place leur diplôme. C'est une question à étudier.

— Voici enfin, sur l'interprétation des mêmes articles de la loi de germinal, le résumé de débats qui viennent d'avoir lieu devant la Cour impériale d'Angers, avec le texte de l'arrêt.

Le médecin homœopathe qui distribue à ses malades des médicaments qu'il s'est procurés à l'avance dans une pharmacie, est passible des peines prononcées par la loi du 21 germinal an XI.

M. Oriard, médecin homœopathe, établi actuellement à Paris, avait autrefois habité Angers. Au mois d'avril de cette année, il avait été appelé dans cette ville pour donner des soins à d'anciens malades. Il profita de son séjour à Angers pour donner des consultations à plusieurs personnes qui vinrent s'adresser à lui, et il leur remit quelques paquets de globules homœopathiques.

Averti de ces faits, le commissaire de police du second arrondissement d'Angers se rendit dans la maison où M. Oriard donnait ses consultations, et saisit une boîte où étaient placés plusieurs tubes de verre remplis de globules. M. Oriard fut, en conséquence, traduit devant le tribunal correctionnel, sous la prévention d'exercice illégal de la pharmacie dans une localité où il y avait des pharmaciens tenant officine ouverte. M. Oriard ne comparut pas devant le tribunal, qui, se fondant sur ce que le prévenu, sans avoir été reçu pharmacien, avait vendu ou distribué des médicaments, et sur ce qu'il était en état de récidive, ayant déjà été condamné pour un fait semblable par arrêt de la Cour impériale d'Angers en date du 26 janvier 1852, prononça contre lui une condamnation par défaut à dix jours de prison et 300 francs d'amende.

M. Oriard a interjeté appel de ce jugement.

Me Duverdy, du barreau de Paris, son avocat, a dit que ce procès présentait à juger une question importante pour la médecine en général ; qu'il s'agissait en effet de savoir si les médecins avaient le droit de dis-

marquer que les maladies abdominales, dans la circonscription de Lyon, étaient déjà *empreintes du génie périodique* avant l'inondation; mais il accorde que les fièvres intermittentes ont peu après redoublé de fréquence (*Gaz. méd. de Lyon*, 15 septembre).

A l'égard de ce qui s'est passé depuis le mois de juillet, nous possédons des renseignements précis, non-seulement pour la ville de Lyon et sa banlieue, mais encore pour toute la portion du littoral du Rhône qui s'étend de Montélimart à Arles. Ces renseignements, nous les devons à MM. Teissier et E. Chauffard.

M. Teissier nous écrit :

A partir de l'époque des inondations qui ont eu lieu à Lyon, un grand nombre d'affections intestinales se sont déclarées : les unes ayant la forme de simples diarrhées, les autres présentant les symptômes de la fièvre muqueuse avec prédominance des phénomènes intestinaux, les autres enfin ayant les caractères des dysentéries graves. Nos salles, depuis quatre mois, ont constamment offert une proportion considérable de ces diverses maladies. Et chose assez singulière, c'est que les unes et les autres ont fréquemment présenté la bizarre coexistence de crampes très pénibles, très douloureuses dans les jambes. Il y en a eu de bénignes, il y en a eu de très graves; mais les premières ont été bien plus nombreuses que les secondes. Doivent-elles nécessairement être rattachées à l'influence des inondations? La question n'est pas facile à trancher. On pourrait, je pense, arriver, sous ce rapport, à une solution rigoureuse, en comparant les maladies qui ont régné à Lyon depuis quatre mois avec celles qui ont régné à Paris. Vous êtes mieux à même que moi de faire cette comparaison.

Mais une chose que je suis très disposé à attribuer à l'influence des inondations, c'est le nombre tout à fait insolite de fièvres intermittentes qui s'est manifesté dans les lieux qui ont été submergés. Là où, les années précédentes, on voyait un ou deux cas de fièvre de cette nature, on en a vu dix et plus dans ces derniers temps Et non-seulement on a observé beaucoup de fièvres intermittentes essentielles, mais encore la plupart des autres maladies ont continué à se compliquer de phénomènes intermittents, comme elles l'avaient fait très peu de temps après l'inondation. Aussi le sulfate de quinine trouvait-il son application dans presque toutes les maladies aiguës, et sans lui on aurait eu à déplorer souvent de funestes accidents.

Il est une autre maladie qui a sévi depuis le commencement de l'été et qui sévit encore à Lyon, au moment où je vous écris, d'une manière affligeante : c'est la fièvre typhoïde. Nos salles d'hôpitaux en sont encombrées, et elle frappe indistinctement sur toutes les classes de la société. Mais on ne peut attribuer l'augmentation de fréquence de cette maladie aux inondations, puisque dans toute la France, et peut-être même dans toute l'Europe, elle se montre avec la même intensité.

Quant à l'influence des inondations comme cause d'insalubrité pour les habitations, elle est devenue de plus en plus évidente. Bronchites tenaces, pleurésies, phthisies pulmonaires, anasarques, douleurs rhumatoïdes de toute nature, sciatiques, paraplégies, abcès froids ou simples engorgements ganglionnaires, etc., etc., se sont montrés en grande fréquence chez ceux qui ont eu l'imprudence, ou qui ont été forcés, de rentrer trop tôt dans leurs maisons.

Voici, d'un autre côté, ce que nous écrit M. Chauffard :

Mon cher confrère, nous n'avons eu cet été aucune maladie régnante qui puisse être rattachée directement ou indirectement aux inondations de juin : les affections qui ont prédominé ont été les affections intestinales, spécialement la dysentérie. Elles ont même été sensiblement plus nombreuses que dans les autres années; mais rien n'autorise à en accuser les inondations : elles ont coïncidé avec des chaleurs fortes et soutenues, et sont maintenant sur le déclin, depuis que la température est refroidie. A ces maladies se sont jointes des éruptions furonculaires très générales, des *boutons de chaleur*, mais le tout sans fièvre ni symptômes généraux autres que de l'anorexie, de l'embarras gastrique et de l'insomnie. En ce moment, la santé publique, même celle des classes pauvres, est parfaite : quelques restes de diarrhée, de l'embarras gastrique à forme bilieuse, quelques ictères bénins. Les militaires de la garnison en sont particulièrement atteints ; mes salles de militaires à l'hôpital ne contiennent que cela. Je compte quelques dysentéries, deux ou trois fièvres typhoïdes, et une masse d'états bilieux, opiniâtres, rebelles jusqu'à un certain point aux émétiques; du moins faut-il réitérer la médication vomitive et évacuante pour en venir à bout.

Enfin, nous avons eu cette année, comme toutes les autres, un certain nombre de fièvres intermittentes; mais elles n'ont été ni plus graves, ni plus nombreuses que de coutume.

Il est bien certain que ni les affections gastro-intestinales, ni les fièvres typhoïdes et muqueuses qui ont régné ou règnent encore sur les bords du Rhône ne peuvent être considérées comme des effets de l'inondation. Ces deux ordres de maladies, le premier principalement, ont couvert, pour ainsi dire, la France. Nos correspondances, nos propres pérégrinations, nous permettent d'affirmer que les coliques, la diarrhée, la dysentérie, les dérangements gastriques, ont parcouru le pays dans tous les sens. La seule manifestation morbide qu'on puisse avec quelque raison rapporter en partie au sinistre du mois de mai, c'est l'intermittence. Encore cette interprétation n'est-elle applicable qu'à Lyon, puisque, dans le

---

tribuer et d'administrer eux-mêmes des médicaments pris par eux dans une pharmacie.

En effet, les médicaments saisis chez le sieur Oriard proviennent d'une pharmacie homœopathique spéciale de Paris: tous les tubes, tous les flacons portent l'étiquette de cette pharmacie, et d'ailleurs, M. Oriard a produit devant la Cour de nombreuses factures, qui prouvent qu'il s'est fourni chez les pharmaciens spéciaux de Paris. Voilà les faits du procès ; il s'agit de savoir s'il y a lieu d'appliquer, dans ces circonstances, la loi du 21 germinal an XI, qui, par ses articles 27 et 36, défend aux médecins de fournir des médicaments à leurs malades là où il y a des officines ouvertes. On pourrait peut-être se demander tout d'abord, et non sans quelque apparence de raison, si cette loi, qui a été faite avant que l'homœopathie fût connue, doit être appliquée aux rapports des médecins homœopathes avec les pharmaciens. La loi, dit-on, est conçue en termes généraux, il n'y a donc pas lieu de faire de distinction, lorsqu'il s'agit de l'appliquer, entre tel ou tel système médical. Soit : alors il faut rechercher si elle doit frapper le médecin qui prend dans une pharmacie les médicaments qu'il donne ensuite lui-même à ses malades, le médecin qui, à proprement parler, n'est qu'un intermédiaire entre le malade et le pharmacien.

La loi de l'an XI a un double but : 1° de protéger la santé publique ; de là les obligations imposées aux pharmaciens ; 2° comme conséquence et en compensation de ces obligations, elle a voulu garantir les pharmaciens contre toute concurrence. Pour savoir si cette loi doit être appliquée au prévenu, il faut donc rechercher s'il y a eu danger pour la santé publique et concurrence au corps des pharmaciens. Lorsque le médecin prend le remède dans une officine, ces circonstances ne se rencontrent pas. Il n'y a pas danger pour la santé publique, car le diplôme de médecin doit être considéré comme une garantie sérieuse. Il n'y a pas plus concurrence au corps des pharmaciens, puisque les médicaments distribués par le médecin proviennent d'une officine.

Me Duverdy soutient que, lorsque les médecins allopathes agissent ainsi, ils ne sont pas poursuivis; il cite une ordonnance de la chambre du conseil du Tribunal de Sens, en date du 3 juillet 1855, qui a déclaré n'y avoir lieu à suivre contre un médecin allopathe qui prenait dans une pharmacie et portait à ses malades de la campagne les médicaments dont ils avaient besoin, quoiqu'ils habitassent dans le rayon où la loi ne permet pas au médecin de faire de la pharmacie. Ce Tribunal a pensé qu'il n'y avait délit, puisque les remèdes venaient d'une officine.

L'homœopathie a droit au même traitement que l'allopathie. La juris-

cours inférieur du Rhône, l'observation n'a montré sous ce rapport que ce qu'elle montre tous les ans à la même époque.

En résumé, donc, les fâcheuses prévisions qu'on avait généralement conçues au sujet des inondations ne se sont pas réalisées, du moins dans cette partie de la France. Est-ce à dire que ces prévisions aient été absolument sans fondement et inspirées par de fausses vues en matière d'hygiène publique? Ce serait aller trop loin. La propriété morbigène des conditions engendrées par le débordement des fleuves peut être réelle, alors même que, dans un lieu et dans des circonstances données, elle ne s'est pas manifestée par des effets appréciables; et la question est de savoir si cette manifestation n'a pas été empêchée par des circonstances accidentelles.

Ces circonstances peuvent être rapportées principalement à des mesures d'hygiène et aux conditions atmosphériques qui ont succédé à l'inondation.

Il ne paraît pas que les mesures hygiéniques aient été bien rigoureuses du côté d'Avignon; mais à Lyon il en a été prescrit et exécuté de plus sévères, que nous avons fait connaître, et qui tendaient à désinfecter les matières putrides, à assurer l'usage d'une eau salubre, à nettoyer et dessécher promptement les lieux submergés. Puis, le hasard a fait que, presque aussitôt après l'inondation, la vallée du Rhône a été balayée par un vent violent du nord, qui, joint à une grande chaleur, a desséché le sol avec une extrême rapidité et balayé les miasmes qui avaient déjà pu se produire. La chaleur *sèche* est aussi salutaire dans de telles circonstances que serait pernicieuse la chaleur *humide*. « Il faut avoir souffert du vent du nord qui souffle ici, nous écrit M. Chanffard, pour s'en faire une idée. » En sorte que, d'un côté, à Avignon, le vent et le soleil, de l'autre, à Lyon, l'hygiène publique (aidée peut-être des mêmes conditions atmosphériques, ce que nous ignorons), pourraient expliquer l'immunité relative dont a joui le littoral du Rhône, sans qu'on puisse en déduire d'une manière générale l'innocuité des inondations sous le rapport de la santé publique.

Dans cet état de choses, il serait intéressant d'avoir des renseignements sur l'état sanitaire de la vallée de la Loire. S'il nous en arrive, nous nous hâterons de les publier.

— Le lecteur, que nous avons quelquefois entretenu des expériences concernant l'inoculation du venin de la vipère comme préservatif de la fièvre jaune, ne sera peut-être pas fâché de savoir où en sont les choses. Elles en sont à ce point, que le docteur de Humboldt, l'auteur de cette triste invention, est présentement dans un état de misère qui l'a réduit, dit la lettre d'un de ses amis à *El Siglo medico*, à implorer des secours. Inutile d'ajouter que la fièvre jaune suit son train.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouveau traitement des polypes du rectum. — Emploi de l'écrasement linéaire; par M. Chassaignac, chirurgien à La Riboisière.

Le travail que nous soumettons aux chirurgiens ayant pour objet de faire connaître les résultats de l'écrasement linéaire dans le traitement des polypes du rectum, nous n'insisterons que sur les points essentiellement pratiques de la question. Nous ne devons pas omettre de rappeler que M. le professeur Stoltz, et plus tard M. Gigon, d'Angoulême, (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1843, t. VIII, p. 727), ont publié des travaux sur les polypes du rectum. Gerdy en a rapporté plusieurs cas dans sa thèse sur les polypes. Quelques observations ont été publiées par M. Bourgeois, d'Étampes, enfin M. Guersant et nous-même avons fait connaître à la Société de chirurgie plusieurs faits de ce genre qui se sont présentés à notre observation.

Les polypes du rectum se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Cette circonstance mérite d'être remarquée; car on n'aurait jamais supposé *à priori* qu'il en dût être ainsi. En effet, les hémorrhoïdes, la constipation qui se rencontrent beaucoup plus souvent chez l'adulte et le vieillard que chez l'enfant, semblent prédisposer d'une manière particulière aux affections chirurgicales du rectum, les sujets qui atteignent des périodes plus avancées de la vie.

Mais, si d'autre part, on considère que chez l'enfant, la muqueuse du rectum possède une laxité qui la dispose singulièrement au prolapsus, on trouvera peut-être qu'il existe une relation entre cette disposition anatomique et la plus grande fréquence des polypes du rectum chez l'enfant. En tout cas, il est fort utile de recueillir avec soin les observations de polypes du rectum chez l'adulte, si l'on veut parvenir à posséder un jour une description complète de cette maladie.

---

prudence l'a reconnu par deux arrêts : l'un de la Cour de Dijon du 7 mai 1835, et l'autre de la Cour de Paris du 10 août 1855. (Voy. *Gazette des tribunaux* du 18 août 1855.) Dans ces deux cas, les médecins ont été acquittés des poursuites dirigées contre eux. L'un prenait ses médicaments dans une pharmacie de Lyon et les distribuait à Dijon, l'autre les prenait à Paris et les distribuait dans une commune de Seine-et-Oise.

M. Oriard se trouve dans la même position; il a pris ses globules dans une pharmacie de Paris et les a apportés à Angers, parce que, comme tous ses confrères, il croit que les pharmaciens allopathes ne peuvent pas bien préparer les remèdes homœopathiques. Il avait un assortiment complet de ces remèdes, parce qu'il ne savait pas quelles maladies il allait avoir à traiter, et qu'il savait qu'à Angers il n'y avait que des pharmaciens allopathes, et il faut remarquer que M. Oriard n'a pas vendu ses globules, et qu'il les donnait à ses malades à raison de la modicité de leur valeur, et se bornait à toucher le prix de ses consultations et de ses visites.

Dans le procès fait à M. Oriard en 1852 (Voy. *Gazette des tribunaux* du 12 février 1852), la situation était différente; alors il était établi à Angers, et il faisait de la pharmacie, pensant avoir le droit d'agir ainsi parce que, à Angers, il n'y avait pas de pharmacie homœopathique, les pharmacies allopathiques étant pour lui comme si elles n'étaient pas; il se regardait comme un médecin qui exerce sa profession dans une localité où il n'y a pas d'officine; et il croyait que l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI lui donnait le droit de faire de la pharmacie. Aujourd'hui M. Oriard n'élève pas cette prétention, puisque l'arrêt du 26 janvier 1852 l'a rejetée. Il n'est plus comme alors, tout ensemble, pharmacien et médecin, et il se procure les médicaments dans une pharmacie spéciale.

Il est vrai qu'il ne s'est pas adressé aux pharmaciens d'Angers : mais la loi n'a pas donné, si l'on peut parler ainsi, une compétence territoriale aux pharmaciens de chaque localité; il est loisible à chaque personne de s'adresser aux pharmaciens d'une ville plutôt qu'à ceux d'une autre. Un malade d'Angers peut faire venir de Paris les remèdes dont il a besoin. M. Oriard a, comme médecin, le droit incontestable de s'adresser à l'officine qui lui inspire le plus de confiance. Quoique les pharmaciens d'Angers se donnent comme très capables de préparer les médicaments homœopathiques, les médecins homœopathes ne sont pas obligés de s'adresser à eux. Tout ce que la loi exige, c'est qu'ils s'adressent à une pharmacie; ils préfèrent l'officine homœopathique de Paris, c'est leur droit.

Si l'on défend au médecin homœopathe de distribuer lui-même les médicaments qu'il a été prendre à l'avance chez le pharmacien, la pra-

Une distinction importante eu égard au siége de ces polypes consiste à séparer ceux qui naissent au-dessous du sphincter anal, de ceux qui naissent au-dessus. Ces derniers, habituellement renfermés à l'intérieur de l'ampoule rectale, viennent quelquefois apparaître à l'extérieur pendant l'acte de la défécation pour reprendre ensuite leur position habituelle. Il est facile de comprendre en quoi cette circonstance intéresse la question chirurgicale.

Quelquefois les polypes sus-sphinctériens remontent au-dessus de l'anus à une profondeur assez considérable pour ne pouvoir être atteints qu'au moyen d'appareils analogues à ceux qu'on emploie pour agir sur des organes difficilement accessibles. A ce sujet, on rapporte une observation de Desault dans laquelle le polype, du volume d'un œuf, avait sa racine à 16 centimètres au-dessus de l'anus. Desault en pratiqua la ligature au moyen des instruments qui servent à lier les polypes utérins. Le malade guérit.

Le plus habituellement, les polypes du rectum sont petits, variant du volume d'un pois à celui d'un œuf de poule. Toutefois Boyer en a vu un qui avait le volume des deux poings. Ils sont arrondis ou pisiformes, présentant la forme d'un champignon, souvent multilobés et enduits à leur surface de mucosités. Eu égard à leur aspect, on les a comparés tantôt à une cerise, tantôt à une fraise. Du reste, ils offrent quelques variétés dans la nature du tissu qui les constitue. Ils sont tantôt fermes, rouges et grenus, tantôt muqueux, d'autres fois fongueux, quelquefois mous et variqueux, dans certains cas, même, composés d'un tissu érectile. La forme muqueuse est surtout celle qu'on observe dans le premier âge.

Les différences signalées dans leur texture anatomique rendent compte jusqu'à un certain point de leur tendance variable aux hémorrhagies. — Nous ne savons trop par suite de quel mécanisme ont pu se trouver au centre de ces polypes certains corps étrangers qui y étaient comme enkystés. On sait seulement que quelques-uns de ces polypes sont creusés d'une cavité à l'intérieur, et Gerdy a rapporté un cas dans lequel un polype de ce genre contenait des matières fécales desséchées et des petits calculs. — Les symptômes auxquels donnent lieu les polypes du rectum sont les suivants: État de gêne permanent chez quelques sujets, apparaissant seulement au moment de la défécation chez plusieurs autres.

Quelquefois ce n'est plus seulement un sentiment de gêne, ce sont des douleurs vives, des hémorrhagies et chez certains sujets, un suintement habituel.

Les divers moyens qui ont été proposés pour faciliter l'exploration de la tumeur et en déterminer la nature, ont pour but commun de faire saillir le polype au dehors.

S'il n'est pas trop haut placé, on peut en provoquer la sortie en prescrivant au malade de pousser comme pour aller à la garde-robe. Si l'on a affaire à un enfant, l'injection préalable d'un liquide ou d'un lavement purgatif favoriserait ces efforts d'expulsion. Dans le cas où ces moyens ne réussiraient pas, le doigt introduit dans le rectum pourrait, en contournant le pédicule de la tumeur, amener celle-ci au dehors.

Quand le polype est situé à une certaine hauteur et ne fait point saillie à la marge de l'anus, il peut donner lieu à des erreurs de plus d'un genre jusqu'à ce que le toucher soit pratiqué. Chez une jeune fille citée par M. Stoltz, on crut à une éruption prématurée des règles.

On pourrait éprouver quelque difficulté, même en ayant recours à l'exploration par le toucher, à distinguer, à plusieurs pouces dans le rectum, un polype d'une tumeur squirrheuse, ou même, suivant Boyer, d'une invagination du côlon dans le rectum.

La tumeur est-elle visible à l'extérieur, elle peut être confondue avec une chute de l'intestin ainsi que cela est arrivé quelquefois; mais nous pensons qu'avec un peu d'attention, un chirurgien exercé saura facilement éviter cette méprise.

Les tumeurs pédiculées du rectum présentent une particularité qui intéresse le chirurgien presque également au point de vue du diagnostic et du traitement. Il s'agit de la facilité avec laquelle ces tumeurs rentrent à l'intérieur de l'intestin, de manière à rendre difficile leur exploration et l'action des instruments destinés à leur extirpation. La mobilité de ces tumeurs est donc un obstacle à leur étude aussi bien qu'à leur traitement. Voici de quelle manière j'ai cherché à résoudre cette double difficulté : afin de ramener au dehors, et, en tout cas, de donner une situation fixe à des tumeurs si mobiles, je fais usage d'un pessaire Gariel d'un volume assez considérable, mais qu'on introduit facilement lorsqu'il est vide et replié sur lui-même. Une fois mis en place dans la cavité de l'intestin, ce pessaire est insufflé et alors, au moyen de la tige creuse par laquelle il se termine, j'exerce des tractions qui ont pour effet de tendre à renverser la muqueuse et d'attirer au dehors les parties appendues à la paroi interne du rectum (*Monit. des hôp.*, n° du 18 juin 1853).

Les divers moyens de traitement qui ont été proposés

---

tique de l'homœopathie est impossible. On sait que dans des cas très graves et où il faut apporter un secours immédiat aux malades, l'homœopathie proscrit la plupart des moyens employés par l'allopathie, la saignée, par exemple ; les médecins homœopathes y suppléent par l'administration de globules contenant des substances très énergiques. Les globules, ce sont leurs lancettes à eux. Il est donc impossible, à peine de proscrire l'homœopathie, de défendre aux médecins homœopathes de distribuer eux-mêmes des remèdes ; tout ce qu'on peut leur demander, c'est de prendre ces remèdes dans une pharmacie. M. Oriard a agi ainsi ; le jugement dont est appel doit donc être réformé.

M. l'avocat général *de Soland* a pris ensuite la parole. Il s'est attaché d'abord à démontrer que la situation de M. Oriard était la même qu'au mois de janvier 1852. Retrouvant dans le dossier d'alors des factures des pharmacies homœopathiques de Paris, il a dit que M. Oriard avait déjà essayé alors les mêmes moyens de défense, mais qu'ils n'avaient pas été admis par la Cour, et qu'il avait été condamné à cette époque pour n'avoir pas adressé ses malades aux pharmaciens d'Angers.

Est-il donc vrai qu'à Angers, où se trouvent de nombreuses officines, il y ait impossibilité de préparer des remèdes homœopathiques? Les pharmaciens d'Angers ont été entendus dans l'instruction, et ils ont tous offert de préparer ces médicaments lorsqu'on les leur demanderait ; ils ont certes toutes les connaissances suffisantes ; le plus souvent il ne s'agit que d'étendre une goutte d'une substance dans une certaine quantité d'eau ou d'alcool ; c'est ce que l'on appelle une dilution. Dans certains cas, il faut prendre une goutte du premier mélange et l'étendre encore dans une autre quantité de liquide : c'est la seconde dilution. On opère ainsi à l'infini, et il y a des substances que l'on n'administre qu'à la six centième dilution. Les pharmaciens peuvent certes faire toutes ces préparations, au besoin, et si le médecin homœopathe prescrit l'emploi d'une substance dont l'usage est rare ou nul dans la médecine ordinaire, les pharmaciens d'Angers peuvent se les procurer facilement. Un d'eux l'a déjà fait ; il a fait venir de Paris une pharmacie homœopathique complète, et il l'a tenue à la disposition de M. Oriard. Ce dernier, pour justifier sa conduite, ne peut donc se fonder sur l'impossibilité où il aurait été de se procurer à Angers des globules homœopathiques dans les officines de la ville.

Son système de défense est-il fondé en droit ? M. l'avocat général ne le pense pas. Le médecin ne doit pas pouvoir distribuer des médicaments, même s'ils viennent d'une pharmacie, parce qu'alors le contrôle que la loi a voulu établir dans l'intérêt de la santé publique ne peut plus exister. Quand le médecin prescrit un remède, il faut que son ordonnance passe

contre les polypes du rectum sont la cautérisation, la ligature et l'excision.

Il suffira de jeter un coup d'œil sur la valeur de ces modes de traitement pour comprendre qu'il n'était pas inutile de rechercher quelque moyen thérapeutique exempt des reproches que l'on peut adresser aux méthodes connues jusqu'ici.

Cautérisation. — Il est d'abord une classe de polypes du rectum qui repousse d'emblée l'emploi de cette méthode, ce sont les polypes placés au-dessus du sphincter. Nous n'avons pas besoin de dire pourquoi. On conçoit tout d'abord la difficulté qu'on éprouve à introduire les agents cautérisateurs à une grande profondeur, et d'un autre côté les dangers que ceux-ci, portés dans l'ampoule rectale, pourraient entraîner.

Quoique Loëffler ait employé avec succès les caustiques sur un polype dont la ligature avait déterminé des douleurs intolérables, nous croyons que très peu de chirurgiens de nos jours accordent quelque valeur à la cautérisation comme mode de destruction des polypes du rectum. C'est donc un moyen à peu près abandonné.

Ligature. — Cette méthode laisse encore beaucoup à désirer et quoique nous tenions grand compte des intéressantes observations de notre honorable confrère d'Angoulême, M. Gigon, qui préconise ce mode de traitement, nous ne pouvons pas méconnaître non plus que dans certains cas la ligature des polypes du rectum n'ait amené des accidents de la nature la plus grave, témoin l'observation de Loëffler dans laquelle on voit qu'il survint des douleurs tellement atroces, qu'on fut obligé d'abandonner l'emploi de ce moyen. Témoin encore d'autres faits desquels il résulte que dans certains cas la ligature a été suivie de la mort du sujet.

Excision. — L'excision est moins douloureuse et plus expéditive que la ligature, elle présente le grave inconvénient d'exposer à l'hémorrhagie et à la blessure d'organes importants, lorsqu'on veut attaquer à l'aide des instruments tranchants des polypes profondément situés.

1° Le danger des hémorrhagies est démontré par un certain nombre de faits parmi lesquels nous nous contenterons de citer les deux suivants. Dans une observation due à M. Serres (*Journ. des connais. méd.*, janvier 1839, p. 107), il survint immédiatement après la section du pédicule une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée que par le tamponnement. Dans un autre cas, l'excision d'un polype fongueux du rectum, faite par M. Manec, fut suivie au bout de vingt-quatre heures d'une perte de sang considérable. Non-seulement l'excision expose par elle-même au danger des hémorrhagies, mais elle peut déterminer ce genre d'accident plus facilement encore lorsqu'on suit le conseil qui a été donné de comprendre dans la section la partie de la peau ou de la muqueuse sur laquelle s'implante le polype.

2° En ce qui concerne le danger de blesser certains organes pelviens, en employant l'excision pour des polypes du rectum placés à une grande profondeur, il suffit de réfléchir un instant à la nature du procédé opératoire employé jusqu'ici, procédé qui consiste à faire manœuvrer dans la cavité du rectum de longs ciseaux courbes sur leur plat, pour comprendre que l'on est exposé à couper tout autre chose que le pédicule du polype. L'excision est donc une méthode qui offre des dangers réels. C'est dans le but de prévenir les hémorrhagies, que, même avant l'époque où j'appliquai pour la première fois l'écrasement linéaire au traitement des polypes du rectum, j'eus recours à la suture pratiquée sur la plaie de l'opération pour en rapprocher les deux lèvres. Voici une observation où se trouve indiqué le procédé opératoire que j'ai suivi pour faire cette suture.

Obs. I. — *Polype du rectum chez un adulte. Opération par excision. Guérison.* — Jullien (Jean), âgé de trente-deux ans, imprimeur, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 5 mars 1853, pour se faire traiter d'un polype du rectum qui est pour lui une cause de douleurs pendant la défécation et qui a déjà donné lieu à des hémorrhagies abondantes. Cet homme a été militaire et compte plusieurs campagnes en Afrique; il est habituellement d'une bonne santé et n'a eu d'autre maladie antérieure que des hémorrhoïdes.

Depuis fort longtemps, en effet, il est atteint de tumeurs hémorrhoïdales qui, de temps à autre, donnent lieu à des flux sanguins considérables. Elles forment à la marge de l'anus un bourrelet circulaire parsemé de saillies et de dépressions.

Quand on dilate ce bourrelet, on fait apparaître une tumeur du volume d'une petite noix et dont le malade dit avoir conscience depuis plus de quatre ans, époque depuis laquelle la tumeur, qui, par moments, était perceptible au dehors, n'a pas cessé de s'accroître. Elle ne produit pas, à proprement parler, de douleurs vives; mais elle cause une gêne considérable dans la défécation et donne lieu à un suintement abondant qui salit constamment le linge et détermine sur les téguments de la région anale des excoriations presque continuelles. Aussi a-t-il voulu, à plusieurs reprises, se faire délivrer par une opération de cette pénible maladie.

La tumeur est d'un rouge vif, d'une consistance et d'un aspect spongieux, se distinguant par sa couleur et sa texture des saillies hémorrhoïdaires, au centre desquelles elle vient quelquefois se placer quand le malade fait un effort de défécation. Elle est comme formée de petites granulations vasculeuses qui lui donnent l'appa-

entre les mains du pharmacien : c'est une garantie. Voyez s'il n'y a pas, avec l'homœopathie, un grand danger à supprimer ce contrôle. L'homœopathie traite par les infiniment petits ; les substances qu'elle emploie, et qui, selon elle, sont cependant très énergiques, sont tellement divisées dans les globules, que l'analyse chimique ne peut pas en constater la présence. Il y a des substances que l'on administre, après leur avoir fait subir de nombreuses dilutions ; il y en a dont on n'administre que la dix-millionième partie d'une goutte. Un jour, dans une discussion que soutenait un médecin allopathe de cette ville avec un partisan de l'homœopathie, le premier paria qu'il avalerait tous les globules qui se trouvaient dans une pharmacie homœopathique ; il exécuta son pari, et il absorba tous les globules. Aucun effet ne fut produit sur lui, et il se porte encore parfaitement bien. Cependant, suivant les médecins homœopathes, leurs globules, dans lesquels la chimie ne peut ressaisir aucune substance, doivent produire de grands effets. On doit donc alors leur interdire, dans l'intérêt public, de distribuer eux-mêmes les médicaments qu'ils ordonnent, car, s'ils les distribuaient, on ne pourrait contrôler d'aucune façon les traitements qu'ils feraient subir à leurs malades.

Si le malade va prendre directement ses médicaments chez le pharmacien, on pourra retrouver dans l'officine les dilutions intermédiaires qui auront précédé celles que le malade aura absorbées : alors le jury médical pourra contrôler les ordonnances du médecin.

En outre, si le médecin distribue lui-même les globules homœopathiques, on comprend combien la tromperie devient facile. Un médecin peu scrupuleux distribue des globules inertes dans lesquels il n'y aura aucune substance médicamenteuse, et de cette façon il recevra l'argent des malades sans les soumettre à aucun traitement.

Abordant la jurisprudence, M. l'avocat général dit que l'arrêt de Dijon de 1835 n'a pas la portée que lui donne M. Oriard. Le médecin n'avait distribué des globules venant de Lyon que parce que tous les pharmaciens de Dijon avaient refusé d'en préparer sur ses ordonnances. Or, les pharmaciens d'Angers n'ont jamais fait un semblable refus ; la situation n'est donc pas la même.

M. l'avocat général cite ensuite un jugement du Tribunal de Rouen qui a condamné un médecin homœopathe de cette ville pour avoir distribué des globules, quoique les pharmaciens eussent refusé d'en préparer, sous le prétexte qu'il devait y entrer des substances qui n'étaient pas inscrites au Codex. Sans aller aussi loin, il faut exiger que le médecin ne distribue pas des médicaments lorsqu'il y a dans le lieu où il soigne ses malades des officines qui peuvent fournir ces médicaments ;

rence d'une fraise : elle est retenue par un pédicule assez volumineux

M. Chassaignac procède à son ablation ; après que le malade a été assoupi, au moyen du chloroforme, pour faciliter la manœuvre, il porte d'abord une ligature circulaire sur le pédicule et conduit des ciseaux courbes de manière à faire la section de celui-ci immédiatement au-dessous de la ligature qui vient d'être appliquée ; mais cette ligature elle-même, qui n'a servi de moyen que pour l'exécution et qui ne doit point rester en place, est enlevée. On la remplace par deux points de suture entrecoupée qui sont destinés, non plus à étreindre circulairement, mais à rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres de la plaie qu'a laissée l'ablation du polype.

L'état général, le lendemain, ne présente rien de particulier; mais il y a impossibilité complète d'uriner, par suite du spasme symptomatique du col de la vessie et de cette espèce de paralysie vésicale qui a été désignée avec raison sous le nom de perte du ressort de la tunique musculeuse de la vessie. En effet, M. Chassaignac, ayant sondé le malade, fait remarquer la lenteur avec laquelle s'écoule l'urine, bien que la présence de la sonde dans la vessie ait rendu tout à fait nulle l'action du col, considérée comme obstacle. L'urine s'écoule en bavant, quoiqu'elle soit renfermée en quantité considérable dans l'intérieur de la vessie.

Le 14, il y a plusieurs selles dans lesquelles on trouve une grande quantité de sang provenant des hémorrhoïdes. Le malade est pâle, affaibli ; la paralysie de la vessie persiste (pilules de ratanhia).

Le 15, les accidents ont cessé, sauf la paralysie.

Le 17, le malade urine seul : il est couvert d'une éruption d'urticaire.

Le 20, il sort de l'hôpital se trouvant parfaitement bien. L'incision faite pour l'ablation du polype paraît entièrement cicatrisée.

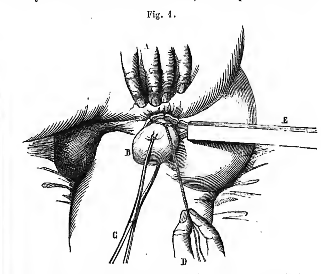
D'autres exemples d'ablation de polypes du rectum également faite avec succès ont été communiqués par nous à la Société de chirurgie en 1844 (séances des 9 oct. et 18 sept.). Ces observations ont été recueillies chez des enfants. L'une des plus intéressantes se rapportait à un polype véritablement érectile de l'intestin rectum.

Écrasement linéaire. — Pour les polypes du rectum aussi bien que pour toutes les tumeurs qu'on attaque par l'écrasement linéaire, il faut s'occuper avant tout de pédiculiser la tumeur au moyen d'une ligature simple.

Si le polype siége au-dessous du sphincter, rien n'est plus facile que cette manœuvre et l'on arrête par un nœud la ligature qui a été appliquée.

Le polype siége-t-il au-dessus du sphincter et à une profondeur plus ou moins considérable, il faut recourir à l'emploi du spéculum bivalve, saisir avec une pince à griffes la petite tumeur afin de lui donner de la fixité, conduire ensuite, au moyen du serre-nœud de Levret, un fil qui embrasse le

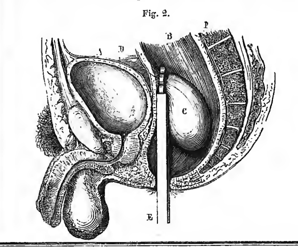
Fig. 1.



La planche 1 représente l'ablation d'un polype du rectum au moment où l'écraseur est appliqué sur son pédicule, et va en opérer la section.
La lettre B indique la tumeur.
C la pince de Museux ou érigne servant à saisir la tumeur.
D indique la ligature qui a été appliquée sur le pédicule de la tumeur préalablement au placement de la chaîne.
E indique l'écraseur en position et prêt à agir.

pédicule du polype, et ce n'est qu'après avoir obtenu la pédiculisation de celui-ci, qu'on introduit la chaîne de l'écra-

Fig. 2.



Certes, si dans un cas très pressant le médecin donne et administre lui-même un remède, globule ou autre, à un malade, et s'il agit ainsi dans un intérêt d'humanité, le ministère public ne le poursuivra pas ; mais il faut prendre garde que la spéculation ne s'abrite derrière l'humanité.

Suivant M. l'avocat général, la situation de M. Oriard est la même qu'en 1852. La Cour ne peut pas se déjuger, elle confirmera donc la décision des premiers juges.

Me Duverdy réplique.

La Cour a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant qu'on ne saurait assimiler la distribution de drogues et préparations médicales, imputée à Oriard, à la simple remise d'un médicament, faite par le médecin à son client, au nom et au profit du pharmacien préparateur ;

» Que fût-il vrai qu'Oriard s'est procuré les médicaments qui ont été saisis à sa résidence à Angers, dans une pharmacie de Paris, il est également vrai qu'il s'est approprié ces médicaments dans une quantité tellement considérable, qu'il n'a pu se les procurer pour des cas spéciaux, actuels; qu'il les a délivrés directement, en son nom personnel et moyennant un prix dont il devait profiter ;

» Considérant, en outre, que les dispositions de la loi du 21 germinal an XI sont générales, absolues, et s'appliquent sans distinction à toutes personnes qui y contreviennent; d'où il suit que la qualité de médecin homœopathe dont se prévaut Oriard, ne le soustrait pas à l'application de cette loi dont il a méconnu les prescriptions ;

» Confirme, néanmoins réduit l'emprisonnement à trois jours. »

Bien jugé. C'est avec ces interprétations sévères des lois existantes, sans mesures exceptionnelles, qu'on pourra, comme nous le disions dans un précédent article, concilier les intérêts de la santé publique avec l'indépendance de la profession médicale. Qu'on se mette à la piste des illégalités du genre de celles dont il s'agit ici, qu'on les dénonce, qu'on en sollicite la répression, et ce sera déjà un bon coup porté à ce qu'il y a de plus audacieux dans la pratique de l'homœopathie. L'arrêt, on l'a vu, ne va pas jusqu'à interdire la remise d'un médicament par le médecin à son client, *au nom et au profit du pharmacien préparateur*, mais seulement le

La fig. 2 représente une coupe du bassin ayant pour objet de faire comprendre l'ablation d'un polype encore tout entier contenu dans la cavité du rectum.
B indique la cavité du rectum ouverte sur la ligne médiate.
C indique la tumeur.
E indique l'écraseur.
D montre le lieu dans lequel la chaîne de l'écraseur contourne le pédicule du polype.
F indique la coupe des fausses vertèbres du sacrum.
A la moitié latérale droite d'une coupe médiane de la vessie.

seur en la glissant sur le serre-nœud jusqu'à la hauteur du fil simple préalablement placé.

L'observation suivante donnera une idée du procédé opératoire auquel nous avons recours en pareil cas et des heureux résultats qu'on obtient par cette méthode.

Obs. II. — Baillant Antoine, soixante-huit ans, brasseur, rue de la Tonnellerie, 17, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 30 août 1853. Ce vieillard présente au pourtour de l'anus une tumeur du volume et de la forme d'un gland dont le prépuce serait ramené à la base. Cette tumeur a la consistance d'une excroissance charnue et a un pédicule très court. Sa surface paraît tapissée par la muqueuse du rectum qui s'est cutisée. Son aspect est blanchâtre.

Le malade est atteint de cette affection depuis environ trente ans. Nous avons d'abord pensé qu'il s'agissait d'une tumeur hémorrhoïdale, puis nous nous sommes arrêté à l'idée d'un polype. L'examen microscopique, qui a été fait par M. Ch. Robin, a démontré que nous avions affaire à une tumeur de nature fibro-plastique qui se serait développée à la surface d'une tumeur érectile veineuse.

La présence de cette tumeur à l'ouverture rectale qu'elle obture complétement, gêne considérablement la marche, la station assise et l'acte de la défécation. Pourtant elle n'a jamais donné lieu à aucune hémorrhagie. L'exploration de la partie affectée est singulièrement redoutée par le malade auquel le simple toucher de la tumeur fait éprouver des douleurs très vives.

Le sujet ayant été endormi au chloroforme, on introduit le doigt dans l'anus et on le ramène en crochet de manière à porter avec la pulpe digitale la tumeur au dehors. Un aide, muni d'une ligature très forte sans être volumineuse, embrasse dans la même anse le doigt du chirurgien et le collet de la tumeur. Il commence la constriction avant que l'opérateur ait retiré le doigt, seulement il serre modérément la ligature et la fait glisser peu à peu jusqu'à ce qu'elle arrive sur l'ongle du chirurgien, puis au moment où celui-ci dégage son doigt, l'aide serre tout à coup très fortement et étrangle de cette manière le pédicule du polype.

On embrasse alors facilement le collet de la tumeur avec l'anneau de la chaîne métallique et à l'aide d'une constriction lente et progressive on sépare la tumeur.

Le succès fut complet, il ne s'écoula pas une goutte de sang. La plaie fut saupoudrée de poudre d'amidon.

5 septembre. Pas de douleurs, pas d'hémorrhagie, pas d'inflammation. La défécation ne fait éprouver aucune souffrance au malade.

Le 8, la plaie est presque cicatrisée.

Le 11, cicatrisation complète. Le malade sort guéri.

Conclusions. — 1° Une distinction importante au point de vue du traitement chirurgical des polypes du rectum est celle qui consiste à séparer ceux qui naissent au-dessous du sphincter anal de ceux qui naissent au-dessus.

2° Les différences qui ont été signalées dans la texture anatomique des polypes du rectum rendent compte de leur tendance variable aux hémorrhagies. Les uns sont fermes, consistants, formés par un tissu dense et fibreux ; les autres, mous, fongueux, parfois variqueux, dans certains cas même, composés d'un véritable tissu érectile.

3° Les accidents habituels auxquels donnent lieu les polypes du rectum sont les suivants : état de gêne permanent, douleurs vives, hémorrhagies et chez certains sujets un suintement puriforme.

4° Les difficultés auxquelles donne lieu la mobilité des polypes du rectum, tant sous le rapport de leur exploration que sous celui des manœuvres opératoires qu'ils nécessitent, peuvent être résolues par l'injection préalable d'un liquide, l'introduction dans l'anus du doigt recourbé en crochet, et enfin, l'emploi d'un pessaire Gariel.

5° La cautérisation employée comme méthode de traitement des polypes du rectum est aujourd'hui complétement abandonnée, à cause des difficultés de son application et des dangers qu'elle entraîne.

6° La ligature appliquée au traitement des polypes du rectum doit être rejetée, comme ayant donné lieu plusieurs fois à des accidents graves et comme ayant causé la mort dans certains cas.

7° La méthode de l'excision, appliquée au traitement des polypes du rectum, expose au double danger de l'hémorrhagie et de la blessure de certains organes importants de la cavité pelvienne.

8° Pour appliquer l'écrasement linéaire au traitement des polypes du rectum, il faut, avant tout, pédiculiser la tumeur et, dans le cas où le polype est profondément situé, recourir à l'emploi du spéculum bivalve et fixer la tumeur avec une pince à griffes.

9° Ce n'est qu'après avoir obtenu la pédiculisation du polype par les moyens sus-indiqués, qu'on peut introduire la chaîne de l'écraseur en la glissant sur le serre-nœud jusqu'à la hauteur du fil préalablement placé.

---

colportage clandestin de ces prétendues drogues qui se dérobent au contrôle public comme le malfaiteur à l'œil du sergent de ville.

On aura remarqué la superbe outre-cuidance du prévenu : *Les pharmaciens d'Angers ne sont pas de force à préparer les remèdes homœopathiques.* Voyez-vous cela ! Et cette sentence vient d'un auteur qui fonde ses plus belles espérances de gloire sur un opuscule qui a pour titre : La médecine mise a la portée de tout le monde, ou le moyen de se guérir sans médecin. Nous croyons, quant à nous, que les clients de M. Oriard guérissent sans médecin, même ceux qu'il va voir à Angers ; mais si sa pharmacopée est *à la portée de tout le monde*, quelle chicane cherche-t-il donc aux pharmaciens ?

A. Dechambre.

— On lit dans *la Normandie* (*Moniteur* de Rouen), à la date du 13 septembre 1856 :

« Depuis plusieurs semaines, les habitants du faubourg Saint-Sever voyaient passer de longues files de promeneuses, qui, conduites par les sœurs Saint-Yon, ne pouvaient laisser de doute sur leur identité. C'étaient en effet des malades de l'asile des aliénées, qui, profitant de l'autorisation accordée par M. le préfet, se dirigeaient vers les campagnes environnantes. L'ordre, la tranquillité et la parfaite tenue d'un aussi grand nombre de femmes insensées réunies, étaient de nature à impressionner vivement les passants, qui, on doit leur rendre cette justice, n'ont inquiété ces promenades ni par des propos blessants, ni même par une curiosité indiscrète.

» Jeudi dernier, une troupe de près de deux cents aliénées a dirigé sa promenade vers Saint-Étienne, et, après avoir traversé dans le plus grand ordre cette commune, s'est rendue à l'église paroissiale pour y chanter des cantiques. En sortant de l'église, M. Rondeaux, membre de la commission de surveillance de l'asile, a offert aux promeneuses une hospitalité des plus bienveillantes dans son parc, dont elles ont fait le tour. Après s'y être promenées, reposées et même réconfortées, à ce qu'on nous assure, les malades de Saint-Yon ont repris leur course dans le même ordre où elles étaient venues, et sont rentrées à l'asile en traversant Sotteville. »

III.

REVUE CLINIQUE.

Engorgement des glandes sublinguales et sous-maxillaires ; grenouillette ; guérison par une médication mixte. — Cas de peau bronzée, sans lésion des capsules surrénales.

La grenouillette est-elle un kyste, ou bien dépend-elle de l'oblitération et de la dilatation des canaux de Wharton et de Rivinus ? La discussion intéressante soulevée à ce sujet dans la Société de médecine du département de la Seine n'a pas tranché la question, et les deux opinions trouvent des défenseurs parmi les chirurgiens les plus distingués (voir Gazette hebdomadaire, 1856, n° 7, p. 110); ce qui prouve, à mon avis, que l'une et l'autre forme morbide existent, et qu'il est préférable de ne pas trancher la question d'une manière absolue dans un sens ou dans l'autre. L'analogie nous permet d'admettre l'oblitération des conduits salivaires. Puisque le canal nasal, les uretères, l'urèthre, les conduits biliaires et pancréatiques peuvent être obstrués et rétrécis, pourquoi en serait-il autrement du canal de Wharton? On objecte que le canal de Sténon est rarement atteint ; c'est vrai; mais si l'on considère sa forme, sa grosseur et sa position, on trouvera la cause de son immunité. La fréquence de la grenouillette milite en faveur de la dilatation ; car on ne peut pas admettre une si grande prédisposition à la formation des kystes, tandis qu'il suffit d'une cause minime pour amener une oblitération d'un canal. Le cas que je rapporte ci-après semble confirmer mes vues sur la grenouillette.

Le 14 février 1854, un jeune Turc employé à la douane des tabacs de Constantinople vint réclamer mes soins pour une tumeur qu'il portait sous la langue. Cette tumeur molle, fluctuante, avait acquis un développement tel qu'elle refoulait la langue vers la voûte palatine et s'opposait à ses mouvements ; il y avait imminence de suffocation ; cette tumeur occupait tout le côté droit ; la muqueuse était rouge violet ; je n'hésitai pas à pratiquer une ponction avec un bistouri à lame convexe, j'élargis l'ouverture le plus qu'il me fut possible, et aussitôt il s'écoula une quantité très considérable d'un liquide visqueux, filant, albumineux ; la poche vidée, j'excisai, au moyen des ciseaux courbes, les bords de la plaie ; je cautérisai le fond de la cavité et j'y introduisis une mèche de charpie ; le lendemain, écoulement moins considérable de la même matière ; nouvelle cautérisation ; je ne puis plus introduire de charpie, car elle ne reste pas en place. Le 16 février, la plaie était cicatrisée et la tumeur guérie. Depuis j'ai revu cet homme très souvent ; il se portait toujours bien ; mais au mois de décembre dernier, une tumeur, d'abord du volume d'une noisette, se développe sous l'os maxillaire droit ; elle acquiert bientôt un volume égal à celui d'un œuf de pigeon, et, croissant sans cesse, envahit tout le côté droit du menton jusqu'au lobe inférieur de l'oreille. Fluctuante, indolore, lisse et molle, elle n'incommode pas le sujet ; aussi ce n'est que lorsqu'elle le défigure par trop qu'il se décide à réclamer les secours de l'art. Un de mes confrères pratique une ponction avec le trocart sur la peau amincie : la même humeur visqueuse s'écoule, c'est de l'albumine pure ; il se borne à une seule ponction et la matière se reforme immédiatement ; un barbier ami d'Achmed lui répète jusqu'à dix fois cette opération. Le 2 juillet de cette année je le revois : l'examen de la bouche n'offre rien de particulier ; la grenouillette n'a pas reparu ; le malade dit seulement qu'en pressant fortement la tumeur, extérieure à son début, elle se vidait quelquefois dans la bouche par une ouverture imperceptible qui existait sous la langue, mais que depuis plusieurs mois il n'était plus parvenu à lui donner issue, et c'est depuis ce moment qu'elle avait pris une croissance si grande. Je pratiquai une incision longue de 2 centimètres environ sur la peau dans la partie la plus déclive, et, après avoir vidé et lavé la poche avec de l'eau froide, je fis une injection de teinture d'iode pure ; je laissai la teinture durant trois minutes dans la cavité, et, après y avoir introduit une grosse mèche, j'appliquai un pansement régulier. Il n'y eut pas la moindre réaction ; le malade éprouva un picotement et un peu de cuisson pendant une demi-heure; après quoi il ne sentit plus rien.

Le lendemain je vidai la tumeur et répétai la même injection. Au bout de quinze jours de ce traitement, la matière qui s'écoulait constituait un vrai pus. Je pus observer par le toucher la glande sous-maxillaire : elle était engorgée, lobulée, granuleuse, dure. La plaie se cicatrisa. Pendant le traitement, une tumeur semblable se développait du côté gauche et croissait rapidement ; en même temps que la plaie extérieure se fermait, la grenouillette se reformait, mais cette fois également à droite et à gauche du frein de la langue ; les tumeurs sous-cutanées des deux côtés augmentaient aussi rapidement de volume. Le 12 août je pratiquai une double incision sous la langue, j'enlevai un large lambeau de peau, et, après l'évacuation et le lavage réitéré de la poche, j'introduisis une mèche de charpie. Les tumeurs ont disparu; mais le relâchement des tissus si distendus étant l'obstacle à l'adhésion des deux faces, j'ai posé un bandage contentif qui maintient les parties et accélère la rétraction ; la salive humecte la bouche d'une manière normale, et le malade est en voie de guérison ; je l'ai soumis à un traitement dépuratif et réparateur (iodure de potassium et fer) ; la face a recouvré son aspect naturel primitif; les mouvements de la mâchoire et de la langue ne sont plus gênés, et j'ose espérer que la guérison est complète.

Dr Hubsch (de Constantinople).

— Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, j'ai résumé quelques faits montrant que la lésion des capsules surrénales peut exister sans peau bronzée, et *vice versa*, qu'il existe quelques cas de peau bronzée sans lésion de ces organes. Je publie ici le fait qui m'est propre parmi ceux qui appartiennent à cette dernière catégorie.

Obs. — Originaire de l'Aude, Émilie Barra est de stature moyenne et de constitution délabrée ; âgée de vingt-huit ans, elle est brune, et est venue à plusieurs reprises dans les salles pour divers accidents syphilitiques ; elle a eu trois enfants, et est affectée d'une fistule recto-vaginale qui remonte à son dernier accouchement. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Toulon le 5 juillet 1855, elle succombe assez rapidement à des accidents cérébraux qui viennent compliquer le cours d'une phthisie pulmonaire. Assisté de l'interne de garde, je pratiquai, dans les vingt-quatre heures, l'ouverture du cadavre.

Habitude extérieure. — Sans être trop prononcée, la maigreur est notable, aux membres surtout ; la face est terreuse, tandis que la peau du ventre et de la poitrine présente de larges taches brunes très rapprochées l'une de l'autre. Elles ne rappellent par leur coloration ni les taches cuivrées de la syphilis, ni celles du tatouage familier aux filles qui vivent avec les matelots; elles ne sont comparables qu'au brun des cartilages desséchés, ou, pour me servir d'une

image plus précise, à celui de l'auréole des seins chez les femmes grosses de plusieurs mois. Moins foncées au niveau des vergetures, elles se rembrunissent au pourtour de l'ombilic ; du mont de Vénus, elles arrivent à l'appendice xiphoïde pour s'étendre sur les côtés en dehors des mamelles, qui sont flétries. Le lavage à l'eau ne les efface ni ne les diminue; il ne sert qu'à les mieux faire ressortir par l'effet du contraste. La peau qui en est affectée est fine et luisante, et ne présente ni saillie ni desquamation.

La vulve, d'un rouge érythémateux, exhale une odeur *sui generis;* après l'avoir nettoyée pour examiner la fistule recto-vaginale, on note une coloration noire de la muqueuse des petites lèvres, coloration que depuis j'ai observée 10 fois sur à peu près 400 femmes soumises à la visite.

Crâne. — L'incision de la dure-mère laisse écouler de la sérosité; les substances cérébrale et cérébelleuse sont piquetées de rouge, et la moelle allongée paraît légèrement ramollie. Un peu de liquide séro-sanguinolent occupe les ventricules latéraux.

Poitrine. — Un peu de sérosité dans les plèvres.

Le tube trachéal est sain, mais deux ou trois ganglions bronchiques sont assez fortement engorgés. Au sommet du poumon gauche se trouve une caverne, et, aux alentours, des tubercules disséminés, les uns mous, les autres crus. A part la caverne, le poumon droit présente les mêmes altérations.

Le péricarde renferme deux cuillerées de liquide.

Du poids de 200 grammes, le cœur est recouvert de graisse; son tissu est mollasse, son aspect flétri et ses parois ventriculaires à peu près également épaisses des deux côtés, puisque à droite elles mesurent 8 et à gauche 9 millimètres. Le ventricule droit est parcouru par un caillot d'un beau jaune qui se prolonge dans l'artère pulmonaire. L'auricule du même côté est tapissée par un caillot identique, et l'oreillette ainsi que les troncs veineux renferment, avec du sang noir, quelques caillots noirâtres. A gauche, le ventricule est vide, mais l'oreillette contient, elle aussi, un caillot noirâtre.

Abdomen. — A part six ulcérations tuberculeuses de la muqueuse de l'iléon, le tube digestif est sain ; les ganglions mésentériques ne sont point engorgés.

Une anomalie signale à elle seule l'appareil génito-urinaire : un uretère surnuméraire dessert la partie inférieure du rein gauche; mais il n'arrive pas jusqu'à la vessie, et se réunit à l'uretère principal au niveau de la cinquième lombaire.

La rate est petite, mais très facile à déchirer.

Le pancréas et les capsules surrénales (1) sont sains.

Le foie, hypertrophié, est couleur jaune citron ; son tissu est normal, mais sa surface a contracté des adhérences avec le péritoine. Sa vésicule loge six calculs à facettes; cinq réunis ne pèsent que 2 grammes, tandis que le plus gros les pèse à lui seul. Ces calculs, brunâtres et friables, ont pour noyau central une matière noire, d'apparence charbonneuse; autour de ce noyau est groupée une matière colorante jaune, tachetée de blanc par la cholestérine.

La multiplicité des lésions observées ne nous fit attacher qu'une médiocre importance à la coloration de la peau; et si elle fut notée, ce fut à cause de sa rareté, et en souvenir d'une observation publiée vers 1818 par M. Rostan «sur une femme devenue noire en une nuit.» J'avais à peu près oublié ce fait bizarre, lorsque la lecture des journaux, en me le rappelant, m'amena à consulter les notes qu'on vient de lire. Je ne me dissimule point tout ce qu'elles ont d'incomplet, tout ce qu'elles offrent de *desiderata;* mais, telles qu'elles, elles m'ont paru être la constatation sur le cadavre de ce qu'on est convenu d'appeler *peau bronzée.* On arguera sans doute que cette coloration n'existait ni à la face, ni au cou, ni sur les membres; mais est-on en état, dans l'état actuel, de préciser toutes les particularités de cette curieuse altération du pigmentum? Est-on en état de tracer les lois de son développement, de ses phases successives? Je ne le crois pas, et laisse au temps et aux faits le soin de répondre. Pour le moment, et jusqu'à preuve du contraire, je pense qu'il s'est agi d'un cas de peau bronzée auquel ferait défaut la lésion des capsules surrénales. Du reste, ce fait n'est pas le seul, et tout récemment la GAZETTE HEBDOMADAIRE a publié une observation de M. Peacock, dans laquelle cette lésion aurait encore manqué.

Ne sont-ce là que des exceptions? Je ne sais. J'ai publié ce fait, non pour faire acte d'opposition, mais uniquement pour appeler de plus en plus l'attention sur une affection bien capable de piquer la curiosité des observateurs.

A. PUECH,
Chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

(1) Une circonstance nous les fit étudier avec soin : la veille nous avions noté, sur un cadavre, la persistance de la capsule en l'absence du rein correspondant. Depuis nous avons observé deux cas analogues. (Voy. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, octobre 1855, et *Étude sur un monstre double*, Montpellier, chez Savy, p. 25.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. le *secrétaire perpétuel* fait remarquer que dans cette séance, ainsi que dans celle du 25 août, le fauteuil était occupé par le vice-président, M. *Despretz*, en l'absence du président, M. *Geoffroy Saint-Hilaire*, dont le nom, par suite d'une erreur typographique, figure au titre du *Compte-rendu* de ces deux séances au lieu de celui de M. *Despretz*.

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme*, par M. *R. Remak.* — En poursuivant, depuis le mois de décembre 1855, ses expériences sur les contractions toniques des muscles produites chez l'homme au moyen des courants galvaniques constants, l'auteur est arrivé à mettre hors de doute que les contractions toniques ou continues qui surviennent dans un membre pendant le passage d'un courant constant par un tronc nerveux, soit dans les muscles antagonistes, soit dans les muscles animés par ce même nerf, sont de nature réflexe, et peuvent par conséquent être produites aussi par l'excitation galvanique de certains nerfs cutanés. Ainsi l'excitation continue des fibres nerveuses sensibles peut se transmettre jusqu'aux centres nerveux, et causer des contractions continues des muscles qui sont en rapport avec les parties centrales excitées.

A la même époque, une autre série de recherches anatomiques et physiologiques ont conduit M. *Remak* à essayer sur l'homme l'effet des courants électriques pour faire cesser des contractures. Appliqué de plus en plus heureusement à la guérison, d'abord d'une hémiplégie de deux ans, puis d'un grand nombre de contractures rhumatiques, arthritiques et paralytiques, de celles qui se combinent avec l'hémiplégie cérébrale, le courant galvanique constant a plusieurs fois produit un effet salutaire sur la paralysie de la face ou de la langue, même sur la faiblesse intellectuelle, et cela bien qu'il n'eût été conduit que par les extrémités. Aussi l'auteur a-t-il été amené à supposer que la cessation des contractures n'est pas un fait simplement périphérique, mais qu'elle est causée par une excitation des centres nerveux. Il a donc essayé, par le moyen du courant galvanique constant, la guérison de la chorée partielle et générale, puis des paraplégies, notamment de cette paralysie de la moelle épinière causée par atrophie, et qu'on con-

naît en Allemagne sous le nom de *tabes dorsalis*. Les succès étonnants obtenus ainsi par M. Remak dans le traitement de ces maladies, ainsi que de la paralysie de la vessie et du rectum, le portent à croire que le courant constant peut non-seulement exciter les centres nerveux, mais encore régler et rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. Même certains faits permettent de supposer que les fibres nerveuses, et par conséquent les cellules ganglieuses, pourraient, sous l'influence du courant constant, revenir à leur volume normal.

M. Remak est convaincu que l'on pourrait appliquer le courant galvanique à la guérison ou amélioration des déviations scoliotiques et du rétrécissement de la cavité pectorale, qui surviennent si souvent dans la jeunesse par contracture et par faiblesse des muscles respiratoires. Il s'agit, comme on le voit, d'un problème important, c'est-à-dire d'agrandir la surface respiratoire, et de prévenir, si c'est possible, les destructions pulmonaires en tant qu'elles sont occasionnées ou facilitées par un rétrécissement de la cavité pectorale. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

M. *Milne Edwards* dépose sur le bureau de l'Académie une lettre de M. le docteur *Knox* au sujet de ses travaux sur l'adaptation focale de l'œil. (*Comm.:* MM. de Quatrefages, Cl. Bernard.)

Tératologie. — *Note sur le développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme*, par *M. J.-A. Stoltz*. L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

« 1° Il existe un vice de conformation de l'utérus qui consiste dans le développement incomplet d'une des moitiés de son corps, et par suite duquel cette moitié défectueuse ne se trouve plus en rapport de continuité avec la moitié complète que par un cordon charnu, aplati.

» 2° On reconnaît facilement ce vice de conformation aux caractères suivants : *a*, la moitié ou corne incomplète est plus ou moins éloignée de la moitié complète, et comme isolée dans la duplicature du péritoine appelée ligament large ; *b*, elle consiste en un corps ovoïde, charnu, creux ; *c*, elle a des annexes, tantôt normalement, tantôt vicieusement conformées ou imparfaitement développées ; *d*, elle est en rapport avec la corne complète au moyen d'un cordon fibreux plus ou moins épais et long.

» 3° La corne complète présente une configuration particulière, dépendante de son isolement ; *a*, elle est ordinairement allongée, recourbée vers le côté auquel elle appartient, convexe du côté qui est dirigé vers la moitié incomplète ; *b*, son fond, au lieu d'être large, est plus ou moins acuminé ; *c*, c'est de cette espèce de sommet représentant l'angle que se détachent la trompe, le ligament de l'ovaire et le ligament rond, dont les insertions sont très rapprochées.

» 4° Un col souvent volumineux termine inférieurement la corne complète. Celui de la corne incomplète est représenté par le cordon qui la rattache à la première. La cavité du col n'est en rapport direct qu'avec la corne parfaite ; la corne vicieuse s'y ouvre quand son cordon est canaliculé.

» 5° La conception et la grossesse sont possibles dans la corne incomplétement développée. Cette possibilité est subordonnée à l'existence d'un canal de communication entre la cavité de la corne incomplète et celle du col.

» 6° L'œuf fécondé ne peut cependant jamais arriver à maturité, parce que la poche dans laquelle il est renfermé n'a pas les éléments d'un accroissement suffisant. Elle se rompt du troisième au cinquième mois ; sa rupture est généralement mortelle.

» 7° Jusqu'à ce jour la grossesse dans la corne utérine incomplète a presque toujours été confondue avec la grossesse extra-utérine tubaire.

» 8° C'est le plus souvent à gauche qu'existe le vice de conformation organique en question.

» 9° Le développement incomplet de l'une des cornes utérines est quelquefois le seul vice de conformation que l'on rencontre sur le cadavre ; le plus souvent cependant on en découvre d'autres qui indiquent que ces anomalies se sont formées sous l'influence d'une cause commune.

» 10° Un défaut organique qui semble lié au développement incomplet d'une des cornes utérines, c'est l'absence du rein du même côté. La capsule surrénale existe toujours. L'absence d'un rein implique celle de l'uretère et entraîne un développement unilatéral de la vessie. » (Commissaires, MM. Serres, Velpeau, Coste.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'extrait d'un décret impérial en date du 8 septembre courant, autorisant l'Académie à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 francs, fait par M. le baron *Barbier* pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. Si l'Académie ne pouvait décerner le prix, les sommes restées sans emploi s'ajouteraient à la valeur du prix à décerner l'année suivante.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics communique : *a*. Un rapport de M. le docteur *Gaudet* sur le service médical des bains de mer de Dieppe, pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Nord, du Var et des Côtes-du-Nord. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Delfraysse* sur un moyen prophylactique de la péripneumonie épizootique du gros bétail. (*Commissaires :* MM. Renault et Leblanc.) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Barbaste* (de Roman), qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie. — *c*. Une lettre de M. *Gaudin*, qui informe l'Académie qu'il a réuni plusieurs séries d'animaux afin de constater le pouvoir nutritif de son *lait artificiel* ou *lait-bouillon*. (*Commission nommée*, M. Boudet, *rapporteur.*) — *d*. Un mémoire de M. *Guillaume Delenda*, intitulé : « Recherches théologiques et médicales sur les scrupules, ou alliance de la théologie et de la médecine. » (*Commissaire :* M. Guéneau de Mussy.)

Lectures et rapports.

Pathologie. — M. le docteur *Tholozan* donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 et de 1855*. (*Comm. :* MM. Grisolle, Barth et Michel Lévy.) — Nous publierons une analyse de ce travail dans le prochain numéro.

Physiologie expérimentale. — M. *Chauveau*, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon, lit un travail *sur la formation du sucre dans l'économie animale*.

Se forme-t-il du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande ? Telle est la question qui sert de titre à ce mémoire et que l'auteur s'est efforcé de résoudre par une série d'expériences nouvelles.

Après avoir rappelé la doctrine de M. Claude Bernard et l'opinion contradictoire de MM. Figuier et Colin, M. Chauveau se demande de quel côté est la vérité. Il espère trouver dans l'ensemble des faits qu'il a recueillis la solution définitive du procès.

Et d'abord, dit l'auteur, on trouve du sucre dans le sang de la veine porte, alors qu'il n'en devrait point exister, d'après M. Bernard.

L'éminent physiologiste a signalé, pendant la digestion, une période d'hypersécrétion glycosique, à la suite de laquelle la matière sucrée, trop abondante pour être détruite dans le poumon, se répand dans toute l'économie et arrive ainsi dans le sang de la veine porte comme dans celui des autres veines. N'était-ce pas pendant cette période que le tronc des vaisseaux sous-hépatiques avait été ouvert dans les expériences de M. Chauveau ? Ce physiologiste le crut d'abord : mais d'autres recherches le convainquirent bientôt qu'il en était toujours de même, quel que fût le moment choisi pour recueillir le sang des animaux mis en expérience, soit une demi-heure, soit sept ou huit heures après le repas, et que le

repas eût été pris après douze heures, comme après vingt-quatre heures de diète absolue.

Alors M. Chauveau fut conduit à se demander s'il est bien vrai, comme l'avance M. Bernard, que le sang de la circulation générale ne contienne jamais de sucre environ douze heures après le dernier repas. Il a pu constater, dans une première série de recherches, qu'au sixième jour de l'inanition, on rencontre du sucre dans le sang de la circulation générale et dans la lymphe, sur tous les points de l'économie.

Plus tard, ayant poursuivi ses investigations pour la période totale de l'inanition, l'auteur a obtenu les résultats suivants : Chez les animaux privés absolument d'aliments, recevant de l'eau pure pour toute boisson, le sucre existe dans les fluides nourriciers tant que la température du corps ne baisse pas sensiblement, et il existe en quantité à peu près égale depuis le premier jusqu'au dernier jour de l'expérience. Aussitôt que survient le refroidissement signalé par M. Chossat aux approches de la mort, le sucre disparaît du sang comme de la lymphe. Si les animaux meurent sans se refroidir, ce qui arrive parfois accidentellement, dans les espèces de grande taille, la glycose se retrouve encore dans ces deux fluides.

Cette relation remarquable entre la présence du sucre dans les humeurs nutritives et la température des animaux ne manque jamais et est entièrement indépendante du temps que l'animal met à mourir.

Procédés d'analyse. — Quand M. Chauveau opère sur la lymphe, il se borne à la faire bouillir avec un peu de sulfate de soude; il filtre, il exprime et essaie avec les réactifs.

Pour rendre le sang incolore et limpide, il a recours au procédé préconisé par M. Bernard, le traitement à chaud avec le noir animal.

Dans ses analyses, l'auteur n'emploie qu'une faible partie du réactif cupro-potassique, de 3 à 5 centimètres cubes suivant l'état de concentration de cette liqueur. Souvent, en effet, il s'est convaincu qu'un liquide notablement sucré peut ne donner aucun précipité si on l'essaie avec une quantité trop considérable de réactif. C'est ainsi que M. Bernard a pu trouver la glycose dans les veines sus-hépatiques, où il y en a beaucoup, et nier ailleurs l'existence de cet élément.

S'il est donc vrai, comme M. Chauveau s'en est assuré par de nombreuses expériences, que le sang et la lymphe soient partout sucrés chez les animaux soumis à l'inanition, M. Colin et M. Figuier reconnaîtront facilement que la présence de la glycose dans la veine porte et les chylifères, pendant la digestion d'un repas de viande, ne prouve pas que ce sucre a été fabriqué à l'intérieur du tube intestinal; ou bien il faudrait démontrer que le sang des vaisseaux efférents du canal digestif, après le repas, est chargé d'une proportion de sucre plus considérable que celui des autres vaisseaux veineux ou lymphatiques : or, suivant l'auteur, on n'arrivera pas à cette démonstration.

Les faits énoncés par M. Chauveau n'infirment nullement, au contraire, la théorie de l'élaboration de la glycose par le foie, puisque M. Bernard a victorieusement prouvé que le sang contenu dans les vaisseaux efférents de la glande renferme de plus grandes proportions de sucre que le sang des vaisseaux afférents.

On a attribué cette différence en plus à la nature du procédé de M. Bernard pour recueillir le sang sus-hépatique, et on l'a expliquée par la stagnation forcée de ce fluide dans le tissu très sucré du foie, avant son évacuation. Aussi M. Chauveau a-t-il cherché à mettre à néant cette fin de non-recevoir en instituant un procédé qui permît d'extraire le sang des vaisseaux efférents du foie dans les conditions de la circulation normale. Pour cela, l'auteur pratique le cathétérisme des vaisseaux sus-hépatiques par la jugulaire. Impossible chez le chien, cette opération est simple et facile sur les solipèdes et les ruminants.

Le sang qu'elle permet d'extraire des vaisseaux efférents du foie, ne subissant aucune stagnation dans cette glande, ne peut s'y imprégner anormalement du sucre qu'elle contient dans sa trame parenchymateuse ; et celui qu'il renferme représente bien réellement la glycose du sang sus-hépatique dans l'état physiologique. Or l'analyse démontre que ce fluide est toujours beaucoup plus sucré que le sang recueilli sur les autres points de l'appareil circulatoire, moins cependant que ne l'a cru M. Bernard. Le sucre qu'on y trouve en excédant a donc été fabriqué de toutes pièces dans le foie.

Si du sucre se produit incessamment dans l'économie, il doit s'en détruire de même une quantité équivalente. Quel est le lieu où s'opère cette destruction ? M. Chauveau, ayant constamment trouvé le sang du cœur gauche à peu près aussi sucré que celui du cœur droit, estime que le sucre ne se détruit pas en quantité appréciable dans le poumon : mais la glycose des artères étant un peu plus abondante que celle des veines, l'auteur admet que le sang se dépouille ainsi, en traversant le réseau capillaire, d'une certaine proportion de sucre, dont une partie passe dans les lymphatiques, pendant que l'autre disparaît définitivement de l'appareil circulatoire, en produisant un *déficit* comblé par la sécrétion glycogénique du foie.

Comme conclusion générale de ce travail et pour répondre à la question qui en fait le titre, M. Chauveau croit pouvoir affirmer que *le foie fabrique du sucre, et qu'il ne s'en développe point dans l'intestin.* (*Comm.* : MM. Bouley, Bussy, Bérard.)

Chimie appliquée. — M. le docteur *Henry* fils, chef-adjoint des travaux chimiques de l'Académie, donne lecture, en son nom et au nom de M. le docteur *Em. Humbert*, d'une note intitulée : *Nouveau procédé pour reconnaître le brome et l'iode.*

Si l'on mélange un produit ioduré ou bromuré avec du cyanure de mercure ou d'argent, du peroxyde de manganèse et du sable, et qu'on ajoute une petite quantité d'acide sulfurique pur, puis qu'on traite par la chaleur, des vapeurs blanches d'iodure ou de bromure de cyanogène se déposent sur les parois du tube en aiguilles soyeuses ou en poudre blanche souvent aiguillée aussi. On contrôle la nature du produit en le traitant par la solution d'amidon ou l'éther sulfurique, suivant que l'on a affaire à un composé d'iode ou à un composé de brome.

Tel est le principe sur lequel est basé le nouveau procédé. Pour rendre plus volatils le brome et l'iode, on les combine au chlore, de manière à les transformer en chlorures d'iode (I Cl et $I Cl^3$) et de brome (Br Cl et $Br Cl^3$), corps très volatils que l'on obtient facilement par l'action du chlore naissant sur les iodures et les bromures.

Le procédé auquel MM. Henry et Humbert donnent la préférence, lorsque les quantités de bromure et d'iodure à déceler sont notables, est le suivant :

On introduit les résidus dans un petit ballon avec du peroxyde de manganèse et une petite quantité d'acide chlorhydrique. Un tube de dégagement amène les vapeurs chlorées (chlorures de brome et d'iode), préalablement desséchées sur du chlorure de calcium, dans une petite cornue contenant un mélange bien sec de sable et de cyanure de mercure. Le tube doit arriver à la surface de ce mélange. Lorsque le ballon ne dégage plus de vapeurs, on interrompt la communication avec la cornue, on bouche cette dernière et on la chauffe légèrement avec une lampe à alcool.

Les aiguilles cristallines d'iodure et de bromure de cyanogène viennent se condenser dans un long tube effilé convenablement refroidi et communiquant avec le col de la cornue.

Quand on n'opère que sur des proportions très faibles de matière, il faut, pour éviter les pertes, faire dans un tube fermé à la lampe un mélange général, chauffer légèrement ce tube et recevoir dans une petite éprouvette refroidie les produits volatils dégagés.

MM. Henry et Humbert ont pu, à l'aide de ces procédés, trouver l'iode et le brome dans différentes eaux minérales ; ils ont aussi constaté la présence de l'iode dans l'urine de malades soumis à des traitements variés par les iodures de mercure et de potassium.

« En résumé, disent en terminant les auteurs, nous pensons que ce nouveau moyen de recherche peut être utile à plus d'un titre :

» 1° En permettant de reconnaître le brome et l'iode dans tous

les produits où ils existent, là même où d'autres méthodes n'auraient donné que des résultats incertains.

» 2° Grâce à lui on obtient toujours ces deux métalloïdes à l'état de composés très purs et dont il est facile de reconnaître la nature. Il n'est pas à craindre que la présence de composés organiques déjà colorés vienne masquer les réactions.

» 3° Nous croyons enfin que dans certains cas on pourra nonseulement reconnaître l'iode et le brome, mais encore les doser si l'on a pris soin de peser avant et après l'opération les tubes où se sont condensés les produits. » (*Comm :* MM. Würtz, Guérard, Chevallier.)

La séance est levée à quatre heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 3 OCTOBRE 1856.

1° Rapport de M. *Guibout* sur un mémoire de M. le docteur Lemenant des Chenais sur le traitement de la fièvre typhoïde.

2° Communication de M. *Boinet* sur la contagion de la syphilis chez les enfants à la mamelle.

Congrès scientifique de France.

SESSION DE ROCHEFORT.

Nous extrayons du compte rendu de cette session donné par *les Tablettes des Deux-Charentes*, la partie qui concerne la section des sciences médicales.

PRÉSIDENCE DE M. BERTINI (DE TURIN).

CONSTITUTION MÉDICALE DE ROCHEFORT. — « La constitution médicale » de Rochefort et des arrondissements voisins s'est-elle modifiée depuis » vingt-cinq ans, et sous l'influence de quelles mesures hygiéniques est » survenu ce changement? » Tel est le sujet traité par M. *Maher*, directeur du service de santé de la marine.

M. Maher a demandé à la statistique la solution de ce problème ; il a fait remarquer les erreurs que comporte la méthode numérique officielle, en présence des deux éléments différents de la population, qui doit se décomposer en fixe et flottante ; celle-ci, essentiellement variable suivant les exigences du service, est de beaucoup supérieure au chiffre admis par les recensements municipaux, et comme elle est improductive pour les naissances, tandis qu'elle fournit son contingent à la table de mortalité, tous les calculs de l'état civil doivent être refaits.

En tenant un compte rigoureux de cette donnée, M. Maher a démontré d'une façon éclatante :

1° Que la population s'est régulièrement accrue à Rochefort depuis 1830;

2° Que les naissances excèdent les décès, et qu'ainsi c'est bien à la population fixe qu'il faut rapporter cet accroissement ;

3° Que la mortalité est, à Rochefort, à peine de 2 1/2 %;

4° Que la vie moyenne y atteint le niveau général établi pour l'année 1855 par le Bureau des Longitudes ;

5° Et, comme conclusion générale, que l'assainissement de Rochefort est irrécusable et arrivé à ce point qu'il n'a rien à envier aux villes les plus salubres de France. « Peut-être, dit-il en terminant, y est-on plus souvent malade qu'ailleurs, mais on y meurt moins. »

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Maher a recherché les causes de cette amélioration dans la constitution médicale. « Les fièvres intermittentes sont, dit-il, notre seul ennemi, et les miasmes paludéens le fantôme qu'on évoque sans cesse contre nous. Ce reproche était fondé autrefois, mais il n'a plus sa raison d'être. D'une part le dessèchement des marais opéré sur une immense échelle, de l'autre la découverte de la quinine, ont changé la face du pays. » M. Maher a saisi cette occasion pour rappeler les titres qu'ont à la reconnaissance de Rochefort les Reverseaux, Cochon-Duvivier, Pelletier, Caventou, et, dans ces derniers temps, M. l'ingénieur Masquelez.

— M. *T. Viaud*, receveur municipal, est venu ensuite prouver par la statistique, que Rochefort a désormais conquis un rang au nombre des localités les mieux favorisées. Prenant cette ville au moment où l'on entreprenait le dessèchement des marais qui la ceignent au sud et à l'ouest, en 1790, par exemple, il a démontré que le nombre moyen annuel des décès était de 934, soit 1 décès sur 16,44 habitants. M. Viaud a poursuivi son travail d'année en année, et est ainsi parvenu à donner la progression suivante des lois de la mortalité :

En 1800,	833 décès,		soit 1 sur 19,30
En 1810,	633	—	soit 1 sur 26,61
En 1820,	577	—	soit 1 sur 26,36
En 1830,	530	—	soit 1 sur 30,15
En 1840,	526	—	soit 1 sur 34,83
De 1850 à 1854,	520	—	soit 1 sur 36,08

Dans un autre tableau, qui traite de la longévité, M. T. Viaud a dit que si, en 1790, la durée moyenne de la vie n'était à Rochefort que de 19 ans 10 mois 6 jours, elle est aujourd'hui de 36 ans.

La population fixe de la ville s'est accrue en raison directe de l'amélioration climatérique.

SCROFULES DANS LA CHARENTE-INFÉRIEURE. — M. le docteur *Arlaud* a élucidé plusieurs points encore obscurs de la filiation des expressions symptomatologiques des scrofules et tendu à démontrer que la tuberculisation, qui reconnaît les mêmes causes, ne constituerait pas une maladie différente, mais une manifestation plus grave du mal et différemment localisée.

Dans autant de chapitres distincts, M. Arlaud a présenté l'histoire des affections scrofuleuses, l'étude de leurs causes préparatoires et des causes déterminantes, recherché avec soin l'influence climatérique étudiée dans le département de la Charente-Inférieure et plus spécialement dans la ville de Rochefort ; la part très grande qu'il faut faire aux lois de l'hygiène publique et privée ; appelé l'attention sur les améliorations incontestables observées depuis un demi-siècle et qui ont marché concurremment avec la diminution des fièvres intermittentes et l'assainissement du pays.

M. Arlaud a recherché surtout quelle est l'influence de l'hérédité et combien de temps cette influence pourra peser sur les générations futures, mais en indiquant la marche à suivre pour arriver à en neutraliser la fâcheuse influence (1).

Congrès des savants naturalistes et médecins allemands,

tenu à Vienne du 16 au 22 septembre 1856.

Il serait sans intérêt pour le lecteur, et trop long pour nous, de reproduire sans exception tout ce qui a été dit ou fait au Congrès de Vienne. *Nous ne possédons pas d'ailleurs des renseignements également étendus sur toutes les communications. Par ce double motif, nous nous bornerons, à l'égard d'un certain nombre de travaux, à une simple mention.*

A. D.

SÉANCES DU 17 SEPTEMBRE 1856.

Section de médecine.

PRÉSIDENCE DE M. STIEBEL (de Francfort-sur-le-Mein).

PARALYSIE DES PRISEURS. — M. *Moritz Maier* (de Berlin) communique plusieurs observations de *paralysie partielle des membres, à la suite de l'usage prolongé du tabac à priser.* L'analyse chimique de la plupart des tabacs démontra la présence de plomb qui semblait provenir du papier d'enveloppe. L'application de l'électricité parvint à rétablir à peu près les malades, qui ne furent entièrement guéris qu'après avoir renoncé à priser.

CHLOROSE ET ANÉMIE. — M. *Politzer* (de Vienne) fait remarquer la prédominance de la chlorose et de l'anémie, qu'il considère comme un des caractères physiques de notre génération. Il appelle l'attention des médecins sur ce point et les engage à faire des observations nombreuses et à éclairer la statistique sur ce point.

PHYSIOLOGIE DE LA RESPIRATION ET DE LA CIRCULATION. — M. *Korner* (de Vienne) traite de l'influence de la respiration et la circulation.

M. *Ruehle* (de Breslau) parle sur le même sujet et insiste spécialement sur le rôle de la pression intestinale dans la respiration.

Section de chirurgie.

PRÉSIDENCE DE M. BAUM.

LUXATIONS MYOPATHIQUES. — Lecture de M. *Friedberg*, avec dessins.

APPAREIL POUR LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR. — Cet appareil, présenté par M. *Riecke*, est très compliqué. C'est une espèce de chaise percée se mouvant autour d'un pivot et permettant au malade de se tenir soit couché, soit assis sans que le bassin ou les membres puissent faire un mouvement.

(1) Nous avons reçu de M. le docteur Garnault (de Pons), une note communiquée au Congrès. Nous en ferons le sujet de quelques remarques.

APPAREIL POUR LES FRACTURES EN GÉNÉRAL. — M. *Dümmreicher* (de Vienne) présente un appareil pour les fractures. Ce clinicien a voulu empêcher les frottements des fragments et avoir une extension constante et proportionnée à l'effort musculaire qu'elle doit vaincre. Pour cela il a imaginé de faire servir le poids du membre à triompher des contractions. Sur un plan incliné, se meut sur des rails une espèce de wagon sur lequel est fixé le membre. Chaque contraction fait mouvoir tout l'appareil qui remonte et descend avec lui le membre fracturé, lequel est solidement attaché à l'appareil et ne peut remuer autrement qu'en l'entraînant. Le professeur présente plusieurs pièces pathologiques intéressantes et deux malades qui, traités par ce procédé, n'ont point eu de raccourcissement. Une discussion s'engage; mais, vu l'heure avancée, la séance est levée.

CAUSES DE LA POSITION DU FŒTUS DANS LE BASSIN. — M. *Cohen* (de Hambourg), dans un remarquable exposé, cherche à motiver la position de la tête du fœtus dans le bassin. Après avoir admis les deux positions proposées par M. Scanzoni et adopté l'ordre de fréquence observé par l'accoucheur de Würzburg, il l'attribue aux déviations de la colonne vertébrale. Chez l'homme la colonne vertébrale n'est pas en ligne droite comme chez les animaux. Il existe une scoliose physiologique, à droite. Le bassin est donc plus grand à droite et en arrière, et rétréci en proportion à gauche et en avant. Le frontal du fœtus se dirige vers l'espace le plus grand, et voilà pourquoi la première position occipitale est la plus fréquente.

Section d'anatomie et de physiologie.

PRÉSIDENCE DE M. DONDERS (d'Utrecht).

OBLITÉRATION DU TROU DE BOTAL. — M. *Bruch* (de Giessen) expose son opinion sur la manière dont s'oblitère le trou de Botal après la naissance. Les mouvements respiratoires opèrent une sorte de succion qui est plus forte que l'aspiration de l'oreillette gauche. Le sang est donc naturellement attiré dans le ventricule droit. La muqueuse finit par fermer le trou de Botal peu à peu, à mesure que la respiration pulmonaire se développe de plus en plus. — M. *Patruban* objecte à cette opinion la direction du courant sanguin de la veine cave inférieure qui se porte vers le trou de Botal, tandis que la veine cave supérieure se porte vers le ventricule droit. M. *Bruch* répond que ces courants, qui existent pendant la vie fœtale, cessent dès que la respiration pulmonaire s'est établie.

SÉCRÉTION SALIVAIRE. — M. *Ludwig* (de Vienne) présente des considérations très intéressantes sur la sécrétion salivaire. Les forces qui sont produites par la glandule salivaire sont trop considérables pour résulter du courant sanguin seul. Elles ne proviennent pas non plus de l'acte de diffusion, car d'un côté la salive n'est poussée dans la glandule que dans les cas où les nerfs qui se répandent dans la glande sont dans un état d'excitation ; d'un autre côté, la glande salivaire choisit certaines portions constitutives du sang, ce que les lois ordinaires de la diffusion pourraient difficilement expliquer. Or l'état d'excitation et d'irritabilité du nerf dépend de modifications du courant électro-moteur qui, par conséquent, joue un rôle important dans la sécrétion salivaire. M. Ludwig conclut : que la sécrétion salivaire appartient à la série des phénomènes de diffusion électriques. Pour vérifier cette hypothèse, le professeur de physiologie décrit plusieurs expériences qu'il a faites. Le courant électrique sépare du sang, même à travers une paroi d'argile, d'abord l'eau, puis le chlorure de sodium et le carbonate de soude en laissant les substances albumineuses. (Ces résultats importants, la clarté avec laquelle ils sont exposés, soulèvent les applaudissements de l'auditoire.)

SÉANCES DU 18 SEPTEMBRE 1856.

Section de médecine.

PRÉSIDENCE DE M. OPPOLZER.

SYPHILIS. — Le professeur *Sigmund* s'étend sur le *skerljevo*, c'est-à dire sur cette forme de la syphilis qu'il a observée à Vienne et sur les diverses côtes de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique. Il conclut comme suit : Il n'existe point de maladie endémique semblable, spéciale à certains peuples ; c'est à tort qu'on a admis comme telles les affections décrites sous le nom de *skerljevo, faleadina, mal di Breno, tiroler Seuche, frenga boala*. Ce ne sont que *des formes de la syphilis*. L'auteur prétend que l'on observe des cas analogues dans tous les pays et présente quatorze dessius et 8 malades à l'appui de son opinion.

ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT DU CRANE DES ENFANTS. — Suivant M. *Maulhner*, l'une des anomalies les plus ordinaires est l'ossification prématurée des fontanelles et des sutures, qui peut occasionner certaines maladies du cerveau. Les diverses anomalies du crâne peuvent être des maladies essentielles indépendantes du cerveau. L'hyperostose, unie à la spongiosité des os du crâne, est très ordinaire à Vienne et peut n'avoir aucun effet pathologique sur la vie cérébrale. Mais lorsque la sclérose et l'éburnation surviennent, l'idiotisme en est la conséquence inévitable. L'orateur recommande, pour prévenir les anomalies du crâne, l'usage d'onctions avec l'huile sur la tête. Il conseille de tenir cette partie toujours bien couverte, de laver souvent le cou des enfants avec de l'eau fraîche et de leur donner *des boissons rafraîchissantes*.

ABCÈS DU FOIE. — Le professeur *Rigler* (de Gratz) fait part de ses observations, faites à Constantinople, sur la formation de ces abcès. Ils coïncident toujours avec la dysenterie, qui, d'après l'orateur, les précède constamment. Il en attribue la formation à la pyémie de la veine porte.

Section de gynékologie et de chirurgie.

1° GYNÉKOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. KILIAU (de Bonn).

MENSTRUATION. — M. *Grenser* pose la question suivante : Existe-t-il entre deux menstruations un certain nombre de jours où la femme soit inapte à être fécondée ? Il croit que la conception est d'autant plus facile que l'œuf se trouve plus près de l'ovaire ; car, en descendant dans les trompes, il s'entoure d'une couche d'albumine qui empêche les spermatozoïdes de le féconder. La période où la femme serait inapte à la fécondation serait du treizième au dix-septième jour qui suit les règles. La possibilité de la fécondation revient après le dix-huitième jour.

HYSTÉROPHORE. — M. *Zwank* (de Hambourg) présente un hystérophore léger, facile à nettoyer, et qui est approuvé par tous les accoucheurs présents à la séance. M. *Eulenburg* (de Coblentz) en a envoyé un autre qui est moins favorablement accueilli.

2° CHIRURGIE. — PRÉSIDENCE DE M. SCHUH (de Vienne).

APPAREIL POUR LES FRACTURES DE LA ROTULE ; double plan incliné présenté par M. le docteur *Nardo* (de Venise).

NOUVEAU TRACHÉOTOME, présenté par M. le docteur *Ulrich*, qui a appliqué cet instrument dans un cas assez singulier : c'était chez une femme qui est accouchée portant la canule depuis trois mois.

TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP. — M. *Roser* (de Marbourg) présente quelques considérations sur la valeur de la trachéotomie dans les cas graves de croup. Il admet la spécificité de cette affection, et conseille l'opération comme un moyen d'arracher les enfants à une mort certaine. Sur treize cas il a pu en sauver six. Dans un de ces cas, l'enfant mourut sur la table d'opération. Les veines, mal liées, donnèrent lieu à une hémorrhagie que rien ne put arrêter, et, les caillots sanguins s'accumulant dans la trachée, l'enfant dut succomber. Le professeur conseille de ne pas se contenter de la ligature : il veut que le vaisseau soit traversé par la ligature, et que toute hémorrhagie cesse avant qu'on procède à l'ouverture de la trachée.

M. le professeur *Baum* (de Göttingen) conseille de toutes ses forces la trachéotomie. Sur seize opérés il en a sauvé six.

M. *Friedberg* (de Berlin) cite un cas dans lequel il opéra. Le névrilème du nerf vague était épaissi et l'asphyxie menaçante. Le malade mourut, et l'orateur attribue cette mort à l'hésitation qu'il mit à opérer.

Le docteur *Robert* (de Coblentz) fait remarquer que la trachéotomie ne guérit pas le croup ; on surmonte un danger pressant, mais la maladie subsiste toujours. Il conseille de nettoyer la trachée, d'introduire toutes les cinq minutes une canule pour se débarrasser des mucosités.

Le docteur *Cohen* recommande l'emploi du calomel et recule devant l'opération. Divers membres, les docteurs *Simons, Passavant*, etc., font connaître les résultats de leur pratique : l'un a sauvé quatre sujets sur douze; un autre, deux sur seize.

M. *Glück* (de New-York) pense que les cautérisations au nitrate d'argent peuvent juguler le croup. Quant à l'opération, l'exemple du docteur Roth (de New-York) l'a encouragé. Ce dernier a opéré, dit l'orateur, plus de cent enfants, et les deux tiers ont survécu.

TRAITEMENT DE L'EMPYÈME. — M. *Riecke* parle sur le traitement de l'empyème. Il veut, au lieu de tous les appareils, un simple bistouri. Il fait la ponction et laisse le pus s'écouler peu à peu; c'est ce qu'il nomme une *guérison naturelle*. Comme pansement, une simple compresse en quatre, qui suffit pour empêcher l'entrée de l'air. L'orateur finit par une boutade contre les perfectionnements français.

ECTOPIE DE VESSIE. — Le docteur *Friedinger* présente un enfant affecté d'une ectopie de la vessie. Une portion de la paroi postérieure fait saillie en avant. On voit l'ouverture des deux uretères. La portion supérieure de la symphyse et des pubis manque. Le pénis est raccourci ; sa moitié supérieure manque. M. Friedinger croit qu'il faut attendre que l'enfant soit plus âgé pour tenter une opération plastique. Jusque-là, il croit devoir maintenir les parois abdominales aussi rapprochées que possible au moyen de bandages.

Section de physiologie.

Présidence de M. Huschke (de Iéna).

Ectopie du cœur. — Description d'une ectopie, par M. *Heschl* (de Cracovie) et démonstration de la préparation.

Instruments. — M. *Nachet* fils présente divers instruments : un microscope avec application de la stéréoscopie ; un microscope qui permet à trois observateurs d'examiner simultanément le même objet ; des photographies de préparations microscopiques à un grossissement de 400 diamètres.

Direction des poils, communication de M. *Voigt* (de Cracovie). — La disposition des poils du corps humain se rapproche de celle de l'ordre spiral qu'on observe dans le règne végétal et qu'on peut déterminer d'une manière mathématique.

V.

VARIÉTÉS.

Nous apprenons la mort de M. Cayol. Ce serait écrire une page importante de l'histoire médicale du demi-siècle dernier que de retracer les services rendus à la science par cet éminent confrère. Nous ne pouvons aujourd'hui que rappeler à la jeune génération la lutte intelligente et active qu'a soutenue M. Cayol contre les erreurs despotiques de la doctrine broussaisienne.

M. le docteur Manec, chirurgien de la Salpêtrière, passe à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gerdy, décédé.

Le successeur de M. Manec, à la Salpêtrière, n'est pas encore nommé.

— A la fin du mois d'août, le choléra faisait des ravages à Moscou, et se développait à Lubeck et à Ystad (Suède). La maladie règne également à Lisbonne, à Saint-Antoine, à Madère, à Funchal, etc.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Lyon. — Nos 13 (15 juillet). Influence des inondations sur la santé publique, par *Teissier*. — Rétrécissement du rectum et nouveau *speculum ani* de M. *Reybard*, par *Bron*. — 14. Interprétation nouvelle des bruits du cœur, par *Brachet*. — Atrésie vulvaire chez les petites filles ; traitement, par *Bouchacourt*.—Fièvres intermittentes à Sancergues, par *Macario*.— 15. *Idem*.— Des différentes espèces de maladies vénériennes, par *Rollet*. — De la méthode attractive appliquée aux divers genres de plaies, par *Achard*. — 16. De la médication lacrymale ou *lacrymation*, par *Brachet*. — Opérations de pupille artificielle, par *Bouchacourt*. — Méthode attractive, par *Achard*. — 17. Sur la résolution de la phlébite avec conservation du canal, par *Saint-Cyr*. — Fièvres intermittentes, par *Macario*.

Gazette médicale de Strasbourg. — Nos 7. Nouveau procédé et observation de rhinoplastie, par *Sédillot*. — Étiologie et nature du bouton de Biskara, par *Netter*. — Clinique médicale. — 8. De l'alimentation continue, par *Forget*. — Rapport sur l'asile de Stephansfeld, par *Dagonnet*.

Gazette médicale de l'Algérie. — 1re année. Nos 7. Eaux minérales de Hammam-Rir'a, par *Lelorrain*. — Analyse de vins falsifiés, par *Beylier*. — Des observations météorologiques, par *Roussin*. — 8. Fréquence en Algérie du furoncle et du panaris, par *Donchez*. — Engorgements viscéraux, causes de fièvres et de récidives, par *Miergues*. — Coqueluche et croup en Algérie, par *Payn*. — Bénignité des affections thoraciques au commencement de 1856, par *Fabry*. — Climatologie, par *Bertherand*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Lelorrain*. — Des observations météorologiques, par *Roussin*.

Journal de médecine de Bordeaux.—Juillet. Traitement des teignes à l'hospice des Enfants, par *Le Barillier*. — Inflammation, par suite de couches, de la symphyse sacro-iliaque droite ; suppuration ; guérison ; par *Rousset*. — Valeur thérapeutique du fer réduit par l'hydrogène, par *Jeannel*. — Solution de persulfate de fer comparée à la solution de perchlorure, par *Devillard* et *Darrach*.—Tétanos traumatique guéri par le chloroforme, par *F. Busquet*. — Août. Monstre exencéphalien, par *E. Gintrac*. — Cyanhydrargyrate d'iodure de potassium, contre les accidents secondaires et tertiaires, par *Venot*. — Sur les corps étrangers introduits dans la vessie, par *Denucé*. — Hydarthrose ancienne du genou, injection iodée, guérison, par *Bitot*.

Journal de médecine de Toulouse. — Juillet. Fièvre typhoïde chez un enfant en bas âge, par *L. Nolé*. — Présence de l'aldéhyde dans le vin, le vinaigre et l'eau-de-vie, par *Magnes-Lahens*. — Clinique chirurgicale.—Août. Rétrécissement de l'urèthre, chute d'une bougie dans la vessie ; extraction par le lithotriteur, par *Ripoll*. — Clinique chirurgicale.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 13 (15 juillet). — Constitution médicale de nature catarrhale, par *Guyton*. — Cautères et leur valeur en thérapeutique, par *Chrestien*.— 14. De l'affection et des maladies affectionnelles, par *Jaumes*. — Observations de fractures, par *L. Saurel*. — Constitution médicale catarrhale, par *Guyton*. — Plaie d'arme à feu ; corps étranger méconnu ; amputation, par *L. Saurel*. — Deux observations de ramollissement de la moelle, par *Cade*. — Sur la pourriture d'hôpital, par *L. Surdun*. — Plaie de balle à la cuisse ; ascite ; abcès multiples ; guérison, par *L. Saurel*.

Union médicale de la Gironde. — Juillet. Opération de taille, par *Dupuy*. — Compte rendu des travaux de la Société de Libourne, en 1855 (cas d'obstétrique ; tumeurs diverses ; anthrax ; abcès ; plaies et contusions ; luxations ; ulcères atoniques ; traitement de la gale), par M. *Barthe*. — Août. Réfrigérants dans le traitement des traumatismes, par *Dupuy*. — Accouchement laborieux, par *Célérier*. — Goître et crétinisme, par *Savoyen*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — Juillet. Hernie inguinale chez un cheval ; perforation du sac par une cheville métallique ; guérison, par *Delwart*. — Empoisonnement du bétail par l'engrais économique, per *Guilmot*. — Contagiosité de la morve chronique, par *J.-B.-E.-H.*

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 10 livraison. Influence du taxis sur les conséquences de la kélotomie, par *Ancelon*. — Nouveaux cas de tétanos fébrile, par *Liégey*.

Archives belges de médecine militaire. — Juin. Résection du coude, par *F. Esmarch*. — Traitement de la blennorrhagie uréthrale, par *Langlebert*. — Nouveau procédé pour l'emploi des fumigations cinabrées, par *le même*. — Polype fibreux du nez, guéri par arrachement, par *Pepinster*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — T. XV. Nos 7. — Sur le système pileux ; rapport, par *Fallot*. — Fonctions du foie ; rapport, par *François*. — Kératite et ses suites ; rapport par *Fallot*. — 8. Maladie et force vitale, par *Fallot*. — Sur les pieds bots poplités internes, par *Michaux*. — Appareil contre les pieds bots ; rapport, par *Michaux*. — Sur le piétain et le fourcher du mouton, par *Pétry*.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie. — Août. Emploi de l'électricité en médecine, par *Bougard*. — Sur les préparations d'argent ; rapport par *Rieken*, *Crocq*, *Kœpl*, *Van den Corput* et *Griperkoven*.— Septembre. *Idem*, — Hygiène publique et privée pendant le choléra, par *Bourgogne*. — Eczéma chronique guéri par la glycérine unie à la suie de bois, par *Bongard*.

Presse médicale belge. — N° 32. Sur le pied bot poplité, par *Michaux*. — 33. *Idem*. — 34. (Manque.) — 35. Étranglement interne ; autopsie, par *Graux*. — De la musculo-névralgie, par *H. Van Holsbeek*.

Livres nouveaux.

Commentaires historiques, critiques et pratiques sur la suette ; fragment, par *Marc Borchard*. Broch. in-8 de 74 p. Paris, G. Baillière.

Compte rendu et résumé de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, du 1er novembre 1854 au 1er avril 1855, par le professeur *Ch. Schützenberger*, in-8 de 157 p. Strasbourg, Silbermann.

Histoire naturelle hygiénique et économique du cocotier (cocos nucifera, Linn.), par le docteur *Charles Régnaud*, in-4 de 139 pages et 1 tableau. Paris, imp. de Rignoux. 2 fr. 50

Anleitung zur Studium der Dioptrik des menschlichen Auges (La Dioptrique de l'œil), par *W. Zehender*. Première série. Grand in-8. Erlangen, Enke. 5 fr.

Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Laendern, im Jahre 1855. Redigirt von Prof. *Scherer*, *Virchow*, *Eisenmann*. VIer Band. — Thierheilkunde, in-4 de 66 p. Würzburg, Stahel.

Die Blasendandwuermer und ihre Entwickelung, par *R. Leuckart*. Gr. in-4, Giessen, Richter. 12 fr.

Lehrbuch der Pharmacologie (Traité de pharmacologie), par *G.-D. Schroff*. In-8. 18 fr.

Specielle pathologische Anatomie (Anatomie pathologique spéciale), par *J. Engel*. In-8, Vienne, Braumüller.

Therapeutisches Taschenbuch der Kinderkrankheiten nebst den gebräuchlichsten Heilformeln (Thérapeutique des maladies des enfants avec les formules les plus usitées), par *R. Hagen*. Leipzig, Kollmann. 6 fr.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la Gazette hebdomadaire *expirait le 30 septembre dernier, sont prévenus qu'il a été fait sur eux, pour prix du renouvellement, un* **mandat payable le 31 octobre courant.**

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,** Place de l'École-de-Medecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 10 OCTOBRE 1856. — N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du 9 octobre 1856, S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique a pourvu ainsi qu'il suit à la nomination des membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le lundi 3 novembre prochain, pour huit places d'agrégés près les Facultés de médecine.

Sont nommés juges :

MM. DUMAS, sénateur, membre de l'Institut (Académie des sciences), vice-président du conseil impérial de l'instruction publique, inspecteur général de l'enseignement, *président*.
GAVARRET, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris.
WURTZ, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris.
MOQUIN-TANDON, membre de l'Institut, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris.
BÉRARD, doyen, et professeur de chimie médicale et de toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier.
BENOÎT, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.
KUSS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.
RAYER, membre de l'Institut (Académie des sciences).
CLAUDE BERNARD, membre de l'Institut, professeur au Collége de France et à la Faculté des sciences de Paris.

Sont nommés juges supplémentaires :

MM. SOUBEIRAN, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris.
BUSSY, membre de l'Institut, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.
COSTE, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Collége de France.
DE QUATREFAGES, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Par arrêté en date du 6 octobre 1856, M. VALETTE, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Barrier, promu aux fonctions de professeur adjoint.

M. Valette sera spécialement attaché au service des chaires de chirurgie et d'accouchements.

FEUILLETON.

Voyage autour de ma bibliothèque (1).

Il y a quelque part dans la banlieue de Strasbourg, un endroit retiré qui a nom le Pont-du-Corbeau. Là, dans une modeste demeure, habite un penseur, un philosophe, à qui ce nom eût mieux convenu encore il y a deux ou trois mille ans quand la philosophie était la science de tous; esprit délicat et cultivé, épris d'art et de littérature autant que d'histoire naturelle, étudiant les fleurs, moitié pour le riche vêtement dont la main de Dieu les a ornées, moitié pour les merveilles de leur organisation, et ne prenant pas moins de plaisir à voir un scarabée escalader péniblement un brin d'herbe qu'à le disséquer; excellente nature, avenante, souriante, indulgente, heureuse de vivre, préparée à mourir, et faisant en attendant le plus de bien possible. On l'appelle dans le pays l'ermite du Pont-du-Corbeau.

N'allez pas vous figurer un pendant du célèbre *ermite de la Chaussée-d'Antin*. Celui-ci courait les rues, les ruelles, les couloirs, les antichambres, les salons, les barrières, les bals, les spectacles, écoutant aux portes, tirant les gens par la manche pour avoir leur secret, qu'il allait aussitôt crier sur les toits. C'était un ermite qui n'était jamais chez lui. Le nôtre est un ermite discret, enfermé à verrou dans son réduit paisible, — réduit de peu d'étendue, mais qui, en revanche, a les plus magnifiques horizons qui se puissent imaginer, des horizons sur Athènes et sur Rome. De là, on peut voir Xénophon se retirer des rives du Tigre en Ionie, les Spartiates et les Thespiens mourir aux Thermopyles, Socrate avaler la ciguë, le bas peuple d'Athènes battre des mains aux cyniques allusions d'Aristophane, Plaute tourner sa meule et Térence porter les fardeaux de son maître; on peut voir fuir le dernier Horace, mourir le dernier Curiace, courir, de peur des seringues, le magnifique Pourceaugnac et pisser les petits chiens de Racine. Que ne voit-il

(1) Un vol. in-18, par M. Féo, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, 1856. Paris, Berger-Levrault.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 9 octobre 1856.

DU MARIAGE DES HYSTÉRIQUES.

Il est, en pratique médicale, peu de questions plus importantes et en même temps plus délicates que celle qui a été soulevée à la Société de médecine du département de la Seine par M. le docteur Cazeaux, à l'occasion d'un cas d'hystérie et de somnambulisme dont M. Briquet a présenté l'histoire à la Société. Cette question, c'est celle de savoir jusqu'à quel point le mariage peut être conseillé comme remède à l'hystérie.

Des considérations de deux ordres se présentent au médecin : les unes concernant la malade elle-même, les autres regardant les enfants qui pourront naître de l'union conseillée. On va voir que la situation n'est pas aussi simple qu'on le croit généralement.

Il est hors de doute que l'hystérie a fréquemment pour point de départ une sollicitation secrète des organes génitaux. Cette opinion, bien ancienne, a été confirmée par les travaux les plus récents, notamment par ceux de M. Foville, de M. Landouzy, de M. Brachet. La plupart des circonstances au milieu desquelles se développe l'hystérie ou qui en provoquent fréquemment les accès sont de nature à surexciter l'appareil utérin. Avec un peu d'attention, on constate presque toujours, comme le prouvent si bien les relevés de M. Landouzy, que les premières manifestations du mal remontent à l'âge de quinze à vingt ans, c'est-à-dire à cette époque de la vie où, sous l'influence d'une grande révolution interne, et plus directement encore sous l'excitation périodique d'un acte fonctionnel, de vagues avertissements donnés dans la profondeur des organes éveillent une pudeur précoce et font naître des rougeurs inexpliquées ; où les propensions prennent de la fixité, où le sentiment devient une flamme, où la pensée s'arrête sur les impressions pour les goûter, les analyser, les commenter, où enfin les premières initiations à la vie de société, la fréquentation habituelle des jeunes gens, les dangereux enseignements de la scène, les enivrements du bal, une éducation artistique, achèvent de développer et d'expliquer ce que l'instinct n'avait dit qu'à demi mot. Le besoin de nature joue en ceci un rôle si actif, que des accidents hystériformes se développent assez souvent quand à l'abus, ou seulement à un raisonnable usage, des plaisirs vénériens, succède une continence absolue. C'est ce que Parent-Duchâtelet a vu chez les filles publiques admises au couvent du *Bon-Pasteur* ; c'est ce qu'on voit également chez certaines veuves à qui des intérêts de famille ou d'autres motifs interdisent un nouveau mariage, et dont les plus sages se consolent — quel praticien n'en a fait la remarque ou n'en a reçu la confidence ? — par les mille petites privautés que les mœurs sociales permettent à une femme honnête, ou en gravant au fond de leur cœur et dans leurs yeux, aux réunions où elles assistent, l'image d'une personne choisie, dont elles repaissent solitairement leur imagination. Il est certain aussi que des accidents nerveux qui surviennent quelquefois chez des femmes parvenues à l'âge de retour n'ont pas d'autre principe que des ardeurs cachées, en rapport vraisemblablement avec un état congestif de l'utérus. Ce fait ne contredit peut-être qu'en apparence l'opinion émise par Béclard et par M. Fr. Dubois, que la ménopause amène la cessation de l'hystérie ; car cela est vrai de la ménopause confirmée, où l'utérus, s'il est sain, a plus de tendance à se flétrir qu'à acquérir un surcroît de vitalité. Mais nous ne parlons ici que de l'époque *critique* proprement dite. Dans le même ordre d'observations, on sait que, dans l'immense majorité des cas d'hystérie, on constate des lésions matérielles de la matrice et de ses annexes, tandis que, contrairement à l'opinion de ceux qui placent le point de départ de l'hystérie dans l'encéphale, les centres nerveux sont presque toujours sains. Ce résultat statistique est dû surtout à M. Landouzy. Or il est impossible de ne pas voir une étroite analogie entre ces cas et ceux où des tumeurs ovariques, des corps fibreux de l'utérus, provoquent, même chez des personnes âgées, des velléités érotiques, qui, difficiles à satisfaire dans de telles conditions, aigrissent le caractère et deviennent l'occasion de diverses manifestations nerveuses. Nous en avons observé un exemple chez une femme d'environ soixante-dix ans.

Ainsi la compression du désir peut devenir une cause d'hystérie, et il devient présumable, par cela même, que la satisfaction de ce désir par le mariage aura une influence heureuse sur la maladie. Mais la question de pratique n'est pas entièrement jugée par cette induction.

Et d'abord, toutes les hystériques ne sont pas nymphomanes ; toutes ne sont pas tyrannisées par des sollicitations internes ; il est même probable que la maladie n'a pas chez toutes sa racine dans l'appareil utérin : par exemple, dans les

---

pas de son belvédère, notre ermite, et de quelles distractions n'amuse-t-il pas sa solitude ? Nous le soupçonnons même d'y entretenir à son usage personnel une petite ménagerie ; il faut observer les animaux de près pour en parler aussi pertinemment qu'il l'a fait dans un livre que nous avons fait connaître à nos lecteurs il y a deux ans. Car c'est de lui, c'est de l'auteur des ÉTUDES PHILOSOPHIQUES SUR L'INTELLIGENCE ET L'INSTINCT DES ANIMAUX, c'est de M. Fée, professeur à la Faculté de Strasbourg, qu'il s'agit en ce moment.

Heureux homme ! Enviable passe-temps ! Répandre son activité intellectuelle librement, à son heure, sur les objets de son choix, comme l'eau de la source qu'on épanche, qu'on retient, ou qu'on dirige à volonté ; après la conquête légitime d'une position donnée par le travail uni au mérite, après les rudes labeurs auxquels sont toujours plus ou moins condamnés les fils de leurs œuvres, se délasser dans la poésie, dans les lettres, dans la philosophie, sans bruit, sans prétention ; voilà le bonheur et la sagesse. Tu n'es donc pas content de ton sort ? dit mon voisin : *Dic mihi, Mecenas, ut nemo quam sibi sortem*, etc. Qu'on vous le dise, ô Mécène ? Vraiment la chose n'est pas difficile... Ça vient tout bonnement de ce que, pauvre critique qu'on est, on joue le rôle, inconnu aux enfers, d'un double Sisyphe, roulant d'une main le rocher de la pratique et de l'autre le rocher plus lourd du journalisme ; ça vient pour tout dire de ce qu'on n'habite pas le Pont-du-Corbeau !

Or ça, que pouvons-nous tirer, pour le lecteur d'un journal médical, de ce *Voyage autour de ma bibliothèque ?* L'auteur l'a fait comme il l'a dit ; il a annoncé les mélanges littéraires et philosophiques, et il ne donne pas autre chose. Il est très vrai qu'il se promène tout autour de sa bibliothèque, mais c'est sans regarder ses livres de médecine. Théophraste, il le tourne et retourne ; Virgile, il le caresse ; Horace, il l'adore ; mais il ne touche ni à Hippocrate, ni à Galien, ni même à la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Pardon, ne soyons pas ingrat ; il fait entrer dans ses mélanges un morceau (sur l'assimilation du rêve et de la folie), qu'il avait bien voulu nous adresser autrefois ; et il a donné à un thème de ses ÉTUDES PHILOSOPHIQUES relevé par nous (*Gaz. hebd.*, 1854, p. 262,

cas cités par M. Mathieu (*Maladies des femmes*, p. 483 et suiv.), où l'hystérie se liait à des saignées abondantes, à une fièvre intermittente, à la présence d'un tænia ; dans ceux aussi où elle est déterminée par la vie ascétique, par une chlorose accidentelle, par une mauvaise alimentation. Alors même que les organes génitaux sont évidemment compromis, la maladie peut être le produit fatal d'une transmission héréditaire, et dès lors, peu sensible à l'action d'un remède qui, tout physiologique qu'il est, ne saurait attaquer le mal à son origine. En second lieu, s'il est incontestable que le mariage accompli dans les conditions que nous disions tout à l'heure modifie parfois heureusement un état hystérique d'un certain degré, il y a lieu de se demander si une excitation trop vive des organes, une perturbation trop profonde des fonctions nerveuses, ne rendraient pas, au contraire, périlleux le rapprochement sexuel. Il ne faut pas oublier, comme le dit M. Piorry (*Méd. pratique*, t. VIII, p. 388), « que l'orgasme qui, chez la femme, résulte du rapprochement des sexes, est accompagné de sensations, de mouvements, d'efforts et même de cris *qui rappellent les attaques d'hystérie.* » Qui ne sait d'ailleurs que, chez les hystériques, l'acte de la copulation provoque fréquemment l'explosion des attaques? Nous connaissons une dame qui ne paie guère qu'à ce prix les faveurs conjugales. Soit que l'excitation tienne à des dispositions natives, où conséquemment la continence n'entre pour rien, soit que les femmes une fois en possession de l'objet de leurs désirs en usent immodérément, il est certain que parfois la maladie paraît s'aggraver presque aussitôt après le mariage. Enfin, le mariage n'est pas seulement un acte physiologique : il est encore un acte social. Or il est une condition indispensable pour que ce changement d'état exerce l'influence favorable dont nous parlions à l'instant : c'est que la femme y trouve bonheur et tranquillité. Georget signale surtout parmi les *causes occasionnelles* de la maladie, sans préjudice des émotions morales de toute sorte, les *contrariétés fréquemment renouvelées.* Grave sujet de réflexions; car quel mari, parmi les meilleurs, ne causera pas de contrariétés à une femme hystérique?

On voit donc que, pour ce qui concerne l'intérêt de la malade, un médecin prudent devra y regarder à deux fois avant d'encourir la grave responsabilité de conseiller le mariage. Il est assez d'usage, en pareil cas, de brusquer les choses afin d'être le plus vite possible en mesure d'*appliquer le remède;* on se montre moins difficile que de coutume sur les qualités du mari, sur son âge, sur le genre de vie que mènera près de lui sa compagne ; c'est le contraire qui conviendrait, car en aucune circonstance il n'est plus urgent de bien choisir. Pour notre part, nous n'ouvririons l'avis du mariage que si nous saisissions chez la malade des indices certains de désirs comprimés, d'amour contrarié, et si l'état névropathique, en grande partie confiné dans les organes utérins, ne se manifestait pas par un ensemble de symptômes trop compliqués ou trop anciens. Et nous nous croirions obligé d'avertir soit la malade, soit la famille, des conditions auxquelles cette sorte d'expérience pourrait avoir un bon résultat : modération dans le plaisir, mari sage et patient, vie occupée, aisance relative, possibilité d'une bonne nourriture et d'une saine habitation.

La question, nous l'avons dit, a une autre face. Quelle sera la progéniture d'une hystérique? C'est demander jusqu'à quel point l'hystérie est héréditaire. Nous ne dirons que peu de mots à ce sujet.

En général, les auteurs s'accordent peu sur le degré d'hérédité des affections nerveuses. C'est que, en effet, la solution doit varier suivant le point de vue où l'on se place. La folie, par exemple, se transmet beaucoup moins souvent que ne l'affirment quelques auteurs, si l'on ne considère, chez ceux qui transmettent comme chez ceux qui reçoivent, que l'aliénation bien confirmée. M. le docteur Morel, ancien médecin de l'asile de Maréville, aujourd'hui médecin de l'asile de Saint-Yon, qui a apporté une grande sévérité dans l'étude de cette question, n'a constaté l'hérédité que dans un cinquième des cas. Mais si l'on fait entrer en ligne de compte les diverses affections nerveuses ou les bizarreries de caractère dont pouvaient être atteints les ascendants, l'hérédité prend des proportions beaucoup plus considérables, ainsi que l'ont montré surtout MM. Baillarger et Moreau (de Tours). Or il nous paraît en être de même à l'égard de l'hystérie. Si l'on s'en rapporte aux observations publiées, il n'est pas très fréquent de voir une hystérique donner le jour à une hystérique; mais rien de plus commun que de voir les enfants d'une hystérique affectés de quelque disposition névropathique ou de quelque difformité (accidents convulsifs, strabisme, paralysie congénitale, etc.). La seule règle de conduite que le médecin puisse tirer de ces faits est de mettre la bonne santé et le caractère sanguin ou lymphatique de l'époux au nombre des conditions à rechercher pour le mariage. Il ne nous semble pas que la seule possibilité d'une transmission héréditaire quelconque doive l'enchaîner autrement dans les conseils qu'il croira devoir donner. A. Dechambre.

---

au *Feuilleton*), de nouveaux développements, que nous sommes libres de considérer comme étant plus spécialement à notre adresse. Il s'agit de l'origine du langage. C'est une question qui se rattache à l'éducation, laquelle se rattache à la physiologie, laquelle appartient à la science médicale ; nous pouvons donc en dire quelques mots.

On sait les hypothèses qui ont été successivement émises sur l'origine du langage. Suivant les uns, le langage a été révélé ; il a été donné au premier homme avec les idées qu'il doit exprimer. Suivant d'autres, le langage est une création de l'intelligence ; et parmi ces derniers, il en est qui croient que le langage, au lieu d'être un perfectionnement laborieux et successif, est un composé de signes entièrement conventionnels, comme peuvent être ceux de l'écriture chiffrée qu'on emploie en diplomatie. M. Fée examine la première hypothèse et se pose cette question : *La parole a-t-elle été révélée?*

M. Fée avait écrit dans ses *Études philosophiques* : 1° que la parole est *un don* de Dieu, et nous avions exprimé le regret qu'il n'eût pas développé davantage cette pensée, qui nous semblait rentrer dans l'hypothèse de la révélation ; nous sommes heureux des explications dans lesquelles il veut bien entrer aujourd'hui, car il en résulte que, sous une différence de termes, M. Fée était comme nous opposé au système de M. de Bonald. Il accorde que *la parole est d'origine divine*, en ce sens que Dieu nous a donné l'organe et la faculté de la parole, comme il nous a dotés de l'organe et de la faculté de sentir, d'entendre, etc.; mais le langage proprement dit, c'est-à-dire l'ensemble des signes mimiques, parlés ou écrits, par lesquels la pensée se communique, est le produit de la pensée elle-même. Le grand argument de M. de Bonald était celui-ci : « L'homme pense sa parole avant de parler sa pensée ; » ou bien : « l'homme ne peut parler sa pensée, sans penser sa parole. » Rien n'est moins exact que cet axiome. On pourrait montrer que, le signe n'étant pas précisément arbitraire, mais ayant un certain rapport d'expression avec les objets auxquels ils sont appliqués, et ce rapport ne pouvant être créé que par l'intelligence, il en résulte que l'intelligence est la source et

Parmi les nombreux travaux qui ont été communiqués aux Académies des sciences et de médecine dans les dernières séances, il en est deux sur lesquels nous comptons revenir : l'un est celui de M. le docteur Blot, que nous publions aujourd'hui, et qui soulève une très importante question de physiologie et de pratique médicale ; l'autre est une curieuse note *sur un nouveau système d'auscultation*, par un jeune et intelligent confrère, M. Collongues ; mais nous désirons, avant de porter un jugement sur ce nouveau moyen de diagnostic, nous éclairer par quelques essais personnels.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des polypes (concrétions polypiformes) du cœur, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine.

La coagulation du sang dans les vaisseaux pendant la vie, autrefois tant controversée, n'est plus aujourd'hui un objet de doute. Cependant, les véritables limites de ce phénomène ne sont point encore posées ; les uns lui accordent trop, les autres trop peu. Son étiologie laisse encore beaucoup à désirer ; ses conséquences pathologiques ne sont pas toutes précisées ou connues. En publiant un résumé de longues et patientes recherches, consignées dans un travail inédit, j'ai l'espérance d'éclairer quelques points de cette intéressante question, remise à l'ordre du jour.

Je laisse de côté la partie historique, plus curieuse qu'utile en ce moment. Je supprime les observations détaillées, recueillies avec un soin tout spécial, au nombre de trente et quelques, et qui, jointes à celles que j'ai pu extraire de traités spéciaux ou de publications périodiques, forment un total de plus de cent. Intéressantes pour celui qui en a suivi, étudié toutes les phases, tous les éléments, elles seraient fastidieuses pour le lecteur, qui même ne les lirait pas. C'est l'analyse généralisée de ces observations que je soumets au jugement des médecins.

La coagulation partielle du sang peut s'opérer dans toutes les parties du système circulatoire, dans les cavités du cœur comme dans les artères et les veines, dans les gros et les petits vaisseaux.

On conçoit, d'après cela, que, suivant le siége qu'elle occupe, elle doit produire des phénomènes et des accidents variables ; de là la nécessité de distinguer les concrétions sanguines en *cardiaques*, *artérielles* et *veineuses*. Il y aura encore des divisions à établir pour les différentes parties de ces deux systèmes vasculaires.

Avant de commencer l'histoire des concrétions *cardiaques*, *polypes* ou *concrétions polypiformes*, je crois utile de dire quelques mots de l'étiologie générale de la coagulation partielle du sang.

Sauf quelques cas exceptionnels de phlébites locales et primitives qui ont déterminé l'obstruction du conduit vasculaire par des caillots sanguins, de quelques artérites manifestes, de phlegmasies cardiaques également primitives et qui ont provoqué la formation de concrétions polypiformes, on peut affirmer que, dans la grande majorité des cas, la coagulation du sang succède à un état diathésique, inflammatoire, pyogénique, cachectique, tuberculeux ou cancéreux. On conçoit, d'après cela, que ses productions se répètent, se multiplient, se disséminent, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la dissémination par déplacement, qui néanmoins joue un rôle important dans les obstructions artérielles.

La coagulation du sang n'est donc pas ordinairement un fait local, primitif, mais un résultat secondaire d'une modification diathésique. Bon nombre de mes observations établissent qu'avec des obstructions artérielles ou veineuses il existe souvent des caillots cardiaques, des obstructions multiples dans les deux ordres de vaisseaux. Ces considérations étaient nécessaires pour faire ressortir l'enchaînement que nous verrons exister entre ces différents ordres de faits. Cela dit, je viens à l'exposition des concrétions cardiaques.

Des polypes cardiaques. — Par cette dénomination, j'entends désigner seulement les concrétions formées dans les cavités du cœur pendant la vie.

Du sang coagulé existe dans ces cavités sur presque tous les cadavres ; il s'y condense en masses plus ou moins volumineuses, plus ou moins étendues, envoyant ordinairement des embranchements dans les vaisseaux, ce qui leur donne une ressemblance grossière avec de véritables polypes, tantôt colorés, d'autres fois dépouillés partiellement ou en totalité

---

l'instrument du signe. L'onomatopée ou imitation des sons est l'exemple le plus primitif et par là même le plus significatif de cette intervention intellectuelle. La pensée a donc précédé le langage, puisqu'elle l'a approprié elle-même à ses divers modes. Mais cela devient plus clair encore quand on transporte la question dans cet ordre de faits psychologiques où l'idée elle-même a sa racine dans le sentiment, et n'est constituée telle que par un acte de l'intelligence ; où le mode affectif de l'être est parfois si indéterminé que *le langage manque*, comme on dit, pour l'exprimer. Comment soutenir que l'amour, la haine, la tristesse, pures affections de l'âme, ne puissent être senties, perçues par la conscience, sans l'existence de signes appropriés ? Comment surtout établir un lien nécessaire entre le signe et le sentiment, quand ce sentiment, comme il arrive aux natures délicates, est de soi *indéfinissable ?* M. Fée développe une partie de ces arguments, et en produit d'autres de même portée, avec une lucidité d'exposition que, en raison de la brièveté à laquelle nous sommes condamné, et pour un autre motif encore, on ne trouvera pas ici.

Au sortir de cette question, nous éloignerons-nous encore plus de notre domaine habituel, en passant, avec l'auteur, d'Arnaud à Florian, de Bouilly à Aristote, d'Horace à Quinault, de Voltaire à madame Flora Tristan ? Il nous faudrait décidément grimper sur l'Hélicon, qui n'a évidemment rien de commun avec la Gazette, pour avoir le droit de nous mêler à ces gens-là et de relever le goût avec lequel en parle M. Fée ; et si d'aventure nous allions essayer de motiver un dissentiment sur quelque point d'art ou sur quelque poëte, on nous renverrait aux rives de ce fleuve où Marsyas fut écorché vif pour avoir voulu montrer qu'il était fort sur la flûte. Ce que nous avons de mieux à faire, c'est d'engager le lecteur ami des récréations instructives à suivre notre confrère dans ses appréciations ; il n'aura qu'à se féliciter du *voyage* et du cicerone. Mais dans la partie du livre intitulée *Morale et philosophie*, il est un chapitre sur lequel nous nous arrêterons un instant, parce qu'il touche à une question qui non-seulement regarde le médecin, mais est un véritable à-propos. A l'occasion du débat récemment engagé à l'Académie de médecine sur les effets de la

de matière colorante; d'autres fois, en se coagulant, le sang s'étale en membranes, s'allonge en rubans, se réfléchit en poulies autour des tendons vasculaires, envoie des prolongements, des intrications entre les colonnes charnues du cœur, etc.

Ces productions ressemblent au caillot que forme le sang extrait par la saignée; comme lui, elles ont une structure aréolaire et sont infiltrées de sérosité.

Dans cet état, on ne peut les considérer que comme effets cadavériques ou comme un *ultimum moriens*, et non comme des produits morbides.

Cependant une légitime induction a permis quelquefois de rapporter des accidents graves, mortels même, à la formation spontanée de polypes. En pareil cas, si la mort suit de près l'invasion des accidents, le produit morbide ne diffère pas sensiblement du produit cadavérique. Les symptômes, la marche des accidents, des lésions cardiaques concomitantes, certaines conditions étiologiques, viennent éclairer la nature du premier.

Sauf ce cas exceptionnel, admis par induction, les caillots cardiaques analogues aux caillots de la saignée ne sont véritablement que des effets cadavériques.

Il faut d'autres caractères pour en établir l'ancienneté: c'est ce que nous allons chercher à déterminer.

Des caractères qui annoncent l'ancienneté des caillots. — La composition purement fibrineuse, une certaine apparence d'organisation, la fermeté, la cohérence, des adhérences par intrications aux parois du cœur, ont été considérées comme indices d'une coagulation spontanée pendant la vie.

Il me paraît difficile qu'il puisse ainsi s'accumuler dans le cœur des masses de fibrine incolore, quand la circulation n'est pas suspendue pendant un certain temps. L'agitation incessante du liquide sanguin doit s'opposer à une pareille dissociation des éléments qui le composent. Mais, pendant l'agonie, la teinte cyanique des parties extérieures semble annoncer que le sang abandonne dans les capillaires ses globules colorants; il ne serait pas extraordinaire alors que la fibrine, ainsi dépouillée, vînt se coaguler dans les cavités du cœur, au moment où la contractilité de cet organe languit avant de s'éteindre. D'après cela, les masses de fibrine incolore qui encombrent les cavités du cœur ne seraient pas une cause ou un effet morbide, mais un effet de l'agonie.

De la condensation des caillots. — Le *premier caractère* qui décèle la formation d'un caillot pendant la vie, c'est la *condensation* par suite de l'*expulsion de la sérosité* englobée dans ses aréoles. Quand on presse entre les doigts, que l'on malaxe un caillot sanguin, on en fait sortir la sérosité qui l'infiltre, et on le réduit presque au vingtième de son volume. La fibrine, ainsi condensée, devient cohérente, élastique, plus ou moins terne, et semblable aux concrétions qui remplissent d'anciens sacs anévrysmaux; mais il a fallu, pour exprimer cette sérosité, une action physique extérieure. Dans les sacs anévrysmaux, il faut un certain temps pour produire le même effet.

Quand de semblables productions existent dans les cavités du cœur, condensées et dépouillées de sérosité, on est en droit d'admettre que, pour subir cette transformation, elles ont dû exister pendant la vie. Les contractions des ventricules favorisent sans doute cette condensation; mais quand le coagulum habite l'oreillette et surtout son appendice, il n'a, comme les caillots anévrysmaux, que sa rétractilité propre pour chasser la sérosité qui l'infiltre. Il faut dans tous les cas une certaine période de temps pour opérer cette rétraction.

Changement de coloration. — Fibrineux ou cruorique, le caillot change de couleur; ou bien la teinte plus ou moins luisante se ternit, se fonce davantage par la déperdition de la sérosité; elle devient d'un gris jaunâtre ou cendré, avec des nuances violacées, ardoisées, rouge brique, etc., suivant la quantité de matière colorante qu'il a retenue, et qui subit, dans les polypes du cœur comme dans les polypes anévrysmaux, de profondes modifications. Ce sont là, comme la condensation, des caractères irrécusables d'ancienneté. Ajoutons que ces mêmes caractères se retrouvent dans les caillots oblitérants des artères, et dont l'époque de formation ou de projection dans les vaisseaux est parfaitement connue.

Intrication et fixité des caillots. — Les changements qui viennent d'être indiqués sont indépendants de toute connexion avec l'endocarde. Des caillots libres de toutes parts peuvent les subir; mais, le plus ordinairement, ils adhèrent à l'intérieur du cœur, enchevêtrés par des prolongements *polypiformes*, par des intrications avec les colonnes charnues et ses tendons valvulaires.

Souvent ils sont surmontés d'un nombre plus ou moins considérable de filaments, de cordons, de rubans fibrineux, qui forment des anses derrière les colonnes du cœur, attachées au caillot par leurs deux extrémités; ou bien une extrémité libre va se perdre entre ces colonnes, où souvent elle

---

ligature de l'œsophage, une sorte de *tolle* s'est élevé dans la presse médicale contre les vivisections. L'un demande *si la science véritable a beaucoup à gagner à de pareilles recherches;* un autre, après avoir reconnu que la *science pratique et appliquée* en a retiré d'*incontestables services*, doute néanmoins qu'elles soient *indispensables*. Un honorable praticien, dans une lettre à la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, accuse les expérimentateurs de *péché mortel*.

M. Fée, amené à cette question par une dissertation sur la protection qu'on doit aux animaux, la traite plus largement. Loin de contester le droit des vivisections, il énumère avec une satisfaction visible les avantages qu'elles ont procurés à la physiologie, à la toxicologie, à la thérapeutique. Tout ce qu'il déplore, ce sont les *sacrifices inutiles*, ce sont les immolations accomplies *par des mains ignorantes*, ou répétées par pure curiosité. « Si j'étais roi de Naples, ajoute-t-il, je voudrais que l'on prouvât l'existence du gaz carbonique près du sol (dans la *grotte du Chien*) avec une simple allumette. » Nous sommes parfaitement de cet avis, et même, si nous étions roi de Naples, nous aurions pitié d'autre chose encore que de la race canine. Condamner l'abus, à la bonne heure; il n'est jamais moral de jouer avec la douleur; mais nous ne comprenons pas qu'on subordonne les grands intérêts de la science à une question de sensibilité, quand dans tous les temps, dans tous les lieux, et presque en ce moment, on bat des mains à d'immenses immolations d'hommes pour des intérêts souvent moins recommandables. Nécessité pour nécessité, celle qui naît de la poursuite d'une vérité utile est plus respectable que celle qui est créée par la conquête d'une province; et, tout en éprouvant personnellement une grande répugnance pour les vivisections, nous nous y résignons volontiers, quand nous songeons au prix du sacrifice, qui est un flambeau allumé dans l'antre du crime, une garantie offerte à l'innocence, une notion plus exacte de notre propre organisme, et, nous ajoutons le salut des malades, car la physiologie a cette fin suprême.

A. DECHAMBRE.

aboutit à une petite concrétion fibrineuse profondément cachée dans leurs anfractuosités.

Ces intrications, toutes mécaniques, ne peuvent servir à la détermination de l'ancienneté des caillots ; il n'en est pas de même des adhérences dont il va être question.

Adhérences des caillots. — L'étude des lésions anatomiques nous a permis d'établir plusieurs degrés d'adhésion entre les polypes et l'endocarde.

1er *degré.* C'est une sorte d'agglutination facile à détruire, sans altération notable de la membrane vasculaire. L'adhésion a lieu au moyen d'un fluide plastique (exhalation normale condensée) que l'on voit filer au point de séparation, quand on détache lentement le caillot. Elle est toujours partielle, car la vie serait incompatible avec un caillot adhérent de toutes parts dans une cavité, et faisant obstacle absolu au passage du sang. Il en peut être ainsi pour des caillots récents qui ont déterminé la mort. Mais, pour établir une filiation entre les symptômes qui l'ont précédée et de semblables productions, nous n'avons que l'induction, trop souvent trompeuse.

2e *degré.* La connexion est plus marquée, plus difficile à rompre. Il semble parfois que l'endocarde remonte sur le caillot, avec lequel on le dirait confondu au point d'union. Il n'en est rien, cependant. La matière plastique qui a soudé le caillot à cette membrane s'est étalée sur la ligne de séparation, s'y est lissée, polie, de manière à paraître une continuation de l'endocarde sur le caillot. Le manche d'un scalpel suffit pour les séparer.

Mais dans ce cas la membrane est altérée ; elle est dépolie, tachetée ou piquetée de rouge, rugueuse et chagrinée, recouverte d'une couche membraniforme ou surmontée de débris que le caillot a laissés à sa surface.

Sur la partie adhérente du caillot, mais seulement à sa superficie, existe un sablé, un piqueté rouge, en rapport avec celui de la membrane vasculaire. Je n'ai jamais trouvé de vaisseaux distincts pénétrant dans la profondeur du polype.

3e *degré.* Ici la confusion du caillot avec l'endocarde paraît complète. Cela a lieu principalement pour les concrétions membraniformes minces, intriquées avec les tendons des valvules dont elles paraissent être le prolongement, et aux altérations desquels elles ont une certaine part. Cette confusion n'est pas telle, néanmoins, que l'on ne puisse encore les séparer par une dissection attentive.

Mais il est un moment où la confusion devient complète : c'est quand de la matière calcaire passe de l'endocarde dans ces productions. Cela arrive quelquefois aux concrétions dont il vient d'être parlé, mais principalement aux végétations verruqueuses qui bordent les orifices ou les valvules. Leur pénétration par de la matière calcaire n'est pas plus que pour d'autres concrétions un signe de vitalité : cette matière a dû les pénétrer par une sorte d'extravasation et d'imbibition.

Organisation des caillots. — Ce qui précède me dispense d'entrer dans de grands développements sur la prétendue *organisation* des concrétions sanguines, apportée en preuve de leur existence pendant la vie.

Une texture fibreuse, lamelleuse, aréolaire, la fermeté, la cohésion, sont-elles des signes d'organisation? En aucune manière. Les masses de fibrine condensées qui remplissent les anciens sacs anévrysmaux n'ont aucun caractère organique; elles n'ont avec la poche qui les enveloppe aucune communication vasculaire; elles peuvent être facilement détachées, énucléées; jamais elles ne se transforment et ne revêtent la texture des membranes avec lesquelles elles sont en contact; il faut, pour que la fibrine acquière la faculté de s'organiser, qu'elle reçoive le baptême de l'inflammation, qu'elle ait été élaborée par un tissu enflammé. Ainsi l'organisation, que l'on donne comme caractère d'ancienneté, n'est autre chose que la disposition *fibreuse* de la fibrine coagulée à l'air libre comme dans les vaisseaux.

Sous ce rapport, j'adopte complétement l'opinion de M. le professeur Cruveilhier, qui considère comme *mort* tout caillot formé pendant la vie. Cependant ces agrégats de fibrine subissent des modifications qui les rapprochent des productions inflammatoires ou organiques. Ce sont ces modifications que nous allons maintenant passer en revue.

Ramollissement des concrétions. — La diminution de cohésion, la déliquescence, la purification même des caillots, sont une des circonstances les plus curieuses de l'histoire de ces productions.

Presque toujours partielle et le plus souvent centrale, cette altération peut néanmoins se montrer entre les couches superficielles des caillots, et du côté opposé aux adhérences.

Le ramollissement consiste dans une diminution de cohésion, une sorte de friabilité. Sous une enveloppe fibreuse d'un rouge brun, assez ferme, on voit une substance lamello-aréolaire, comme feutrée, de couleur de café au lait, diversement nuancée de jaune, de rouge, de noir, offrant une certaine ressemblance avec le tissu placentaire, très friable surtout dans ses parties les plus centrales.

Ou bien cette substance est d'un gris jaunâtre, grenue, et rappelle l'aspect du tissu testiculaire; d'autres fois, une couleur de rouille se joint à la friabilité; ailleurs, c'est une matière grenue, rougeâtre, molle, comparable à une bouillie faite avec du son de froment; ou bien la partie devenue friable est blanchâtre, et paraît infiltrée du pus que l'on exprime en raclant avec le dos d'un instrument. Cette dernière altération est rare; car, je le répète, le ramollissement, ordinairement central, donne lieu à la formation de kystes fibrineux, dont la couche extérieure, ou poche, plus ou moins ferme, contient les produits de la déliquescence.

Des kystes fibrineux. — Ces kystes peuvent exister dans toutes les cavités du cœur; plus fréquents, néanmoins, d'après un relevé que j'en ai fait, à droite qu'à gauche, dans la proportion de 2 : 1; plus fréquents dans les ventricules que dans les oreillettes, et rares surtout dans la droite. On les trouve renfermés dans l'appendice de celle-ci, fixés au voisinage d'un orifice, logés dans des anfractuosités, accolés à quelque point de ces cavités, ou à la pointe de ces ventricules; ils peuvent être parfaitement libres de toutes intrications ou adhérences.

Quelquefois isolés, le plus souvent multiples et au nombre de 2 à 6 ou plus, ils occupent alors un seul côté ou les deux côtés du cœur, les ventricules ou les oreillettes.

Leur volume varie depuis celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon ou même de poule. Ce volume est en raison inverse du nombre des concrétions; quand elles sont multiples, on conçoit l'impossibilité de l'existence simultanée de plusieurs de ces productions, formant un volume capable d'obstruer les cavités du cœur.

Leur forme est globuleuse, pyramidale, ovoïde, bilobée et séparée alors en deux loges par un canal étranglé extérieurement; ils peuvent être traversés par des colonnes charnues·

entourées d'une gaîne de fibrine, expansion de la paroi du kyste.

Dans toutes ces formes, les caillots ont des dimensions plus ou moins étendues dans tous leurs diamètres. Il semble que cette disposition soit de nécessité pour leur ramollissement; car les concrétions plates ou rubanées paraissent dévolues à la condensation.

La *poche kysteuse* est extérieurement plus ou moins lisse, ou bien inégale et bosselée. Dans certains cas, après sa séparation de la paroi du cœur, elle offre à sa surface l'empreinte des saillies et anfractuosités de cette paroi. C'est probablement cette espèce de kystes que Dupuytren comparait à la face interne de l'estomac du veau. De cette surface s'élèvent souvent des prolongements filamenteux, débris d'intrications rompues.

Il n'est pas rare de voir ce kyste enveloppé d'une couche fibrineuse récemment coagulée, et qui semble indiquer un mode de formation de caillots par couches concentriques. On dirait qu'autour d'un caillot il y a une tendance à la stratification de nouvelles couches de fibrine.

D'autres fois, le kyste est surmonté d'une sorte de caillot annexe assez intimement uni avec lui, mais pouvant en être séparé nettement avec facilité. C'est un caillot surajouté, et qui indique un mode d'accroissement différent du précédent: là, en effet, il s'agit de couches concentriques; ici, c'est une stratification irrégulière.

La face interne de la poche kysteuse est inégale, granuleuse, comme tomenteuse, déliquescente, et paraissant alors se confondre insensiblement avec le liquide contenu. Plus rarement cette paroi est unie; elle a paru, dans un cas, comme vascularisée, mais ce n'était là qu'une apparence trompeuse de véritable vascularisation.

L'épaisseur des parois du kyste est variable de 1 à plusieurs millimètres; égale dans tous les points, elle peut offrir des parties plus épaisses que les autres.

Elle est formée de fibrine grisâtre, cendrée, ardoisée, jaunâtre, ou diversement nuancée de rouge-brique, etc., partiellement ou en totalité; elle a la cohésion, la fermeté d'une fausse membrane concrète, du blanc d'œuf durci, sans trace aucune d'organisation réelle.

La cavité du kyste, assez exactement en rapport avec sa forme extérieure, est uniloculaire, biloculaire, divisée par des colonnes charnues qui la traversent; elle est plus rarement irrégulière, anfractueuse; elle se prolongeait, dans un cas, dans l'épaisseur d'un pilier fibrineux élevé de la surface du caillot.

La substance contenue dans ces kystes est ou de la fibrine déliquescente, ou une sanie analogue à la sanie splénique, du pus sanieux ou du pus crémeux. Au milieu de caillots condensés, nous avons trouvé des vésicules remplies de sérosité limpide ou légèrement colorée en rouge.

Maréchal (*Journ. hebd.*, t. II) rapporte un cas de kyste purulent au centre duquel existait un noyau parsemé de stries blanchâtres. Il explique la formation de ce kyste par la fonte purulente, invoquant en faveur de cette opinion la présence du noyau central. Le ramollissement, ici, n'aurait pas commencé par le noyau du caillot, mais par les couches avoisinantes. C'est ainsi que se ramollissent bon nombre de tubercules chez les enfants. Toutefois, le fait de Maréchal est exceptionnel, le ramollissement étant central dans la majorité des cas.

D'où vient le liquide contenu dans le kyste? Les altérations qui viennent d'être passées en revue établissent une sorte de filiation entre le ramollissement central, la déliquescence et la purification des caillots, effets d'une décomposition spontanée ; mais ces faits si simples en apparence ont été diversement appréciés : de là la nécessité de nous arrêter un instant sur leur interprétation.

La purulence des caillots peut avoir pour causes : 1° la pénétration dans leur épaisseur, au moment de leur formation ou après leur développement, de pus sécrété par la membrane vasculaire enflammée; 2° une disposition pyogénique; 3° une décomposition intestine.

La première hypothèse est professée par M. Cruveilhier, qui en a fait aux caillots cardiaques l'application qu'il en avait faite aux caillots intraveineux. La purulence des caillots, dans cette supposition, est due à leur pénétration par les produits de l'inflammation de la membrane vasculaire, toujours déposés ou transportés au centre du coagulum sanguin.

Malgré l'imposante autorité du savant professeur, je ne puis admettre cette version. Si dans les caillots ramollis du cœur le pus est central, il existe parfois aussi entre des couches superficielles et du côté même qui est opposé aux adhérences. D'un autre côté, il s'en faut que dans les oblitérations des veines le pus phlébitique soit exclusivement confiné au centre des concrétions; il existe également dans tous les points de son épaisseur, et même à sa superficie. Il y a d'ailleurs d'autres différences entre les caillots cardiaques et les caillots intraveineux; et je ne pense pas que la purulence des uns rende raison de celle des autres.

Souvent les polypes purulents sont libres, ou ne sont liés que par des intrications avec les parois du cœur. Comment concevoir, en pareil cas, la pénétration du pus dans l'épaisseur du caillot? Souvent aussi on ne trouve pas d'endocardite; et, en admettant que cette inflammation existe parfois, il faudrait établir qu'elle a donné lieu à une exhalation de pus, ce qui est au moins contestable. Dans la supposition d'une endocardite, d'un accolement du caillot au point enflammé, d'une exsudation purulente en ce point, il y aurait encore à expliquer pourquoi, dans l'hypothèse de la pénétration du pus, ce liquide a pu gagner le centre du caillot sans laisser de traces de son passage à travers les parois du kyste.

En résumé, si pour les caillots intraveineux provoqués par une phlébite il est rationnel d'admettre que le pus dont ils sont formés a été fourni par la membrane enflammée, il n'existe aucune raison plausible d'attribuer à une cause semblable la purulence des polypes cardiaques.

La seconde hypothèse, qui rattacherait la purulence des caillots à la pyoémie, a plus d'un argument en sa faveur.

Le premier, c'est la coexistence sur un point de l'économie d'un foyer de suppuration. L'analyse de 16 observations nous a fourni le résultat suivant : la phthisie existait dans 7 cas; dans 3, du pus est signalé dans les veines, et dans les artères dans 3 autres ; 2 fois il existait des phlegmasies pulmonaires, dont une avec engorgement hémoptysique ; dans 2 autres cas, les coïncidences ne sont point indiquées. Il résulte de ce relevé que, dans la grande majorité des cas, il y a coïncidence d'une suppuration sur quelque point de l'économie avec la présence des kystes purulents dans le cœur. Cela suffit-il pour établir des rapports de causalité entre ces deux faits, pour admettre que le kyste purulent n'est autre chose qu'un englobement de pus par de la fibrine concrète? Oui pour le premier terme de la conséquence, mais non pour le second. Les rapports de causalité me semblent prouvés par

la fréquence des coïncidences ; l'englobement du pus me paraît devoir être rejeté par les raisons qui militent en faveur de la troisième hypothèse, le ramollissement et la purification des caillots.

Ces raisons se déduisent de la déliquescence graduelle des concrétions, de la présence dans les cavités du cœur de concrétions multiples à différents degrés de décomposition, et marquant, pour ainsi dire, les transitions qui existent entre le ramollissement simple et la purulence.

La purification des caillots n'est point un fait anormal. La fibrine, coagulée dans un vaisseau préalablement enflammé par une solution caustique, se convertit en pus (Gendrin); cette substance, concrétée dans le cœur, devient un corps étranger, à peu près comme le plasma déposé dans les mailles du tissu cellulaire enflammé, comme le tubercule développé au sein des tissus. Étrangers à la vie nutritive, ces divers produits tendent presque toujours à se ramollir, et ce ramollissement procède ordinairement du centre à la périphérie.

Le ramollissement central des caillots cardiaques, soumis aux mouvements alternatifs de diastole et de systole, a peut-être pour cause ces pressions répétées qui condensent la surface et produisent l'attrition des parties centrales, par un mécanisme analogue à celui qui blettit les fruits soumis à des pressions réitérées. Je dois faire observer que cette cause, si elle est réelle, ne serait applicable qu'aux caillots intraventriculaires, la décomposition spontanée à l'abri du contact de l'air, sous l'influence de la chaleur, étant un fait suffisamment motivé.

Dans ma thèse, j'avais admis que la purulence des caillots impliquait leur vitalité. Cette opinion me paraît devoir être éloignée par les motifs qui ont été précédemment exposés.

Que devient le kyste après un séjour prolongé dans les cavités du cœur?

Nous avons rencontré des kystes à parois presque pelliculaires; il est possible que ces parois finissent elles-mêmes par se liquéfier et être éliminées. Nous avons trouvé des kystes ouverts et vidés; rien ne s'opposerait à la fonte complète de leurs parois, mais il est plus à craindre que les débris ne soient détachés et lancés dans le torrent de la circulation, où ils déterminent des obstructions plus ou moins graves (1).

(*La suite prochainement.*)

DE LA GLYCOSURIE PHYSIOLOGIQUE DES FEMMES EN COUCHES, DES NOURRICES ET D'UN CERTAIN NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES, par M. le docteur HIPP. BLOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté; travail lu à l'Académie des sciences de Paris, dans la séance du 6 octobre 1856.

Jusqu'à présent l'existence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est à-dire du diabète.

Les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré, et dont j'ai l'honneur de donner aujourd'hui le résumé succinct à l'Académie, m'ont fourni des résultats qui dorénavant devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que : *le sucre existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.*

Je dirai, afin de donner plus de poids à ces résultats, que je me suis associé, pour la partie chimique de ce travail, M. Réveil, professeur agrégé à l'École de pharmacie, et que, dans plusieurs circonstances, j'ai eu recours aux lumières de M. Berthelot dont les beaux travaux en chimie organique sont connus de tous. La plupart des faits consignés dans cet extrait ont d'ailleurs été montrés par moi à un grand nombre de médecins, et en particulier à deux membres de l'Académie des sciences, M. Rayer et M. Cl. Bernard.

Pour arriver à la démonstration du fait que j'annonce, j'ai eu recours à tous les moyens généralement employés pour déceler le sucre dans un liquide. Voici dans quel ordre ils ont été successivement mis en usage :

Tout d'abord les urines en expérience ont été traitées par la liqueur cupro potassique titrée; c'est celle de Fehling qui m'a toujours servi; et, pour éviter toute erreur, ces urines ont été préalablement purifiées par l'acétate de plomb, puis par l'acide sulfhydrique, afin de les débarrasser des principes autres que le sucre qui auraient pu réduire la liqueur réactif. Dans la dernière moitié de mes recherches, ce mode de purification a été remplacé par un autre plus simple, plus expéditif, et très souvent employé par M. Cl. Bernard dans ses beaux travaux sur la glycogénie, à savoir, la filtration sur le charbon animal.

Comme deuxième réactif, j'ai employé les alcalis caustiques (potasse, chaux) qui ont donné avec l'urine décolorée par le charbon une belle couleur brune plus ou moins foncée.

Comme troisième et principal moyen de vérification, j'ai eu recours à la fermentation au contact de la levûre de bière, en ayant toujours soin de faire comparativement l'essai de la levûre employée, soit avec de l'urine non sucrée, soit avec de l'eau distillée, prises en égale quantité et mises dans les mêmes conditions. Toujours j'ai obtenu, d'une part, de l'alcool facile à reconnaître à ses caractères; de l'autre, de l'acide carbonique facilement absorbable par la potasse. J'ajouterai que je me suis assuré, par contre-épreuve, que le résidu liquide de la fermentation ne réduisait plus la liqueur cupro-potassique. En général, la fermentation, à une température moyenne de 30 à 35 degrés, a mis de douze à vingt-quatre heures à s'opérer. Je mets sous les yeux de l'Académie une partie de l'alcool ainsi obtenu.

Enfin, après avoir concentré et parfaitement décoloré l'urine en examen, j'ai pu voir, grâce à l'extrême obligeance de M. Berthelot, que cette urine déviait à droite le plan de polarisation.

Ainsi donc, le fait capital que je désire établir aujourd'hui, à savoir : l'existence, à l'état normal ou physiologique, du sucre dans l'urine de *toutes* les femmes en couches, de *toutes* les nourrices et d'un *certain nombre* de femmes enceintes, ne peut plus être mis en doute, puisque ces urines présentent réunies ces quatre propriétés qui n'appartiennent qu'aux sucres, à savoir : 1° de réduire la liqueur cupro-potassique ; 2° de brunir les solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux ; 3° de donner, par la fermentation, de l'alcool et de l'acide carbonique; 4° enfin de dévier à droite la lumière polarisée.

Voyons maintenant dans quelles conditions se présente cette *glycosurie physiologique*.

(1) Le liquide contenu dans les kystes fibrineux et qui a toutes les apparences du pus est-il en effet du pus? Dans une observation de M. Kirkes (*Gazette hebdomadaire*, 16 mai 1856, p. 349), l'examen microscopique de ce liquide a établi qu'il ne contenait pas un seul globule de pus. Le tout était composé de petites granulations amorphes nageant dans un liquide incolore. S'il en était toujours ainsi, ce serait une preuve de plus à apporter en faveur de l'opinion que nous soutenons sur la nature de la purulence des caillots ou plutôt de leur ramollissement.

Chez toutes les femmes en couches (45 fois sur 45), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosé. Chez beaucoup de femmes, il n'apparient qu'à cette époque; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais le plus souvent en quantité peu considérable.

Si la sécrétion lactée se continue, le sucre continue de passer dans l'urine avec des variations quotidiennes encore inexpliquées; quand la sécrétion lactée est abondante, la proportion de sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée : aussi l'examen des urines peut-il servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement; si l'état morbide fait place à la santé et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît; enfin, les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste : j'en ai trouvé des proportions très notables (8 grammes sur 1000 grammes d'urine) chez une nourrice qui allaite depuis vingt-deux mois. Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces femmes, enceintes, en couches ou nourrices, ne présentent aucun des symptômes du diabète; au contraire, leurs urines sont, en général, d'autant plus riches en sucre que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents individus : plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer. Chez ces dernières surtout, la disparition du sucre peut offrir quelques alternatives : il m'est arrivé d'en trouver un jour, de n'en pas constater le lendemain, et d'en retrouver le surlendemain. Mais, ce qui est constant, c'est la réduction du sucre à de très faibles proportions dès que la tuméfaction mammaire consécutive au sevrage a disparu.

D'après ce qui précède, il me paraît impossible de ne pas admettre que cette *glycosurie physiologique* est en rapport avec la sécrétion lactée. Nous verrons plus tard quelle est la nature intime de ce rapport; qu'il me suffise aujourd'hui de l'avoir établi.

J'ai dit plus haut que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation; j'ajouterai qu'elle est le plus ordinairement beaucoup moindre que dans le diabète. La quantité que j'ai pu ainsi constater a varié depuis 1 et 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1000 grammes d'urine. Je ferai seulement observer, à ce propos, que ces quantités se sont présentées dans l'urine du matin, c'est-à-dire dans celle qui peut-être est la moins riche. Quoi qu'il en soit, il reste aujourd'hui bien démontré que *l'urine de toutes les femmes en couches, celle de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes contient normalement du sucre.* Chez ces dernières, les femmes enceintes, le sucre se rencontre *environ* dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très développés; elle manque, au contraire, quand les mamelles restent, pour ainsi dire, indifférentes à ce qui se passe dans l'utérus.

Cette *glycosurie physiologique* bien reconnue chez la femme, il était tout naturel de penser que, dans les mêmes conditions, elle existait également chez les femelles des différentes espèces d'animaux mammifères; mais, désireux de ne m'en rapporter qu'à l'observation directe, je poursuis en ce moment mes recherches sur l'urine des animaux, et je puis dès à présent annoncer à l'Académie que le même phénomène se produit chez la vache. En effet, sur 9 observations recueillies sur 9 animaux de cette espèce, je l'ai constaté neuf fois, c'est-à-dire dans tous les cas. Si l'Académie veut bien le permettre, j'aurai l'honneur de lui communiquer dans une prochaine séance le résultat de mes nouvelles investigations; en même temps, je déterminerai, autant qu'il me sera possible, l'espèce de sucre à laquelle nous avons affaire, ce qui m'amènera tout naturellement à l'exposé des théories les plus probables de ce que je serais presque tenté d'appeler une nouvelle fonction. Pour aujourd'hui, dans la crainte d'abuser des moments de l'Académie, je m'en tiendrai à ce simple énoncé, me réservant de lui adresser plus tard les observations détaillées dans le mémoire complet que je prépare sur ce sujet intéressant.

CONCLUSIONS. — 1° Il existe une *glycosurie physiologique* chez *toutes* les femmes en couches, chez *toutes* les nourrices et chez la *moitié* environ des femmes enceintes.

2° Ce fait intéressant est démontré :

a. Par la réduction de la liqueur cupro-potassique;

b. Par la coloration brune des solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux;

c. Par la fermentation, qui donne d'une part de l'alcool, de l'autre de l'acide carbonique;

d. Enfin, par la déviation à droite du plan de polarisation.

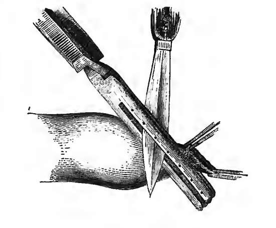
3° Cette espèce de fonction nouvelle est en rapport évident avec la sécrétion lactée : elle diminue considérablement d'activité, cesse même le plus souvent dès que survient un état morbide; elle reparaît avec le retour de la santé et le rétablissement de la lactation.

4° La *glycosurie physiologique* indiquée plus haut existe non-seulement chez la femme, mais aussi chez la vache.

PINCE POUR LA CIRCONCISION, PAR M. MARQUEZ.

En publiant récemment un travail de M. le docteur Marquez, relatif à une nouvelle pince pour la circoncision (n° 37, p. 645), nous y avons joint une figure qui, par suite d'une faute du dessinateur, n'était pas tout à fait conforme au texte du Mémoire. La nouvelle figure que nous donnons ci-contre représente exactement l'instrument lui-même, le bistouri qui sert à la section du prépuce et le procédé suivi pour la section.

A. D.



III.

REVUE CLINIQUE.

Propriétés anesthésiques de l'acide carbonique. — Ponctions capillaires dans le traitement de certaines collections de sang et de pus.

Peu de personnes, que nous sachions, ont cherché à vérifier les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, vanté par M. Simpson, le célèbre accoucheur d'Édimbourg, dans le traitement des maladies utérines. M. Follin, qui s'est livré à quelques recherches historiques sur ce sujet, s'est assuré que la priorité, sous ce rapport, appartient à Ingenhousz. Ce physicien, en effet, a fait l'expérience suivante : après avoir dépouillé de son épiderme l'extrémité d'un doigt, au moyen d'un vésicatoire, il a observé que le contact de l'air provoque une douleur assez vive, que cette douleur augmente d'intensité si le doigt est plongé dans l'oxygène pur, et qu'elle disparaît, au contraire, d'une manière aussi complète que rapide sitôt que le doigt est baigné de gaz acide carbonique. Les mêmes propriétés avaient également été reconnues par un médecin anglais dont le nom nous échappe, puis elles seraient tombées dans l'oubli dont elles ont été tirées par le savant accoucheur d'Edimbourg. M. Follin, curieux de vérifier par lui-même les assertions de M. Simpson, a fait des injections d'acide carbonique chez deux malades du service de M. Jobert, dont il est chargé en ce moment. Un succès complet a couronné ces premiers essais que M. Follin ne tardera pas à multiplier et à étendre. L'appareil qui lui sert à dégager l'acide carbonique, est des plus simples : il consiste en un flacon à trois tubulures contenant du bicarbonate de soude et de l'eau ; dans la tubulure moyenne est fixé un tube de sûreté plongeant dans le liquide ; quant aux deux autres, l'une communique avec un tube de caoutchouc terminé par une canule à injections vaginales ; l'autre livre passage à un entonnoir à robinet par lequel on verse dans le flacon de l'acide tartrique. Le contact de cet acide avec le sel de soude produit un dégagement d'acide carbonique, dégagement que l'on active ou que l'on ralentit à volonté en ouvrant plus ou moins le robinet. Voici, en peu de mots, l'observation d'une des malades de M. Follin :

Obs. — La femme Michel (Denise), âgée de cinquante ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 26 septembre 1856. Elle a cessé d'être réglée il y a environ deux ans ; depuis lors, elle n'a cessé d'avoir des pertes leucorrhéiques très abondantes ; mais ce n'est que depuis le mois d'avril dernier qu'elle a éprouvé des douleurs, dont le siége était surtout dans l'aine gauche. Ces douleurs, sans être continues, se reproduisaient cependant à de courts intervalles, et empêchaient la malade de garder la même position pendant un certain temps ; elles étaient assez incommodes pour la priver de sommeil et d'appétit. Depuis l'existence de ces douleurs, il est survenu un amaigrissement considérable. A l'examen direct, M. Follin a reconnu que le col utérin de cette malade est le siége d'une altération carcinomateuse déjà assez largement ulcérée.

Le 30 septembre, il administra une douche d'acide carbonique. Dès les premiers instants du dégagement du gaz, la malade assure que ses douleurs avaient complétement disparu. Depuis lors, aucun traitement n'a été mis en usage, et les douleurs ne se sont pas reproduites. La malade se lève dans la journée, son appétit est revenu en partie, et déjà son facies commence à s'améliorer.

Le 8 octobre, la malade dit avoir souffert pendant la nuit ; une nouvelle douche est administrée, et procure un soulagement complet.

La seconde malade sur laquelle M. Follin a essayé des douches d'acide carbonique portait également un cancer ulcéré du col utérin. Le succès ne fut pas moins remarquable ; elle a aujourd'hui quitté l'hôpital : c'est pourquoi nous ne rapportons pas son observation qui, du reste, diffère peu de la précédente.

M. Follin se propose d'étendre le cercle des applications des douches d'acide carbonique ; déjà il les a essayées dans un cas de kératite avec photophobie des plus intenses : le courant de gaz n'a été projeté sur la cornée que pendant quelques secondes, et la malade nous a affirmé avoir éprouvé un soulagement notable. Comme on le voit, ces expériences présentent un grand intérêt, et promettent de doter l'art de guérir d'un nouveau moyen de calmer certaines douleurs rebelles à tout autre traitement.

— Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Voillemier a fait connaître une nouvelle méthode de traitement de certaines collections de sang et de pus qui paraît donner les meilleurs résultats, et à laquelle l'auteur a donné le nom de traitement par les *ponctions capillaires*. Elle consiste à pratiquer sur la paroi cutanée de la collection pathologique des piqûres très fines et répétées par lesquelles le liquide est évacué peu à peu.

Le point de départ des observations de M. Voillemier a été le fait suivant : Dans le mois de mars 1853, il donnait des soins, conjointement avec M. Pidoux, à une dame qui avait été renversée par un fiacre, et qui présentait une contusion violente avec épanchement sanguin considérable. Des résolutifs et une légère compression avaient amené la résolution du sang infiltré, quand on s'aperçut qu'en avant du tibia il y avait une tumeur molle de la grosseur d'un œuf, et recouverte d'une peau rouge qui menaçait de se perforer. En face des dangers qui menaçaient la malade, M. Voillemier eut l'idée de faire cesser la tension des téguments en pratiquant des ponctions avec une aiguille ; il fit plusieurs piqûres par lesquelles le sang s'écoula comme par des piqûres de sangsues. Ces ponctions furent répétées plusieurs jours de suite, et produisirent une guérison rapide.

Depuis cette époque, M. Voillemier a eu nombre de fois occasion d'appliquer cette méthode. Voici ce que l'expérience l'a conduit à adopter comme règle :

M. Voillemier a reconnu que le poinçon d'un trocart explorateur est l'instrument le plus convenable pour pratiquer ces piqûres, celui qui permet l'écoulement le plus facile quand une pression douce est exercée sur les parois de la poche, et qui empêche dans tous les cas l'accès de l'air, facilité par le séjour d'une canule dans l'ouverture. Il pratique ordinairement une ou deux piqûres à la fois, et répète cette petite opération tous les jours, pour peu que la collection commence à se reproduire. La tumeur étant doucement comprimée, le liquide s'écoule en bavant ou même en jet. Dans les épanchements peu considérables, la guérison a lieu en six à huit jours ; les épanchements étendus exigent environ quinze jours de ce traitement. S'il apparaît la moindre rougeur autour des piqûres, M. Voillemier applique immédiatement des cataplasmes.

Ces ponctions quotidiennes ont permis à M. Voillemier de suivre pas à pas les transformations qui s'opèrent dans les liquides épanchés à la suite d'une contusion.

Peu de temps après l'accident, le liquide évacué contient en proportions variables tous les éléments du sang : on y trouve beaucoup de sérosité, de la fibrine en moindre proportion que dans le sang normal, des globules sanguins en

grand nombre. Après quelques ponctions, la quantité de la fibrine et le nombre des globules diminuent; au bout d'un certain temps, on ne trouve plus, nageant dans la sérosité, que quelques globules sanguins plus ou moins déformés. Dans certains cas de contusion violente, accompagnée d'inflammation commençante de la poche, la ponction donne issue à un liquide noirâtre, analogue à du sang veineux altéré, dans lequel la fibrine fait défaut, et qui n'offre qu'un très petit nombre de globules sanguins altérés. Quand l'épanchement remonte à une époque éloignée, la sérosité s'est quelquefois résorbée en partie, et la tumeur réduite pour ainsi dire à ses éléments solides. La piqûre fait sortir alors un liquide visqueux, souvent coloré en noir, et ne présentant aucune trace de globules.

A ces liquides épanchés au moment de la contusion ou peu de temps après peuvent s'en ajouter d'autres, tels que de la sérosité véritable, de la lymphe plastique, du pus; mais ces derniers sont toujours des produits consécutifs. M. Voillemier nie l'existence des épanchements primitifs de sérosité. Les liquides accumulés à la suite des contusions varient dans leur composition suivant la violence et l'étendue de la lésion, suivant la région sur laquelle a porté la cause traumatique, l'étendue de la déchirure du tissu cellulaire, l'inflammation consécutive développée dans la poche, le temps écoulé depuis le moment de l'accident; mais toujours dans l'origine ils sont constitués par du sang.

M. Voillemier a appliqué les ponctions capillaires au traitement des collections purulentes, des abcès ganglionnaires en particulier; il s'est servi, dans ces cas, d'un poinçon de trocart un peu plus fort que celui qu'il emploie pour les collections sanguines.

M. Broca a eu occasion d'appliquer deux fois, à l'hôpital Necker, le nouveau mode de traitement préconisé par M. Voillemier, et il n'a eu qu'à s'en louer: des collections sanguines assez considérables ont disparu de cette manière beaucoup plus rapidement que par les moyens ordinaires. Mais comme dans les observations de M. Broca il s'agissait d'épanchechements récents qui, vu leur siége, eussent pu disparaître par résorption au bout d'un temps très court, ces faits sont moins concluants en faveur de la méthode que ceux dans lesquels de vastes collections sanguines ayant leur siége entre la peau et des plans aponévrotiques et existant depuis plusieurs jours, ont disparu en très peu de temps sous l'influence des ponctions répétées. On sait, en effet, que dans ces circonstances la résorption est très difficile et toujours très lente à s'opérer. Un fait de ce genre a été observé par M. Houël. A la suite d'une chute sur le côté gauche, il était survenu, au niveau du grand trochanter gauche, un épanchement sanguin du volume du poing. Une première ponction, pratiquée quinze jours après l'accident, donna issue à environ 100 grammes de liquide séro-sanguin; les ponctions furent répétées les jours suivants: au bout de huit jours, la guérison fut complète. MARC SÉE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *De la dynamoscopie, ou nouveau système d'auscultation*, par M. *V. Collongues*. — « En plaçant l'un des doigts de la main d'un homme à l'état de santé ou malade dans le conduit auditif externe, on entend un bruit continu très semblable à un *bourdonnement*; à ce bruit s'ajoutent, par intervalles irréguliers, des crépitations bien distinctes du bruit de bourdonnement, et qu'on peut appeler *pétillements* ou *grésillements*. Les bourdonnements et les pétillements sont plus sensibles lorsqu'on se sert d'un corps intermédiaire entre le doigt et le conduit auditif. Les meilleurs conducteurs, jusqu'à présent, sont le liége et l'acier. Les bruits entendus appartiennent bien réellement au sujet en exploration et non à l'oreille de l'observateur, pas plus qu'à l'air comprimé entre le tympan et l'instrument explorateur. Preuve : Si l'on appuie le *dynamoscope* contre un corps inerte, ou si l'on introduit dans le godet de l'instrument le doigt d'un cadavre, on ne perçoit aucun de ces bruits. Le bourdonnement est un phénomène général. Les pétillements n'existent qu'à l'extrémité des mains et des pieds. Le bourdonnement et les pétillements, considérés sous le rapport physiologique, varient suivant les sexes, les âges, les tempéraments, les saisons, les climats, l'état de veille ou de sommeil, de fatigue ou de repos, de grossesse.

Étudiés dans certaines circonstances physiologico-pathologiques, comme la douleur pendant les opérations sanglantes, l'électrisation, l'éthérisation, le bourdonnement et les pétillements ont des différences marquées. Pendant les maladies, soit aiguës, soit chroniques, le bourdonnement, doux, lent, continu à l'état normal, devient rude, fort, rapide, et nous l'appelons *bourdonnement roulant*. Il coïncide avec un état morbide exempt de dangers. Si le bourdonnement, au lieu d'être continu, uniforme, devient tremblotant, c'est l'indice d'un état sérieux. S'il est très variable, très inégal, s'il affecte tantôt une note aiguë, tantôt une note grave, il correspond à un état morbide grave. Enfin, l'absence du bourdonnement à l'extrémité des doigts est l'augure d'une mort prochaine. Pourtant dans certaines maladies (paralysie, épilepsie, etc.) le bourdonnement peut ou être nul, ou se supprimer longtemps et reparaître.

Les pétillements dans les états morbides sont très variables. Ils ne tiennent pas plus que le bourdonnement à la circulation, ni à la chaleur animale. Sans rien conclure sur la nature de ces bruits, nous constatons qu'ils sont une résultante de l'action organique. L'absence du bourdonnement de la surface du corps est le signe le plus certain de la mort réelle, qu'elle fait distinguer de la mort apparente. Les variations du bourdonnement indique la marche et le pronostic des maladies. Enfin, l'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie et la fait distinguer de la paralysie simulée. » — (*Comm.* : MM. Andral, Cagniard de Latour, Jobert de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches sur les modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales*; par M. *Demarquay*. (Extrait.) — Dans les maladies chirurgicales suivantes : 1° L'infection purulente et généralisée; 2° les inflammations, l'érysipèle localisé et les plaies; 3° les anévrysmes; 4° la ligature des vaisseaux; 5° la gangrène sénile. — I. L'infection purulente et l'érysipèle donnent une élévation de la température animale de 2 à 3 degrés. — II. Tandis que les inflammations circonscrites, comme le phlegmon et l'érysipèle localisé, impriment à la partie malade une augmentation de température variable entre 1 et 5 degrés, comparativement aux parties du côté opposé restées saines. De la glace appliquée sur ces parties malades abaisse promptement la température. Cet abaissement est passager, car dès que celle-ci est enlevée, les parties non-seulement reviennent à leur état primitif de température, mais le dépassent même. — III. Un anévrysme vrai, le membre restant sain, ne fait éprouver aucune variation à la température animale. L'anévrysme artérioso-veineux, au contraire, donne lieu, au membre inférieur surtout, à une élévation de la température de 1 à 2 1/2 degrés. — IV. Hunter et son école s'étaient occupés de l'influence de la ligature des vaisseaux sur la température animale. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont contradictoires. Il résulte de mes expériences que la ligature de l'artère et de la veine dans un ané-

vrysme artérioso-veineux du membre inférieur donne lieu à une élévation de la température, tandis que la ligature seule de l'artère principale d'un membre a donné toujours un abaissement de la température. — V. Il en est de même de la gangrène sénile, qui a toujours amené un abaissement de la température animale dans les parties situées au-dessus des parties mortifiées, abaissement qui a varié entre 1 et 5 degrés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE.

Analyse du travail lu par M. le docteur *Tholozan*, et intitulé : *Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 et de 1855.*

Les résultats énoncés par l'auteur de ce travail ont été recueillis à Constantinople dans le principal hôpital de l'armée pendant les mois de décembre 1854, janvier, février et mars 1855. M. Tholozan a examiné et traité, pendant le premier hiver que l'armée a passé sous Sébastopol, 1200 malades, qui ont donné lieu à 290 décès. Les affections qui causèrent cette mortalité considérable sont le choléra, la dysentérie, le scorbut et le typhus.

Le choléra, dit l'auteur, se montre souvent aux armées dès que la constitution épidémique ou endémique prête à son développement. Il en est autrement de la dysentérie, du scorbut, du typhus. Ces maladies naissent aux armées, dans les garnisons nombreuses, dans les camps, dans les villes assiégées; elles remplacent, dans ces circonstances, les formes morbides qui se montrent en temps de paix dans les conditions ordinaires de la vie militaire.

Telles que nous les connaissons, ces maladies forment des groupes morbides totalement distincts les uns des autres. Quand elles viennent à se combiner, à se compliquer l'une l'autre, et quelquefois toutes trois à la fois, pour former, comme cela a été observé si souvent aux armées, des maladies composées, des espèces mixtes, l'étude de ces affections devient plus difficile. Alors les scorbutiques délirent comme dans le typhus, ou bien ils succombent au flux dysentérique; les sujets atteints de typhus ont la dysentérie et deviennent scorbutiques. Le plus souvent, dans ce mélange d'influences morbides diverses, il y a de telles anomalies que les signes propres à l'une des entités morbides disparaissent et sont remplacés par des signes d'une importance moindre. Ainsi, dans le typhus, l'éruption caractéristique si bien décrite par W. Jenner n'apparaît pas quand cette affection se complique de dysentérie; la fièvre continue qui la caractérise disparaît aussi, le délire persiste quelquefois très intense, d'autres fois les malades n'ont que la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'insomnie, sans chaleur fébrile. Cette dysentérie est une de celles qui sont éminemment contagieuses et qui engendrent le typhus. Ainsi, dans le scorbut compliqué de dysentérie, l'altération des gencives manque, les infiltrations sanguines n'existent pas, les douleurs scorbutiques, dont les caractères sont généralement peu connus, l'anémie des gencives, la teinte terreuse de la peau, sont les seuls symptômes auxquels on peut reconnaître la cachexie scorbutique. D'autres fois, la fièvre et les autres symptômes du typhus s'arrêtent brusquement, et l'on voit apparaître le scorbut dans sa forme la plus grave, c'est un exemple de mutation d'une maladie en une autre; l'observateur qui n'est pas prévenu de ces phénomènes, croit encore avoir affaire au typhus. Plus souvent, le scorbut et le typhus se combinent, alors il y a de la fièvre, de l'œdème de la face, une coloration subictérique de la peau, un délire plus intense et plus persistant que dans le typhus ordinaire, des gangrènes graves de la bouche et des extrémités. L'auteur est arrivé, par l'analyse d'un grand nombre d'observations, à cette opinion, que les maladies observées à Constantinople à la fin de 1854 et au commencement de 1855 étaient des maladies complexes, dans lesquelles le scorbut, le typhus, la dysentérie avaient chacun leur part, et où venait s'ajouter encore l'influence cholérique.

Les matériaux nombreux rassemblés dans ces circonstances se prêtent difficilement à un compte rendu succinct. M. Tholozan ne présente à l'Académie que les résultats nécroscopiques qu'il a obtenus.

Sur 79 autopsies, on a noté 47 fois des altérations du cerveau ou de ses membranes.

De prime abord, on pourrait croire que le typhus, qui s'accompagne toujours de perversion dans les fonctions du système nerveux, est une des causes déterminantes des lésions cérébrales; mais il ressort des observations cliniques recueillies que, dans plusieurs cas dans lesquels les altérations de la pulpe cérébrale étaient très prononcées, il n'y avait eu ni délire ni coma. Une étude attentive des faits a permis de conclure que les altérations les plus fréquentes et les plus graves du cerveau, l'accumulation de sérosité dans les ventricules, avec ramollissement, et souvent destruction d'une partie des parois ventriculaires, ou bien l'induration de ces parois, l'anémie du cerveau, le ramollissement ou l'induration de la substance cérébrale, ne relèvent point du typhus, considéré comme une maladie fébrile spécifique, à marche aiguë et déterminée

L'auteur range ces diverses altérations sous la dénomination générale de « vices de nutrition, » voulant indiquer par là qu'elles s'éloignent complétement des inflammations.

Le *cœur* a présenté 69 fois des altérations anatomiques qui méritent d'être notées. Les unes (péricardite, hydropéricarde, endocardite, etc), n'ont pas de rapport précis avec les maladies observées, elles sont l'expression d'accidents morbides exceptionnels survenus chez quelques sujets. Il en est autrement des lésions suivantes : le cœur avait un volume notablement réduit 26 fois, le tissu musculaire du cœur était décoloré et blanchâtre 23 fois, jaunâtre 8 fois ; 18 fois l'atrophie coïncidait avec la décoloration.

Le foie, à côté de quelques lésions à noter dans les cas particuliers (cirrhose, calculs, abcès), a présenté des altérations qui, par leur chiffre de fréquence et leur coïncidence avec des lésions graves du cerveau et du cœur, ont une importance majeure. 29 fois sur 79 autopsies on a noté une réduction notable du volume de cet organe. Cette atrophie, sans changement notable dans la forme de l'organe, portait sur tous les diamètres, mais principalement sur le lobe gauche et sur le bord tranchant.

Les reins ont présenté 48 fois des lésions dans les 79 autopsies analysées. Les altérations principales ont été 14 fois la diminution notable du volume et du poids de ces organes, 11 fois leur hypérémie, 6 fois l'état jaunâtre avec épaississement de la substance corticale, 2 fois le développement de cette substance uni à son infiltration purulente, 3 fois l'augmentation de volume uni au ramollissement, 2 fois l'hypertrophie simple de la substance corticale, 5 fois la décoloration unie à la friabilité, 2 fois la dégénérescence granuleuse.

Les poumons ont montré 21 fois des lésions, 5 fois la tuberculisation, 3 fois la pleurésie, 1 fois l'œdème, 2 fois la carnification, 5 fois l'hépatisation rouge, 4 fois l'hépatisation grise, 1 fois la gangrène. Parmi les 9 cas d'hépatisation, il y en a 5 dans lesquels la lésion pulmonaire a été dominée pendant la vie par des symptômes généraux étrangers à la pneumonie.

Les altérations de la muqueuse gastro-intestinale, les plus fréquentes de toutes les lésions, sont en même temps celles qui méritent le plus de fixer l'attention au point de vue du début de la maladie. 7 à 800 malades, sur les 1,200 examinés, avaient eu de la diarrhée avant le début des accidents morbides qui les conduisirent dans les hôpitaux. Les 79 autopsies donnent 65 fois des altérations des gros intestins, 42 fois des lésions de l'intestin grêle, 38 fois des lésions de l'estomac. Ici l'auteur fait l'énumération de chacune de ces lésions, et en donne l'interprétation.

La muqueuse de la vessie, qu'on trouve rarement altérée dans les fièvres, dans la dysentérie, et dont les lésions dans le scorbut n'ont pas été décrites, a présenté, dans 45 cas où elle a été examinée, 8 fois des taches sanguines siégeant dans la muqueuse ellemême. Ces ecchymoses arrondies avaient de 2 à 5 millimètres de diamètre, elles étaient rosées ou rouge foncé, quelquefois au nombre de 2 ou 3 ; dans certains cas, toute la muqueuse vésicale en était couverte.

La peau était manifestement altérée dans une grande partie des cas; elle était sèche, rugueuse, décolorée; elle avait perdu ses poils; les orifices des follicules pileux étaient saillants, noirâtres ou rougeâtres. L'auteur a noté la coloration ictérique 2 fois, l'ecthyma 3 fois, le rupia 2 fois, l'ulcération de la cornée 1 fois, l'anasarque 3 fois. Dans 8 il y avait des ecchymoses scorbutiques anciennes ou récentes. Dans 7 cas seulement les gencives présentaient des altérations scorbutiques caractérisées. Les muscles du pied, et, dans quelques cas, ceux de la jambe, ont présenté 5 fois un état de décoloration qui les faisait ressembler à une chair macérée et tout à fait blanchâtre. Ces parties avaient conservé toute leur consistance.

Le tissu graisseux de la plante du pied, celui de la paume des mains, ou bien celui qui forme le coussinet sur lequel repose le ligament rotulien, ou bien les vésicules graisseuses situées contre le fémur, au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, ont présenté dans les 79 autopsies des altérations curieuses. On trouvait les vésicules graisseuses sous-cutanées fortement injectées, depuis le rouge clair jusqu'au rouge noir. La couleur jaune de la graisse avait disparu derrière la forte injection et même l'état ecchymotique de l'enveloppe celluleuse des vésicules. Ce n'est point une ecchymose sous-cutanée, c'est un état anatomique particulier et fort peu connu du tissu graisseux.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord en 1855. — *b*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de Vaucluse et de la Corse. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Vallez* (de Bruxelles), qui transmet un exemplaire de son traité théorique et pratique de médecine oculaire, et qui sollicite le titre de membre correspondant étranger. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Merland* (de Napoléonville) sur la pratique de la vaccine dans le département de la Vendée, en 1855, suivi de quelques réflexions sur la nécessité des revaccinations. (*Commission de vaccine.*) — *c*. Une note de M. le docteur *Bédor* (de Troyes), intitulée : cas remarquable de maladie mentale recueilli au dépôt d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes. (M. Baillarger, *rapporteur.*) — *d*. Une réclamation de priorité adressée par M. *Capron* jeune, à l'occasion du bistouri à châsses tournantes, présenté récemment à l'Académie par M. *Charrière* fils. (M. Velpeau, *rapporteur.*) — *e*. Une lettre de M. *Charrière* fils qui déclare n'avoir jamais eu connaissance de l'instrument de M. Capron et ne savoir en aucune façon si cet instrument est semblable au sien ou s'il en diffère. — *f*. Une lettre de M. le docteur *Pons* (de Bez), relative à la théorie de l'évolution et de l'épigénèse. (M. Bourdon, *rapporteur.*)

3° M. *Colin*, d'Alfort, écrit à l'Académie une lettre dans laquelle il se défend du reproche que lui a adressé M. Bouley d'avoir nié qu'il ait soumis un des chiens auxquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage à un *prétendu et insignifiant* traitement hydrothérapique.

4° M. le docteur *Léon Marie* adresse une lettre en réponse à la dernière communication de M. *Broca*. M. L. Marie affirme que, dans la ponction initiale du bubon, il peut arriver qu'une artériole venant de l'iliaque externe soit quelquefois intéressée. — Il invoque à l'appui des faits qu'il a avancés une lettre insérée dans l'*Union médicale* du 25 septembre, et signée par M. le professeur *Leprestre*, l'un des successeurs de Dominel, à l'Hôtel-Dieu de Caen. — Quant au défaut de publicité qu'aurait eu cette méthode, M. L. Marie rappelle qu'elle n'a pas cessé depuis longtemps d'être mise en pratique dans l'hôpital de Caen, qu'elle a été l'objet d'une communication à la Société de médecine de cette ville et que, selon toute probabilité elle a été décrite dans un des volumes que cette Société publie chaque année.

5° M. le *Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur *Jobert*, de Guyonville, un mémoire sur divers troubles de la vue propres à certaines femmes grosses : la diplopie, la triplopie ou la polyopie en particulier. (*Comm. :* MM. Danyau et Cazeaux.)

Lectures et rapports.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. le docteur *Brown-Séquard* lit un mémoire intitulé : *Recherches sur une affection convulsive épileptique consécutive à certaines lésions de la moelle épinière.* — L'auteur résume lui-même dans les propositions suivantes les faits exposés dans ce travail :

1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire une affection convulsive ressemblant beaucoup à l'épilepsie ;

2° Les accès de convulsions chez les animaux ayant eu la moelle épinière coupée peuvent survenir spontanément ou sous l'influence d'irritation de certaines parties de la peau ;

3° Lorsque la moelle épinière a été lésée d'un côté, c'est l'irritation de la face et du col du côté correspondant qui seule peut produire les accès de convulsions ;

4° Si la lésion de la moelle épinière a atteint profondément ses deux moitiés latérales, les convulsions peuvent être produites par l'irritation des deux côtés de la face et du col ;

5° Ce sont les ramifications cutanées des nerfs de la face et du col et non leurs troncs qui ont la faculté de causer des accès quand on les irrite. (*Comm. :* MM. Jobert, Michel Lévy et Bouvier.)

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur *Petit* lit une *Note sur le typhus contagieux*, dont nous nous bornerons à donner une analyse succincte.

Sous le rapport de la prophylaxie, il convient d'aérer les tentes d'une manière continue, d'obliger les soldats à des lotions d'eau de savon, suivies de frictions sèches avec une toile rude. Tous les quinze jours, il est bon de soumettre les soldats à de légères fumigations chlorées. Il faut éviter de réunir les troupes fraîches à celles qui auront fait une campagne pénible, tant que celles-ci conserveront les mêmes vêtements et n'ont pas été soumises aux précautions précédemment indiquées.

Il convient d'entretenir dans les hôpitaux une ventilation continue de jour et de nuit et de faire, trois fois par jour, des fumigations chlorées dans les salles infectées.

Le traitement doit varier nécessairement suivant les localités, le tempérament des malades et surtout suivant l'organe affecté, soit primitivement, soit secondairement. M. Petit s'est bien trouvé, en 1813, des excitants diffusibles, de l'esprit de Mendererus dans une infusion de calamus aromaticus.

Le typhus contagieux et la fièvre typhoïde sont deux maladies parfaitement distinctes. La fièvre typhoïde n'est pas le produit d'une influence miasmatique et n'est pas transmissible comme le typhus.

Le cerveau et le cervelet deviennent principalement le siége de l'inflammation produite par le miasme contagieux du typhus ; aussi beaucoup de typhiques sont-ils affectés de monomanie ; et on trouve dans les nécropsies des traces non équivoques de phlegmasie du cerveau et du cervelet. (*Comm. :* MM. Londe, Lecanu et Collineau.)

Avant la clôture de la séance, M. *Brown-Séquard* reproduit sur des cochons d'Inde les expériences qui ont servi de base à la note dont il vient de donner lecture.

La séance est levée à 4 heures.

Congrès des savants naturalistes et médecins allemands,

tenu à Vienne du 16 au 22 septembre 1856.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 19 SEPTEMBRE.

Les hauts dignitaires de l'État et les ministres, entre autres MM. *de Bach*, *Thun*, *de Krauss*, le prince *de Salm*, le feld-maréchal *Thurn*, le baron *Manuela*, *de Stockhausen*, etc., assistent à la séance.

Sur la proposition de M. Hyrtl, il est procédé à un scrutin sur le choix du lieu de réunion pour l'année prochaine. La majorité se prononce pour BONN.

M. *d'Ettingshausen*, membre de la commission des finances, déclare que la cotisation de chaque membre, rendue superflue par la munificence impériale, sera abandonnée à l'Académie des sciences de Vienne, qui présentera, dans le 33e congrès, un projet pour l'emploi de cette somme (20 à 22,500 francs).

GÉOLOGIE DE L'AUTRICHE. — Mémoire de M. *Cotta* (de Freiberg).

FLORE DES STEPPES KIRGISIENNES. — Mémoire de M. *G. Veesenmeyer.*

Section de chirurgie (Ajournée au samedi 20.)

Section d'anatomie et de physiologie.

Présidence de M. Nasse (de Marburg).

Contraction musculaire. — M. *Fick* fait part de recherches très intéressantes sur la contraction musculaire. Il résulterait d'expériences faites sur les grenouilles, que la fibre musculaire ne se contracte pas dans toute son étendue sous l'influence de l'électrisation des nerfs.

Sur la lymphe. — Lecture de M. *Schwanda* sur la rapidité du cours de la lymphe et sur la quantité de lymphe formée dans un temps donné. Expériences sur les chiens.

SÉANCES DU 20 SEPTEMBRE.

Section de gynékologie et de chirurgie.

Présidence de M. Scanzoni (de Würzburg).

Rétroversion de l'utérus. — M. *Grenser* donne la description d'un cas intéressant de rétroversion de l'utérus, dans lequel le fond de cet organe déchira la portion postérieure du vagin et vint faire saillie au dehors de la vulve.

Cautérisation de la cavité utérine. — Accouchement prématuré artificiel. — M. *Hennig* présente un instrument simple et à bon marché, pour la cautérisation de la cavité utérine. Il démontre aussi un appareil d'induction pour appliquer l'électricité sur la matrice, et provoquer de cette manière l'accouchement prématuré artificiel.

Hystéromètre. — M. *Jacobowitz* dépose sur le bureau un instrument destiné à mesurer la portion vaginale du col utérin.

Section d'anatomie et de physiologie.

Présidence de M. Ludwig (de Vienne).

Galvanisation localisée. — M. *Duchenne* (de Boulogne) donne le résultat de ses études anatomiques et physiologiques sur les mouvements du pied, faites à l'aide du galvanisme localisé.

Chimie organique. — M. *Scheerer* (de Würzburg) a trouvé une méthode nouvelle et sûre pour séparer les uns des autres les composés suivants, dont l'importance est si grande : l'hypoxanthine, la thyrosine, la leucine, et un nouveau corps, décrit pour la première fois par le professeur de Würzburg, la xanthoglobuline, qui, ainsi que la thyrosine, est reconnaissable par ses formes crystallines. Pour les distinguer au lit du malade, M. Scheerer les traite par l'acide azotique ; il évapore et traite par la potasse caustique. Les différentes couleurs de ces deux substances permettent alors de ne plus les confondre.

Anatomie de l'œil. — M. *Czermak* s'étend sur l'appareil chromatique de l'œil humain, et présente un appareil qui en facilite l'étude.

Influence physiologique des mouvements du tronc. — M. *Reclam* (de Leipsick) traite de l'influence des mouvements du tronc sur la circulation, la perspiration et l'évacuation des matières fécales.

Section de chirurgie.

Présidence de M. Roser.

Lithotritie. — M. *Ivanchich* donne le résultat statistique de cent lithotripsies.

Syphilis. — M. *Jacobowitz* décrit les belles planches de maladies syphilitiques qu'il a exposées.

Ténotomie sous-cutanée. — M. *Palasciano* propose la ténotomie sous-cutanée dans les cas d'ankylose : il trouve barbare le procédé d'extension forcée. M. *Fürstenberg* lui fait observer que le chloroforme est venu rendre inutile une méthode proposée par *Dieffenbach*, et M. *Roser* clôt la discussion en déclarant qu'en Allemagne la pratique avait démontré que la ténotomie sous-cutanée était inutile dans la plupart des cas, et que la déchirure sous-cutanée faite par des tractions modérées pendant l'anesthésie du malade donnait des résultats trop beaux pour qu'on dût recourir à un procédé moins sûr.

Ulcères du pied. — M. *Zsigmundi*, dans une lecture sur les ulcères du pied, cite un cas intéressant dans lequel il est parvenu à guérir son malade par la transplantation d'un lambeau pris sur le mollet de la jambe opposée. L'orateur finit par proposer d'emprunter le lambeau à un animal tranquille, un lapin, par exemple. Cette idée soulève de nombreuses objections.

Bain local chaud et prolongé. — M. *Friedberg* a obtenu les plus heureux effets du bain chaud prolongé pendant huit jours, à la suite de l'opération de la boutonnière. M. *Ivanchich* déclare n'avoir jamais eu besoin de ce procédé pour guérir son malade. Après une discussion fort longue, M. *Wattmann* résume la question d'une manière fort lucide, et déclare qu'il n'est pas pour les bains prolongés d'une manière continue pendant huit jours et plus, mais que des bains de trois à quatre heures ont produit chez ses malades les plus heureux effets, et qu'il les conseille aux praticiens.

Section de médecine.

Présidence de M. Zizurin (de Kiew).

Diabète sucré. — M. *Herzfelder* relate divers cas de diabète sucré. Il est parvenu à guérir un jeune homme de vingt-quatre ans, en lui donnant à manger le pain de son, recommandé par *Camplin*, et combiné avec un régime animal. Une récidive a été guérie de cette manière par la prise de 15 grains de pepsine, répétée trois fois en deux jours. Deux femmes de trente à quarante ans sont en voie de guérison depuis qu'elles suivent ce traitement.

— M. *Rokitansky* présente une note de M. Küchenmeister (de Zittau). Ce micrographe a découvert un nouveau parasite, le *Leptus automnalis*, qui cause une éruption de la peau. On peut le voir au microscope.

Choléra. — M. *Maller* lit le rapport de M. *Tormay* sur le choléra de Pesth en 1854-1855. Ce médecin partage les idées de M. Pettenkofer, qu'il lui a été donné de vérifier sur trois points (voir sur ce sujet la *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 699).

Le dimanche 21, a eu lieu l'excursion au *Semmering* et le déjeuner sur la montagne. Le soir, réunion au Sperl.

Le lundi 22, a eu lieu la réunion générale, dont MM. Reclam, Hyrtl et Noegge ont fait les frais. Enfin, le président de la 32e réunion des naturalistes et médecins allemands a prononcé un discours auquel a répondu M. *Noeggerath*. Ces deux discours, accueillis avec applaudissements, sont empreints de cette éloquence germanique, tout imprégnée de Schiller et de Goethe, qui contraste singulièrement avec le ton froid des discours qui ordinairement ouvrent et ferment les réunions des savants français. « Le Congrès, a dit M. Hyrtl, le Congrès a traversé le ciel de la science comme un brillant météore répandant la lumière, la clarté, le jour sur les espaces immenses et nébuleux. Nous avons admiré cette lumière, qui eût réveillé le feu de l'admiration dans des cœurs plus froids que les nôtres : c'est avec regret que nous la voyons disparaître et que ses rayons deviennent moins ardents. Disparaître, jamais! Une telle lumière brille toujours. Le globe lumineux se divise en mille soleils qui répandent leurs feux partout où la langue allemande se parle, du Belt aux Alpes.... Quand le soleil aura mûri le raisin qui croît sur les riches collines des bords du Rhin, Bonn, la joyeuse Bonn verra, autour d'un verre de son noble jus, se réunir les amis de la science, dont il sera la digne récompense, et qui, nous l'espérons, ne manqueront pas à cet appel.... La journée est terminée, le travail achevé, l'heure du repos est sonnée. N'oubliez pas le chantier où vous avez été actifs. Réjouissons nous ensemble. Songez à cet édifice imposant et superbe, qui, chaque année s'élève, pierre par pierre, plus haut et plus complet ; à ce monument, qui brillera dans l'avenir ; à ce panthéon, où seront inscrits vos noms ! Adieu, mes amis, que Dieu bénisse vos efforts ! »

A la dernière réunion du Sperl, les savants français ont exprimé par la voix de M. Moquin-Tandon, leur vive sympathie pour le corps scientifique allemand. « Messieurs, nos amis, a-t-il dit, les Français présents au Congrès remercient et la ville de Vienne et les membres du Congrès de leur affectueuse bienveillance et de leur cordiale hospitalité ! Ils vous proposent de boire à l'union scientifique de l'Allemagne et de la France. » Cette pensée a été célébrée par de nombreux vivats, et la *Gemüthlichkeit* (ce mot est intraduisible) la plus amicale a régné sur l'assemblée. Les toasts ont fait place aux accolades et aux poignées de main ; après quoi, enfin, un bal est venu donner aux jeunes naturalistes l'occasion de montrer leurs talents chorégraphiques, et Terpsichore a châtié Uranie. Cette dernière fête, honorée par les belles Viennoises, si fidèles aux brillants accords de l'orchestre de Strauss, a été le bouquet du brillant feu d'artifice de Vienne.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Observation de pneumonie intermittente, par le docteur L. Gros.

Observation de fièvre pernicieuse à forme pleurétique, par le docteur Borsani.

Beaucoup d'auteurs hésitent à admettre l'existence de la pneumonie intermittente ou, pour parler plus exactement, d'une fièvre

intermittente larvée, ayant pour manifestation locale une pneumonie. On sent combien la solution de cette question intéresse la pratique, puisqu'elle domine tout le traitement. L'observation suivante serait-elle de nature à faire cesser l'incertitude si la science n'était pas en possession d'autres faits ?

Obs. — X..., âgé de quarante-cinq ans, de tempérament nerveux, de bonne constitution, fut pris le 14 mai 1854 de frissons, suivis bientôt de fièvre, avec douleurs thoraciques, gêne de la respiration, toux fréquente. Le lendemain, après des sueurs abondantes, il se sentit mieux ; mais dans la nuit du 15 au 16, les symptômes s'étant de nouveau aggravés, M. Gros appelé le 16 au matin constata l'état suivant :

Facies anxieux, respiration courte; dyspnée; toux fréquente, quinteuse; peau chaude, humide; pouls peu développé, soif peu vive, langue sale, bouche amère, céphalalgie. A la percussion, matité prononcée dans les deux tiers supérieurs du poumon droit en avant et en arrière. A l'auscultation, respiration rude, légèrement soufflée dans la même région, râles crépitants abondants en arrière, à l'angle inférieur de l'omoplate ; sibilance et rhonchus abondants dans le reste des poumons, surtout à l'expiration; résonnance exagérée de la voix; crachats rares, très visqueux, jaunâtres. (Tartre stibié, 0,30 ; cataplasmes sinapisés sur le côté droit du thorax ; pédiluves sinapisés ; boissons émollientes ; diète).

Le 17, le malade est levé ; il me dit qu'à partir de minuit les principaux symptômes de la veille avaient cédé, que la toux avait cessé et qu'il venait de passer une excellente nuit. L'émétique avait provoqué deux vomissements et plusieurs selles.

«Je constate, dit l'auteur, un état très satisfaisant : facies naturel, peau normale, pouls calme, à 76, respiration très facile, expectoration presque nulle depuis minuit. A l'auscultation, je suis fort surpris de ne plus trouver que de la sibilance disséminée des deux côtés du thorax (Continuer la potion stibiée. Alimentation légère).

Le 18. Dans la nuit tous les accidents thoraciques ont reparu avec une très grande intensité ; la dyspnée surtout a été excessive. Ce matin je constate un état tout à fait analogue à celui du 16. La respiration est encore plus pénible, il y a presque orthopnée, toux très fréquente, crachats rouillés, matité très prononcée dans le côté droit du thorax, surtout en arrière. A l'auscultation, on retrouve les râles crépitants et la respiration soufflée dans le poumon droit.

En présence de cette intermittence si évidente, et guidé par l'analogie de plusieurs faits de fièvre larvée que j'observais en même temps, je n'hésitai pas à combattre directement l'élément intermittence. Je prescrivis en conséquence une potion de 150,00 d'eau acidulée avec 1,50 de sulfate de quinine, à prendre six cuillerées dans les vingt-quatre heures. Cataplasmes et pédiluves sinapisés, *ut supra*.

Le 19. Mon malade va très bien. La rémission a eu lieu vers minuit. (Six cuillerées de potion quinique).

Le 20. L'accès fébrile a reparu, mais avec peu de violence ; ce matin il y a un peu de gêne respiratoire ; toux insignifiante ; crachats rares, blancs, très aérés ; matité moins prononcée à la percussion, râles crépitants à droite pendant les efforts de toux ; sibilance très prononcée dans les deux poumons ; quelques coliques. (Sulfate de quinine, quatre cuillerées.)

Le 21. Calme complet ; bronchite simple. (Quatre cuillerées.)

Le 22. L'accès manque complétement ; la bronchite se résout ; crachats muqueux.

Le 26. Le malade est complétement guéri. » (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 août 1856.)

Ainsi, premier accès le 14, à une heure indéterminée. Second accès dans la nuit du 15 au 16 ; troisième accès dans la nuit du 17 au 18. La médication stibiée, employée jusqu'ici, est alors remplacée par la médication quinique. Un quatrième accès, mais beaucoup plus faible que les précédents, survient du 19 au 20, toujours dans la nuit. L'usage du sulfate de quinine est continué, et les accès ne reparaissent plus.

Deux choses sont à considérer ici : d'une part, l'influence qu'ont pu avoir sur la marche de la maladie les premiers moyens employés, et, d'autre part, le caractère de la lésion pulmonaire.

L'amélioration survenue dans la journée du 15 n'a pas été constatée par le médecin, qui n'a été appelé que le 16 au matin, et l'on sait que la pneumonie, avant de se déclarer franchement, est parfois précédée d'alternatives assez tranchées de mieux et de pis dans les symptômes prodromiques. La sueur est ordinairement alors le signal de l'amélioration. L'amendement observé dans la journée du 17 a pu être amené par l'emploi de l'émétique, qui avait procuré des vomissements et plusieurs selles. On ne dit pas que cette fois le malade ait sué. Si l'on ajoute à ces remarques que le frisson n'a précédé aucun accès et qu'il n'est noté que parmi les symptômes de début, on aura les principales raisons de douter du caractère intermittent de la maladie. Mais la suite de l'observation sert mieux l'opinion exprimée par M. Gros. En effet, la maladie cède rapidement dès qu'on a recours au sulfate de quinine, et sans l'emploi d'un moyen perturbateur capable d'amener une rémission ; et le faible accès qui a eu lieu encore après le premier emploi de la médication quinique plaide encore en faveur de l'intermittence.

Une circonstance remarquable encore, c'est que la lésion pulmonaire, bien que donnant lieu à tous les symptômes de la véritable pneumonie, y compris les crachats rouillés, semblait reculer à chaque accès, comme le constatent les détails donnés sur les signes plessimétriques et stéthoscopiques.

En résumé, et si l'on considère que le génie intermittent était alors, contre l'ordinaire, propre aux affections régnantes du pays, on sera porté à regarder l'observation de M. Gros comme un exemple très probable de fièvre larvée pneumonique, mais non absolument décisif.

— S'il existe des doutes parmi les médecins relativement à cette espèce de fièvre, il n'en est pas de même à l'égard de la fièvre pernicieuse *pleurétique*, dont les exemples sont assez communs. On sait qu'il s'agit, dans ces cas, d'un point de côté violent accompagnant chaque accès, et non d'une vraie pleurésie avec épanchement ou sécrétion de fausses membranes. Nous ne relèverions pas l'observation de M. Borsani (*Giornale delle scienze mediche della R. Accad. medico-chirurg. di Torino*, n° 13, 15 juillet), quelque intéressante qu'elle soit, si elle n'offrait pas un enseignement thérapeutique particulier. La malade avait eu deux accès très intenses. Après le premier accès on avait saigné et administré le tartre stibié (le sang n'était pas couenneux) ; après le second, on avait appliqué des sangsues sur le point douloureux, et il avait fallu promptement arrêter l'écoulement du sang à cause d'une syncope. Après quoi on avait prescrit 1 gramme de sulfate de quinine. Mais la malade n'en avait ingéré que 20 centigrammes quand elle fut prise d'un nouvel accès des plus inquiétants. M. Borsani eut recours immédiatement à l'emploi des liqueurs spiritueuses ; l'accès se termina heureusement et *il n'en survint pas d'autre : la guérison fut définitive.*

L'auteur le reconnaît lui-même, l'affection ne pouvait que s'aggraver sous l'influence des évacuations sanguines, et l'emploi des stimulants était le seul moyen de remédier au mal produit. Mais la cessation subite des accès après l'usage de moyens stimulants, qui furent, il est vrai, continués pendant plusieurs jours, est un fait remarquable, qui le serait plus encore si la malade n'avait pas pris du tout de sulfate de quinine. Les 20 centigrammes ingérés ont-ils suffi pour couper une fièvre pernicieuse grave ? La chose n'est pas impossible, mais n'est pas non plus bien certaine.

Considérations physiologiques, thérapeutiques et pharmaceutiques sur les préparations d'argent, par M. Dawosky. — Rapport de M. Rieken.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a mis au concours la question suivante : *Faire l'histoire des préparations d'argent, décrire leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et déterminer quelles sont celles qui doivent obtenir la préférence.* M. le docteur Dawosky a seul répondu à l'appel de la Société ; le rapport sur son mémoire a été fait par M. Rieken.

Après un historique dans lequel nous regrettons de ne point voir mentionnée une thèse très intéressante soutenue en janvier de cette année par M. Brandão y Menezez sous l'inspiration de M. le docteur Martin-Damourette, l'auteur aborde l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques de l'argent ; il relate d'abord les expériences du professeur Krahmer. Celui-ci a vu, et ce fait a été confirmé par MM. Delioux et Crocq, que l'azotate d'argent mis en contact avec les liquides qui baignent la surface des muqueuses (salive, suc gastrique) est transformé, *en partie* seulement, en chlorure, le reste formant avec les matières albuminoïdes un composé soluble dans les acides et les alcalis, et pouvant par là pénétrer

dans la circulation. M. Krahmer a vu encore que, pour que l'azotate d'argent introduit dans l'estomac produisît l'inflammation de cet organe, il était nécessaire que le contact fût prolongé un certain temps et que la dose employée fût assez forte. Des chiens auxquels on faisait avaler 2 grammes de ce sel en poudre grossière et qui vomissaient *un quart d'heure* après l'opération éprouvaient un léger malaise qui cessait après deux ou trois heures; à l'autopsie, on ne rencontrait aucune altération de la muqueuse. Il en était tout autrement quand la ligature de l'œsophage empêchait le vomissement ou quand le poison était administré à des animaux qui ne vomissaient pas; la mort alors arrivait après un temps plus ou moins long, et la muqueuse stomacale était le plus souvent profondément altérée.

La solution aqueuse de 5 centigrammes de nitrate d'argent, injectée dans la veine jugulaire d'un chien, a constamment amené la mort à la suite de vomissements, de suffocation et de convulsions. Ces phénomènes n'ont point été aussi tranchés chez le cheval.

M. Krahmer a expérimenté sur lui-même le sel dont il s'agit, qu'il a pris à la dose de 7 centigrammes 1/2 sous forme pilulaire, sans éprouver la moindre irritation d'estomac.

De l'analyse de ces diverses expériences, l'auteur conclut que l'action délétère de l'azotate d'argent tient à la propriété qu'il possède de s'emparer de certaines matières organiques avec lesquelles il forme des combinaisons qui diminuent l'*oxygénabilité* du sang. Il n'ose point affirmer qu'il ait, comme le veulent certains physiologistes, une action spéciale sur le système nerveux.

Quant aux effets thérapeutiques des sels d'argent, M. Dawosky, tout en établissant qu'ils sont les mêmes pour chacun d'eux, donne néanmoins la préférence à l'azotate, comme étant le plus facilement absorbable et étant le mieux connu.

Dans le rapport que nous avons sous les yeux, nous ne trouvons qu'une analyse très succincte des opinions de l'auteur, touchant la *couleur bleuâtre* de la peau, qui succède à l'usage longtemps continué du nitrate d'argent; il soutient, contre l'opinion de M. Lélut, que cette coloration n'est pas toujours bornée à la peau, et il rapporte que Wedemeyer a trouvé, dans le plexus choroïde et dans le peaucier, l'argent métallique en quantité telle, qu'il a pu en conserver un morceau !! Deux conditions sont, suivant lui, nécessaires pour que la coloration se produise : 1° l'introduction dans l'économie d'au moins 28 grammes du médicament ; 2° son usage longtemps continué (plusieurs mois). Le seul moyen d'éviter cet accident serait de ne jamais dépasser la dose indiquée et de ne pas en prolonger l'emploi au delà de trois mois. Il ne parle pas du moyen préventif proposé par M. Delioux, et qui consiste à donner le médicament de la manière suivante : Nitrate d'argent, iodure de potassium, chlorure de sodium, de chaque 10 centigrammes, dissous dans un blanc d'œuf. Il croit aussi que la coloration une fois produite est indélébile, et il ne paraît pas compter sur les lotions avec l'acide nitrique, sur les vésicatoires employés par Biett, sur les lotions de sublimé proposées par Dickson, non plus que sur celles de cyanure de potassium recommandées par M. Gripekoven.

L'auteur consacre un long article à l'étude de l'action du nitrate d'argent sur la peau et les muqueuses. Faisant une application intelligente des connaissances chimiques qui lui ont déjà servi à apprécier les travaux de Krahmer, il insiste sur les modifications réciproques qui résultent du conflit du médicament et des matériaux organiques; il montre comment les liquides sécrétés à la surface des muqueuses, décomposant une quantité de nitrate en rapport avec leur masse et leur composition, influent sur les résultats de la médication. Nous ne saurions trop applaudir à ces considérations, qui donnent la clef de toutes les assertions contradictoires produites dans la science sur le danger ou l'innocuité des injections argentiques à haute dose. Il est évident qu'une solution de nitrate d'argent, au dixième, par exemple, mise en rapport avec une muqueuse protégée par une sécrétion qui décompose la presque totalité du sel, exercera sur l'organe une action bien inférieure à celle que produirait une solution au trentième mise en contact avec une muqueuse libre de tout enduit. C'est donc à tort que des praticiens, très instruits du reste, prescrivent dans la blennorrhagie une injection argentique, sans s'inquiéter de l'*état* de l'urèthre au moment où l'opération sera pratiquée. Pour notre compte, il y a bien longtemps que nous sommes arrivé à ne prescrire que des doses *très faibles de nitrate*, en recommandant au malade de faire l'injection après la miction, ou mieux après une injection préalable d'*eau distillée* ; et ce n'est que par ce moyen que nous avons pu nous rendre bien compte de l'influence des doses.

Ce que nous venons de dire des muqueuses est applicable aux plaies. Quand celles-ci sont saignantes et qu'on se propose d'arrêter l'hémorrhagie, il faut employer ce médicament à dose assez forte pour produire le coagulum épais et adhérent qui bouche les orifices vasculaires ; car la pierre infernale agit mécaniquement, et non, comme on l'a cru, en excitant les vaisseaux à se contracter.

Dans un chapitre spécial, M. Dawosky passe en revue les maladies contre lesquelles on a employé à l'intérieur le nitrate d'argent. Relativement à l'épilepsie, il n'accorde de valeur à ce médicament que dans le cas où la maladie a pour cause une irritation gastrique ou une activité anormale du système nerveux et de l'économie en général. Ce n'est que dans des conditions semblables que cette médication a quelque prise sur la danse de Saint-Guy, l'angine de poitrine, etc., etc. Dans tous les cas, il recommande d'employer la solution plutôt que la forme pilulaire.

L'auteur examine ensuite les diverses maladies dans lesquelles le nitrate argentique a été employé à l'extérieur. — Il conseille de cautériser de bonne heure les chancres vénériens, et surtout de comprendre dans la cautérisation, non-seulement les bords de l'ulcère, mais aussi une portion de la peau qui paraît saine. Il préfère, dans les inflammations oculaires de cause blennorrhagique, l'emploi de la pierre à celui de la solution concentrée, la première faisant une eschare solide et bien limitée si on a eu soin de neutraliser l'excès du sel avec la solution de chlorure de sodium.

Dans la blennorrhagie uréthrale, il ne recourt aux injections de nitrate qu'après la période inflammatoire; il varie la dose du médicament et la fréquence des injections d'après l'intensité de la maladie.

Chez la femme, il emploie la cautérisation au moyen de la pierre. Après l'opération, il introduit dans le vagin un tampon de charpie qui en maintient les parois écartées. Enfin, l'auteur pense, et le rapporteur est de cet avis, que la cautérisation du col utérin est propre à ramener les règles supprimées.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — 1856. 6e et 7e cahiers. Contributions à l'étude du rachitisme, par *Küttner*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSK.—8e vol., 3e cahier. Sur le développement des monstres doubles sur un vitellus commun, par *V. Ritgen*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 36 et 37.— Contributions à l'étude du diabète sucré, par le professeur *Dietl*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT. — 1856. 3e cahier. Mouvement de l'hôpital Pourtalès pendant l'année 1855, par *Cornaz*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, de Günsburg. — Septembre 1856. Aperçu sur un nouveau mode d'exploration au moyen d'instruments pointus, par *Middeldorpf*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE, von Behrend. — 1856. 3e cahier, Histoire d'une maladie convulsive épidémique, etc.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — No 39. Histoire d'un cas de maladie, par *Herzfelder*.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expirait le 30 septembre dernier, sont prévenus qu'il a été fait sur eux, pour prix du renouvellement, un* **mandat payable le 31 octobre courant.**

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'Ecole-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. | PARIS, 17 OCTOBRE 1856. | N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 27 au 28 août 1856.

231. MAZOYER, Théodore, né à Massilly (Saône-et-Loire). [*Des différentes espèces d'hydrocèle.*]

232. DESTEZ, Stanislas-Adam, né à la Nouvelle-Orléans (États-Unis). [*De la mort apparente des nouveau-nés.*]

233. MONTMASSON, Victor-Auguste, né à Embrun (Hautes-Alpes). [*De la gangrène du poumon.*]

234. LACOLLAY, Nicolas-Augustin, né à Houdan (Seine-et-Oise) [*Accidents consécutifs à l'emploi du tartre stibié à dose vomitive.*]

235. DELAGE, François, né à Saint-Bonnet-la-Rivière (Corrèze). [*Diagnostic des granulations intra-utérines qui nécessitent l'emploi de la curette de Récamier.*]

236. ROCHER, Jean-Louis-Alcide, né à Montendre (Charente-Inférieure). [*De l'allaitement.*]

237. LECADRE, Arthur-Jacques, né au Havre (Seine-Inférieure). [*Étude sur le rochitisme congénital.*]

238. CRAMOISY, Jacques-Eugène-Prosper, né à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). [*Du trichophyton et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 16 octobre 1856.

PONCTION INITIALE DES BUBONS.

Un nom chirurgical infiniment recommandable et de piquants débats de priorité ont donné à cette méthode un retentissement qu'elle ne méritait point. En examinant la

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Bonheur paternel d'un médecin des îles Sandwich. — Une rose précieuse. — Le livre des secrets. — Difficulté des autopsies ; moyens d'y remédier. — *Know-nothing* médical. — Singulière idée d'un médecin espagnol.

Nous pourrions, cher confrère, employer plus souvent l'ordinaire de la GAZETTE pour vous transmettre les périodiques disquisitions auxquelles nous nous livrons à cette place même sur les objets habituels de vos méditations ou de votre curiosité. Mais d'abord, comme vous lisez incontestablement, où que vous soyez, ladite GAZETTE, nous sommes assuré de ne perdre aucune des peines que nous nous donnons pour vous être agréable. Puis, les intérêts à débattre, scientifiques, moraux et professionnels, sont habituellement sérieux, demandent de longs développements, tandis que la lettre médicale aime à rire, et à rire à petits coups. Voilà le bon des *correspondances*. Ce n'est pas dans la HENRIADE que nous apprenons de Voltaire que madame du Châtelet a eu un *petit besoin* qui s'est trouvé être un gros poupon, et sans les lettres à mademoiselle V...., nous ne saurions pas que madame de Buffon n'avait plus de cou, le menton ayant fait la moitié du chemin. Devinez qui avait fait l'autre moitié, ajoute Diderot. Toujours est-il que le triple menton reposait sur de bons coussinets. Étant donc entendu, très respectable confrère, que vous êtes surtout le confident des historiettes et des futilités, oyez ce qui va suivre.

— On a vu des rois épouser des bergères, et l'on connaît la cabaretière qui est devenue la femme de Pierre le Grand. On a bien meilleur goût dans la Polynésie. Le roi des îles Sandwich, S. M. Kamehameha IV, vient de se permettre la fille d'un confrère anglais, M. Thomas Charles B. Rooke, qui, après avoir pratiqué successivement à Hertford et à Bengeo, s'était établi à Honolulu. On sait que ce sont surtout les missionnaires anglais qui ont civilisé le pays. Il y a même un certain Kamehameha qui a été expulsé pour les avoir trop écoutés, et qui est mort à Londres il y a une trentaine d'années. Il paraîtrait que le souverain actuel s'est réconcilié avec le méthodisme.

proposition de M. Broca avant qu'il en ait publié l'exposé complet, nous encourons le reproche d'avoir franchi prématurément les limites d'une prudente temporisation. L'auteur, nous l'espérons, excusera ce jugement anticipé, que nous sommes d'ailleurs prêt à réformer, selon le cas, mais qui pourra lui rendre service, en contribuant à l'amélioration de son œuvre pendant qu'il en est temps encore.

Traitement abortif des bubons vénériens suppurés.... Voici la première ligne du mémoire, et voilà aussi notre premier grief. Ce titre laisse une double ambiguïté fâcheuse. Vous proposez-vous seulement d'abréger la durée de la suppuration, ou voulez-vous l'empêcher? Dans le premier cas, la prétention est louable; mais elle ne doit son apparence de nouveauté qu'à la précocité inconsidérément exagérée de la ponction. Dans le second, vous réussirez huit fois sur dix; mais c'est parce que, huit fois sur dix, la nature, abandonnée à elle-même, aurait réalisé le même résultat.

Il y a, en effet, une inadvertance étrange dans cette appellation vague de *bubon vénérien*, inadvertance que notre devoir nous oblige de signaler, que M. Broca regrettera le premier, parce que, non rectifiée, elle fermerait l'avenir à cette méthode, en rendant impossible la détermination rationnelle de ses indications. En l'année 1856, après les travaux de M. Ricord, qu'est-ce que le *bubon vénérien?* Nommez-vous ainsi toute adénite survenue à l'occasion de relation sexuelle? Alors, permettez-moi de redire ce que tous savent, en rappelant que les ganglions lymphatiques peuvent, en pareil cas, s'engorger

1° Soit d'emblée,
2° Soit par suite de blennorrhagie,
3° Soit par suite de chancre simple,
4° Soit par suite de chancre induré.

Or, si vous réfléchissez que :

Ceux de la première catégorie ne suppurent qu'exceptionnellement,

Ceux de la seconde, JAMAIS (1),

Ceux de la troisième, fréquemment, mais point obligatoirement,

Ceux de la quatrième, presque en aucun cas, à peine une fois sur cinquante,

Vous demeurerez, par cela seul, édifié sur la valeur d'une méthode qui prétendrait mettre la consécration de son mérite dans la non-suppuration des adénites soumises, sans distinction d'espèce, aux manœuvres qu'elle recommande.

M. Broca a, comme nous, présentes ces notions élémentaires. Je n'impute donc qu'à un *lapsus* de sa part cette malheureuse désignation de *bubon vénérien*, anachronisme chirurgical qu'il désavouera, je n'en doute pas, au premier avertissement. En conséquence, je crois compléter sa pensée plus que lui prêter la mienne, en supposant qu'il n'a voulu parler, comme justiciables de son traitement, que des bubons *suite de chancre simple*. Ce sont les seuls, en effet, où la suppuration survienne assez ordinairement pour qu'on soit admis à instituer une thérapeutique spéciale en prévision de cette éventualité.

Mais, ici encore, que d'obscurités, partant que de chances de méprise! Un chancre naît, et le ganglion voisin se tuméfie. Vous voyez bien l'engorgement; mais quelle est sa destinée? Comme le bloc de marbre de la Fable,

Sera-t-il dieu, table ou cuvette ?

Pour vous, M. Broca, pour moi, pour M. Ricord lui-même, à la période initiale, c'est là un mystère impénétrable. La nature s'en est si exclusivement réservé la solution, que l'art doit s'avouer aussi incapable de la prévoir que de la diriger. Considéré à l'époque où M. Broca veut qu'on le ponctionne, l'engorgement peut indifféremment ou se résoudre, ou suppurer simplement, ou devenir un véritable chancre; et la chirurgie, forcée d'assister, l'arme au bras, à la marche fatale qu'il plaira au mal de suivre, ne trouve à ce moment, dans aucune circonstance locale ou générale, un indice qui lui permette d'affirmer, — au cas où la résolution aura succédé à ses prescriptions, — qu'elle ait été réellement due à elles plus qu'à la nature.

Ce que je déclare ici, ce que les spécialistes exercés ne se font ni honte, ni scrupule, de reconnaître, montre suffisamment à quels mécomptes s'exposerait une méthode prophylactique ou abortive des bubons suite de chancre simple. L'expérience qui me dicta ces réflexions tardives m'empêcha du moins de continuer, dès qu'elles se furent présentées à mon esprit, l'essai de ma *section sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques afférents au ganglion*. Réussissait-elle, en effet, à prévenir la suppuration? On m'objectait victorieusement que la nature, sans mon secours, en aurait fait tout autant et à moins de frais. Ses succès ne pouvant devenir des arguments valables, je compris que toute démonstration clinique lui était, par la force même des choses, à jamais refusée, et je me rendis de bonne grâce.

(1) A moins de complication de scrofules.

Nos compliments sincères à mademoiselle Emma Rooke, qui ne manquera pas de recevoir notre carte la première fois que nous passerons par là. Bien que la Polynésie touche au pays des Aztèques, ce qui nous avait inquiété un instant, il paraît que le roi est un beau cavalier cuivré, très peu sauvage, suffisamment galant, et l'on incline à penser, aux îles Sandwich, qu'il se dispensera d'invoquer contre son épouse la loi du tabou, qui défend de regarder en face ou de toucher le souverain.

— La famille des rosacées rend de signalés services à celle des humains. Vous n'êtes pas sans vous en apercevoir, cher confrère, dans votre pratique. *Recipe*: Eau de rose et eau de plantain, de chaque 10 grammes; sulfate de zinc, 10 centigr. Ou bien encore : roses rouges, 8 grammes; eau bouillante, 500 grammes. Faites infuser et passez. Et puis le vin rosat, le vinaigre rosat, le miel rosat, la conserve de rose, etc., etc. Il y a aussi la *crême de rose*, qui, prise dans un petit verre après le café, nous paraît préférable aux précédentes préparations. Mais tout cela n'est rien encore auprès de la *rose de Jéricho*. En voilà une qui vaut son pesant d'or! d'autant plus qu'elle est une vraie mine pour qui a le bonheur d'en posséder un échantillon. Vous la mettez dans un peu d'eau auprès d'un moribond, vous dites une patenôtre, et la fleur, quelque vieille, quelque desséchée qu'elle soit, s'épanouit, reprend ses couleurs, et c'est le signe d'une guérison. Une pauvre femme ne peut accoucher; le travail est arrêté; vite la rose et il vient aussitôt un enfant de même couleur qu'elle. Cette espèce, il faut tout dire, dérive, de bouture en bouture, du rosier sur lequel la vierge Marie étendait les langes de l'enfant Jésus. C'est ce qu'affirmait à M. le procureur impérial une femme qui avait opéré ainsi des prodiges de thérapeutique. Par la vertu de ses prières, sa fleur ne manquait jamais de rougir; il n'y a qu'elle-même qui ne rougissait pas, même quand elle recevait l'argent des malades. Vous aurez deviné, en botaniste expert, que la rose en question n'était ni la *rosa centifolia*, ni la *rosa gallica*, mais bien le *jeros hygrométrique*, qui a la propriété de refleurir après une longue dessiccation.

— Des secrets, des recettes, nous en avons des centaines à votre disposition pour le moment. Voici la troisième édition d'un petit

« Mais je me propose un but tout différent », — objectera probablement M. Broca, — je ne conseille pas d'opérer *avant*, mais *après* la suppuration commencée. Ce n'est point pour la prévenir, c'est pour en abréger le cours que mon traitement est conçu. »

Je ne puis admettre une semblable explication. Libre à messieurs les *ponctionneurs initiaux* de proclamer cette sage devise. Mon devoir, à moi, est de montrer, ne fût-ce que pour les forcer de s'y conformer à l'avenir, que jusqu'ici ils ne l'ont guère mise en pratique. Pour m'exprimer ainsi, j'ai quatre motifs distincts.

Premièrement, M. Broca conseille de ponctionner « dès que la tumeur naissante a acquis le volume d'une petite noisette. » Eh bien! j'en appelle sur ce point à tous ceux de mes collègues qui gardent encore quelque souvenir des *quatre mendiants;* cette augmentation si légère de leur grosseur normale peut-elle autoriser à faire envisager les ganglions qui l'offrent comme déjà atteints de suppuration? Si l'on peut le présumer, oserait-on l'affirmer? Serait-on excusable, par suite, d'agir chirurgicalement, d'après ce seul indice, sur une pareille tumeur? A ce compte, et s'il faut, de par M. Broca, porter le bistouri *sur tout ganglion* engorgé qui égale *une petite noisette*, je vois le champ de sa méthode tellement agrandi que, en le trouvant aujourd'hui à la tête de neuf cas seulement, je le soupçonne fort d'avoir reculé le premier devant la *rigueur* (je prends le mot pour son acception logique et morale) des conséquences déduites de son précepte.

En second lieu, je lis un peu plus bas que « la guérison complète a été obtenue une fois en quatre jours, trois fois en cinq jours. » Guérir en quatre ou cinq jours un bubon frappé de suppuration ! et le guérir ainsi sans autre moyen que l'évacuation pure et simple du liquide contenu (1) ! Vraiment, dût l'auteur se prévaloir du caractère de mon opposition, ce sont là de si beaux résultats que je me refuse à les admettre dans les termes où on nous les raconte. L'inflammation suppurative attaquée dès sa première période, exige un temps plus long pour abandonner l'organe qu'elle a envahi, surtout lorsque la cause qui l'avait provoquée persiste à agir, comme dans le cas actuel. Je ne reconnais point là les règles de physiologie pathologique dont l'histoire des phlegmasies m'offre partout ailleurs la constante application. Et, plutôt que de supposer la nature inconséquente à ses propres lois, j'aime mieux croire qu'on aura, par mégarde, piqué quelques ganglions, siége d'une simple irritation, sans pyogénie actuelle ni même imminente.

Le résultat immédiat de la ponction, tel que notre collègue le décrit, vient donner à ce doute une nouvelle force. Que voit-il sortir de sa sonde cannelée? « Une matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse. » Et M. Broca ajoute : « C'est le pus encore mal élaboré qui existait au centre du ganglion. » L'explication me semble fort contestable. Une « *très forte pression* » exercée sur des tissus qui commencent à suppurer ne fournit pas une matière jaunâtre. Elle fait sortir du sang strié de parcelles purulentes. C'est ce que j'ai plusieurs fois constaté à la suite de ponctions faites à des bubons où le pus n'était pas encore colligé en foyer. En deux mots, si ce que M. Broca obtient de sa ponction est du pus véritable, il opère sagement, mais il opère comme tout le monde. Si cette matière n'est point du pus... telle qu'il la décrit, elle n'en serait jamais devenue.

Ce que M. Broca, polémiste habile, *enrobe* dans une phrase justement assez explicite pour ne pas devenir compromettante, d'autres l'avouent ouvertement. Lisez la lettre de M. L. Marie. Vous verrez que Dominel, l'inventeur de la méthode, opérait, n'y eût-il qu'un plein cure-oreille de pus. « Encore n'attendait-il pas souvent cette goutte problématique et presque toujours obstinée à faire défaut. » Impossible de confesser plus clairement que *le plus souvent*, on pique le ganglion avant qu'il y ait vestige de pus. Je ne sais, pour le dire en passant, comment on fait la chirurgie à Caen; mais, à Lyon comme à Paris, quand il nous arrive, en pareil cas, de n'obtenir d'une piqûre que du sang, nous cachons le mieux possible notre désappointement. Nous rougirions d'appeler pratique intentionnelle une bévue involontaire, d'élever au rang de méthode générale le résultat d'une méprise accidentelle.

En résumé, si les principes de la méthode laissent à désirer plus de clarté dans leur exposé, la conduite de ses adeptes nous est maintenant parfaitement connue. Par leurs aveux implicites comme par leurs déclarations formelles, par l'exposé textuel de leurs résultats et même de leurs plus beaux succès, il demeure évident que, dans un certain nombre de cas, soit qu'ils le veuillent et le sachent, soit que la chose ait lieu contre leurs prévisions et leur désir, ils enfoncent le bistouri dans un ganglion enflammé, mais que la suppuration n'avait point encore envahi; j'ajoute : dans un ganglion où

(1) Car « l'injection iodée, dit l'auteur, n'est qu'accessoire dans ce mode de traitement ; et ses bons résultats doivent être attribués à l'évacuation précoce du pus. »

---

livre qui a pour titre : LES SECRETS DE LA BEAUTÉ DU VISAGE ET DU CORPS ; TRAITÉ COMPLET D'HYGIÈNE, DE PHYSIOGNOMONIE ET D'EMBELLISSEMENT. Vous voyez, par ce dernier mot que, sans médire de vos avantages, notre offre n'est pas à dédaigner. Vous êtes peut être un Pâris, mais aspirant à l'Antinoüs. Ce précieux recueil résulte de l'accouplement d'une foule de recettes rassemblées de divers côtés avec un opuscule spécial, dont l'éditeur prétend posséder seul un antique exemplaire qui remonterait aux premiers temps de l'imprimerie et aurait pour auteur Sejour des Thons. Ne vous fiez pas trop à tout cela ; il y a peut-être là-dessous un *secret* non compris dans le livre ; tâchez seulement de tirer parti de l'aubaine. Que pourrions-nous vous offrir qui vous fût agréable? Voici un secret *pour faire paraître les yeux plus grands.* « On prend un pinceau fin ou une aiguille à cheveux dont la pointe soit arrondie, que l'on trempe dans du sulfure d'antimoine ou noir d'Égypte, et l'on noircit légèrement le bord de la paupière, en descendant jusqu'à l'angle de l'œil, où l'on trace une ligne d'environ 3 à 4 millimètres, et l'œil paraîtra grand, ouvert *et fendu en amande.* » Fendu en amande ! Le moyen de résister? Mais peut-être portez-vous des lunettes vertes, comme il convient à un praticien bien posé, et alors mon indication ne peut vous être bonne à rien. Voyons donc l'article des cheveux.

Les voulez-vous noirs ou blonds? Dans le premier cas, faites bouillir pendant cinq minutes 4 grammes de sel gris et 7 grammes de sulfate de fer dans 360 grammes de vin rouge ; ajoutez 4 grammes d'oxyde de cuivre ; laissez encore deux minutes au feu, ajoutez 7 grammes de poudre de noix de galle. Cette liqueur transforme un albinos en nègre du Sénégal. Dans le second cas, vous prenez demi-litre de vin blanc, 150 grammes de rhubarbe ; vous faites bouillir jusqu'à réduction de moitié ; vous passez, vous imbibez les cheveux, et, après dessiccation, vous êtes blond comme Phœbus. Le buis râpé, les lupins concassés, la racine de gentiane, l'écorce de citron, le cardamome, etc., sont ici des succédanés de la rhubarbe. Nous aurions désiré, dans l'ignorance où nous sommes de votre goût, vous indiquer un procédé pour teindre les cheveux en rouge ; mais notre opuscule n'en contient pas. Pourquoi cela? Les

rien, à cette heure, ne pouvait faire soupçonner qu'elle se fût jamais déclarée.

Cette pratique a un double inconvénient : celui, d'abord, qui est attaché à toute opération sanglante, pratiquée sans nécessité; celui, en second lieu, d'exposer le chirurgien le plus consciencieux au reproche mérité d'avoir voulu attribuer à son intervention ce que la nature suffisait absolument à accomplir d'elle-même.

Voilà, en abrégé, le passif de la nouvelle opération. Je vais maintenant examiner les avantages et propriétés qu'on veut porter à son actif.

P. Diday.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Il serait bien à désirer que, conformément à l'avis qui en a été exprimé à la dernière séance de l'Académie de médecine, la question du traitement des kystes ovariques par les injections iodées fût mise à l'ordre du jour et devint l'objet d'une discussion approfondie. Nous sommes convaincu que ce mode de traitement, qui peut lui-même tirer bénéfice du perfectionnement des procédés de ponction, est susceptible de rendre et a déjà rendu de très grands services, particulièrement entre les mains de M. Boinet. En attendant, les explications si précises de M. Cazeaux et les termes mêmes dans lesquels M. Velpeau a posé quelques réserves répondent déjà suffisamment aux craintes exagérées de M. Moreau.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des polypes (concrétions polypiformes) du cœur, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir le numéro 41, t. III.)

Après avoir indiqué les transformations qu'éprouvent avec le temps les polypes du cœur, il convient de revenir sur quelques circonstances de siége, d'étendue, de nombre, de forme, etc.

Les siéges de prédilection des polypes sont les deux ventricules et l'oreillette gauche. Voici, du reste, un relevé qui en indiquera la fréquence relative.

Sur 48 cas, nous avons trouvé des concrétions

Dans toutes les cavités en même temps	8 fois.
les cavités droites et le ventricule gauche.	2
les cavités gauches et le ventricule droit.	2
les deux ventricules	4
les deux cavités droites	5
les deux cavités gauches	3
l'oreillette droite	1
le ventricule droit	7
l'oreillette gauche	8
le ventricule gauche	8
	48 fois.

On conçoit que les dimensions de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, ordinairement très larges, permettent le passage facile d'un caillot de l'oreillette dans le ventricule, ce qui rend un peu compte de la plus grande rareté de ces productions dans l'oreillette droite que dans les autres cavités, l'inverse ayant lieu pour l'oreillette gauche, dont l'orifice est souvent rétréci.

Quant au siége spécial dans chaque cavité, il varie nécessairement. Tantôt la concrétion est libre d'adhérences et mobile; plus souvent elle est ou confinée dans un appendice auriculaire, ou fixée par des adhérences et des intrications, ou des prolongements polypiformes, près du bord d'un orifice, à la surface, ou au bord libre, ou entre les tendons des valvules, près de la base ou de la pointe, ou sur l'une des faces d'une cavité.

Ces concrétions sont isolées ou multiples, et dans ce cas elles peuvent offrir différents degrés d'altérations qui annoncent différents degrés d'ancienneté.

Quant aux formes, on peut les rattacher à deux principales : forme *épaisse*, ovoïde, pyramidale, etc.; forme membraneuse, quels que soient d'ailleurs leurs prolongements accessoires.

Cette distinction nous paraît fondée sur les altérations secondaires. Les premières, en effet, semblent dévolues au ramollissement central, les secondes à la condensation fibreuse. Ces dernières, interposées aux tendons valvulaires, deviennent souvent un moyen de réunion de ces tendons, de prolongement des valvules, et de leur conversion en un canal plus ou moins étroit.

La structure de ces concrétions est plus ou moins régulièrement fibreuse; elles sont composées de couches plus ou moins distinctes et concentriques; ou bien leur tissu est irrégulièrement stratifié. J'ai dans quelques cas rencontré une

---

grands peintres de la Renaissance adoraient les cheveux couleur carotte. Nous signalons d'autant plus sévèrement cette lacune, que le procédé existe certainement. Sans cela, que deviendraient les *queues rouges* de la Foire ?... Mais j'y pense ! Gageons que vous portez perruque? Oui? Alors prenons que je ne vous ai rien dit. Mais au moins vous ne portez pas de masque! Inscrivez donc sur vos tablettes les secrets *pour colorer le visage et le rendre vermeil*, *pour blanchir la peau*, *l'adoucir et obtenir un teint de lait*, *et pour rendre invisibles les rides et les marques de petite vérole*. Un bout de ruban ponceau trempé dans l'alcool, l'eau de Cologne, le vinaigre aromatique, et frotté sur des joues pomme de reinette en fait deux pêches. Avec un mélange de cire vierge, de spermaceti, de blanc-de-perles, de talc de Venise, de baume du Pérou et de quelques autres ingrédients moins essentiels, on a une chose délicieuse : la *Crème des Sultanes!* Avec cela sur la face, on passe cette fois dans la famille des lis. Enfin, les plus déplorables ornières que l'âge puisse creuser sur la face, les fondrières les plus profondes qui puissent succéder à la petite vérole, sont facilement comblées par la *Pommade en crème*, dont nous vous envoyons la formule exacte, au profit de la belle moitié de vos variolées. Prenez : Cire blanche, 4 grammes; blanc de baleine, 4 grammes. Faites fondre au bain-marie, et ajoutez : Eau de roses, 15 grammes; teinture de baume de Tolu, 4 grammes.

Il y a cent dix-neuf secrets à la file, sans compter toutes sortes de conseils relatifs à l'hygiène et à la toilette! Vous nous direz que ce sont souvent des secrets de Polichinelle, et que beaucoup de dames en remontreraient à Sejour. Nous le croyons volontiers; mais on est toujours bien aise d'apprendre le *secret* de ces dames et d'en savoir aussi long qu'elles, ce qui n'est pas peu de chose.

— Des moyens de conservation aux autopsies, la transition est un peu brusque. Vous ne savez peut-être pas, honoré confrère, que l'ouverture des cadavres devient de plus en plus rare dans les hôpitaux, par suite de l'opposition croissante des familles. Les malades pauvres ne font pas difficulté de mourir aussi souvent que par le passé, mais ils ne veulent pas être inspectés après. C'est bien pis encore en Angleterre, où les obstacles viennent de la loi

disposition de fibres trop remarquable pour ne pas lui consacrer une mention spéciale.

Sur un caillot composé de plusieurs parties, trouvé dans les cavités droites, renflé dans l'oreillette et le ventricule, étranglé au niveau de l'orifice, prolongé en cordon dans l'artère pulmonaire, j'ai constaté dans l'arrangement des fibres la disposition suivante :

La portion auriculaire du caillot était formée de fibres parallèles qui se portaient en traversant l'orifice vers la paroi postérieure et près de la pointe du cœur.

Une autre portion, partant de la pointe du cœur, où elle se confondait avec la précédente, se réfléchissait vers la base au-devant du feuillet antérieur de la valvule, où elle s'unissait avec une troisième portion dont les fibres transversales passaient au-devant de la valvule et se terminaient par un cordon prolongé dans l'artère pulmonaire, après s'être confondues avec les fibres réfléchies de la pointe du cœur.

Cette concrétion était formée de fibrine cohérente et presque entièrement dépouillée de sérosité, dont à peine j'ai pu exprimer quelques gouttes par la pression. Le passage du sang était notablement entravé à travers ces cavités.

J'ai considéré cette concrétion comme un produit morbide, par cela qu'elle était condensée par l'expulsion de la sérosité. S'il restait du doute sur ce point, la disposition des fibres n'en constituerait pas moins un fait remarquable.

Avec des concrétions plus anciennes et semblables aux caillots anévrysmaux, j'ai constaté le même arrangement de fibres dans les cavités gauches, moins cependant les fibres transversales, qui manquaient.

Ne semble-t-il pas, d'après cela, que dans son passage à travers les cavités du cœur, le sang suit trois courants distincts : l'un de haut en bas et d'avant en arrière, l'autre en sens inverse, le troisième transversal, le premier et le second se confondant à la pointe du cœur, le second et le troisième se réunissant au moment de pénétrer dans l'artère? Il ne serait pas impossible que le second de ces courants, réfléchi de la pointe à la base du cœur pendant la systole ventriculaire, concourût à l'impulsion cardiaque.

Il me reste à dire quelques mots sur les végétations verruqueuses ou en choux-fleurs qui bordent souvent les orifices des cavités gauches ou le bord libre des valvules.

Ces singulières productions semblent s'élever, comme des végétations syphilitiques, de leur lieu d'implantation. Sont-elles fibrineuses ou pseudomembraneuses, ou l'un et l'autre à la fois ?

Il paraît difficile que des concrétions légères viennent se fixer au pourtour d'un orifice, sur les bords des valvules, points où le courant sanguin est le plus rapide. Elles devraient être entraînées immédiatement, si elles n'étaient adhérentes au moment de leur formation. Or, pour que l'adhésion s'opère, il faut un moyen adhésif, un fluide plastique, produit lui-même d'une phlegmasie, dont on trouve presque toujours des traces non douteuses, rougeur, ramollissement, ulcération, perforation, sur les parties d'où s'élèvent les végétations. L'exhalation inflammatoire devient ici la base de l'agrégation des molécules de fibrine. Les végétations seraient donc à la fois fibrineuses et pseudomembraneuses, ce qui leur donnerait une apparence de vitalité plus marquée qu'aux autres concrétions. Leur forme déchiquetée est probablement due à l'agitation de leur sommet, toujours entraîné et ballotté par le courant sanguin. Ces productions, molles et friables, peuvent se déchirer, se détacher et être projetées dans les vaisseaux ; elles se pénètrent facilement des sels calcaires dont s'incrustent les parties qui leur servent de base.

Étiologie des concrétions polypeuses. — Ce qui vient d'être dit des végétations montre l'inflammation jouant un rôle important dans leur production. Nous reviendrons sur cette cause dans un instant.

Les causes des polypes sont locales ou générales.

Aux premières, se rattachent les phlegmasies cardiaques et les obstacles circulatoires ; aux secondes, les diathèses signalées au commencement de ce travail.

Les inflammations sont la cause déterminante la moins équivoque des concrétions polypeuses. La plupart de ces productions surviennent dans les maladies qui ont de fréquentes déterminations congestives vers le cœur, et notamment le rhumatisme et les pneumonies. J'ai peine, toutefois, à admettre avec Kreysig une *cardite polypeuse*. Les masses de fibrine qui encombrent les cavités du cœur, dans ces prétendues cardites, ne sont que des effets cadavériques.

Mais l'*endocardite*, ordinairement secondaire, est une cause fréquente de coagulation partielle du sang.

Le mode d'action de cette inflammation n'est pas toujours facile à préciser. En effet, ses phénomènes se passent plutôt du côté adhérent qu'à la surface libre ; c'est sous l'endocarde, entre les feuillets valvulaires, que s'opère l'exhalation plastique. Rarement trouve-t-on, à la surface libre, des rudiments de fausse membrane. Il est néanmoins probable que, sous l'influence du travail morbide, l'exhalation normale de

---

elle-même, qui, suivant l'expression d'un auteur, ne tolère la pratique ni des *résurrectionnistes* ni des *anatomistes*. Il résulte de là un genre de crime hideux, qui consiste à *voler* les cadavres pour les revendre au prix moyen de 10 guinées (environ 250 fr.), et que la Cour du banc de la reine a été plusieurs fois obligée de réprimer. Des médecins ont même été poursuivis et condamnés pour avoir eu en leur possession des corps morts dont ils n'avaient pas violé eux-mêmes la sépulture, mais qu'ils savaient avoir été déterrés. Les médecins américains ont coutume d'opposer à cette fâcheuse condition de la médecine anglaise la facilité dont jouit aux États-Unis la pratique des nécropsies. Mais ils pourraient prêcher d'exemple encore davantage, s'ils voulaient bien imiter tous une de leurs illustrations chirurgicales, le docteur Warren, mort récemment à Boston. Ce digne homme a exprimé dans son testament la volonté formelle que, vingt-quatre heures après son décès, son corps fût injecté avec une liqueur arsenicale ; que, vingt-quatre heures plus tard et après l'accomplissement des cérémonies funèbres prescrites par la loi, on pratiquât minutieusement l'autopsie de son cadavre, pour y rechercher notamment certaines lésions qu'il indique, et enfin qu'on préparât avec le plus grand soin ses os pour les monter en *squelette articulé*, destiné au Collége de Boston.

Nous espérons bien que les médecins des États-Unis ne se le feront pas dire deux fois, et qu'ils donneront en mourant ce dernier témoignage de leur zèle scientifique. Une collection de célébrités *articulées* aurait même des avantages particuliers. Au lieu d'invoquer leurs ombres, les élèves se prosterneraient devant leur charpente : « Squelette chéri, fais descendre dans mon intelligence un de ces rayons, etc. » ; ou bien : « Illustre squelette, je jure sur tes os, etc. »

— Il paraît toutefois que l'amour de la science n'embrase pas au même degré tous les médecins de l'Union, et qu'il est étouffé chez quelques-uns par un genre de sentiment qu'on ne trouverait pas ailleurs que de l'autre côté de l'Atlantique. Un certain docteur Cross (du Kentucky) a lu récemment devant l'*Association médicale américaine* un mémoire concluant à ce que les Écoles des États-Unis ne

la surface libre se modifie, acquiert de la plasticité, et facilite l'agrégation des molécules de fibrine. Quelle que soit la valeur de cette explication, le fait existe.

L'endocardite ulcéreuse nous paraît avoir un mode d'action moins douteux. Ici la sécrétion morbide est plus manifeste, et son produit doit agir sur le sang comme le pus fourni par les veines enflammées. Voici le relevé de quelques faits de ce genre :

Près d'un orifice, une ulcération s'établit; sa surface se couvre de couches de fibrine qui se surajoutent et finissent par constituer une tumeur d'un volume variable, et composée de couches superposées. Cette tumeur couvre l'ulcération, à laquelle elle adhère assez intimement, et paraît quelquefois se confondre avec l'endocarde au moyen de la couche plastique répandue et lissée au pourtour des adhérences.

Ailleurs, le bord ulcéré d'un orifice se couvre de végétations en choux-fleurs.

Les valvules aortiques sont perforées par une ulcération; leur bord adhérent est détaché en partie ou en totalité; elles sont molles et friables.

Le décollement du bord adhérent s'opère d'une manière remarquable; à l'endroit où l'endocarde se réfléchit et se double pour former le repli valvulaire, une inflammation s'établit; il se forme un foyer purulent creusé dans la fibre musculaire de la base du cœur, et précédé par une injection rouge, ponctuée : c'est de l'endocardite sous-séreuse. Les feuillets de la valvule, amincis, ramollis, s'ulcèrent ou se déchirent; l'abcès ouvert est remplacé par un enfoncement scaphoïde creusé dans la base du cœur et passant sous la valvule décollée dans une étendue plus ou moins considérable. Le ventricule communique avec l'aorte par cette ouverture accidentelle.

D'autres fois, sur les valvules aortiques ou mitrales, on voit une tache rouge ; à côté, une ulcération superficielle succédant à une autre tache ; puis une perforation plus ou moins étendue, simple ou double, succédant à l'ulcération. Il résulte de là des insuffisances mitrales ou aortiques.

Voici ce qui se passe alors : le sang, dans son cours rétrograde, relève les bords de ces ouvertures accidentelles, du côté du ventricule pour les valvules aortiques, de l'oreillette pour les mitrales. L'ouverture, ainsi relevée, renversée, finit par devenir une sorte de canal bordé de végétations, enveloppé de concrétions qui lui donnent l'aspect d'un caillot adhérent ; mais, avec quelque attention, on trouve au sommet libre de ce caillot une fente simple ou double qui est l'orifice d'un canal creusé dans son épaisseur, lequel aboutit à une autre ouverture du côté opposé de la valvule, et plus ou moins dissimulée par la disposition du coagulum. Après avoir détaché la fibrine concrète qui enveloppe et obstrue ce canal, on retrouve l'ulcération à bords renversés dont il a été question plus haut.

Nous avons trouvé pour noyaux de concrétions des valvules déchirées, ramollies, détachées dans une étendue plus ou moins considérable.

Dans ces différents cas, le rôle de l'inflammation doit être analogue à celui de la phlébite, c'est-à-dire qu'elle fournit un produit plastique susceptible de retenir, d'agréger les molécules de fibrine.

La péricardite est souvent compagne de l'endocardite. Sa coïncidence est signalée dans beaucoup de cas de concrétions cardiaques. Évidemment, cette phlegmasie périphérique n'a aucune action directe sur le sang qui traverse les cavités du cœur; tout au plus pourrait-on prétendre que l'élévation de température qui accompagne cette inflammation exerce sur le sang une action coagulante. Mais en enveloppant le cœur de fausses membranes, en soudant les deux feuillets de la séreuse, en ramollissant la fibre musculaire, la péricardite rentre dans les obstacles à la circulation, dont je vais maintenant m'occuper.

On considère généralement la stase du sang dans les vaisseaux comme favorable à sa coagulation; par analogie avec ce qui se passe après la saignée, on est disposé à regarder le repos comme nécessaire à la production de ce phénomène. Il n'en est rien, cependant; car c'est par l'agitation à l'aide d'une poignée de verges que l'on sépare la fibrine du sang.

D'un autre côté, des états de mort apparente, dans lesquels la circulation paraît interrompue, ne donnent pas lieu à la formation de polypes.

Il faut donc autre chose que la stase, autre chose qu'un obstacle à la circulation pour déterminer ces productions. Les véritables polypes sont rares, les obstacles circulatoires sont communs. Ces derniers ne sont donc que des causes prédisposantes pour les premiers.

Mais à ces causes s'en joignent souvent d'autres; en premier lieu, l'*endocardite*, cause productrice des rétrécissements d'orifice, entretenue, activée ou réveillée par la distension anormale des cavités du cœur, comme la cystite est entretenue ou produite par la rétention d'urine consécutive aux rétrécissements uréthraux.

A l'endocardite, qui peut néanmoins être absente, s'ajoute

---

missent, autant que possible, entre les mains de leurs élèves, que des ouvrages américains ; à ce qu'on cessât de traduire et d'éditer les ouvrages étrangers ; à ce que la presse médicale s'occupât moins des productions étrangères et plus de celles du pays ; à ce qu'enfin on se servît presque exclusivement des éléments locaux d'instruction et de progrès, afin de former une littérature médicale indépendante. C'est, comme le remarque un journal anglais, du *Know-Nothing* tout pur. Heureusement l'Association a repoussé vigoureusement ce patriotisme sauvage, en déclarant qu'elle révérait les grands médecins de tous les pays, et considérait leurs œuvres comme de précieux éléments de la littérature nationale.

— Voici une autre excentricité qui a ceci de particulièrement remarquable qu'elle ne vient ni d'Amérique ni d'Angleterre. Elle nous est révélée par El Siglo medico. Un professeur de l'Université de Barcelone est devenu père d'une fille, le 8 juillet dernier. Ce n'est pas la chose excentrique ; mais écoutez les noms de baptême qu'il a donnés à cette enfant : *Olive, Sabine, Sauge, Polygala, Hildegarde* et *Trotula*. Or, voici la clef de cette kyrielle de prénoms. *Olive* n'est pas seulement le nom du fruit précieux qui rend, entre nous, autant de services à la pharmacie qu'à la cuisine : c'est celui d'une sainte (dona Oliva del Sabuco) vénérée pour ses miracles, dont la fête se célèbre en Catalogne, le 10 juillet, deux jours après la date de la naissance de notre Barcelonaise. *Sabine* est aussi une sainte et une plante médicinale, sous l'invocation de laquelle il n'est pas maladroit de placer une fille qui deviendra grande. Il n'y a pas, que nous sachions, même en Catalogne, de Santa-Salvia, représentant la sauge, mais il y a *San-Salvio*, dont la commémoration tombe le 11 janvier. Pour les trois autres noms, la glose se complique. Il paraît que l'enfant, après sa naissance, rendit beaucoup (πόλυς, *poly*) d'humeur lactée (γάλα), ce qui donne tout net *polygala*. *Sainte Hildegarde*, abbesse du couvent de Rupertsberg, qui dépendait du Paraclet, fondé par Abeilard, a composé un *Traité de matière médicale*. Enfin, une *Trotula*, dont parle Sprengel, a inventé une opération chirurgicale.

Tout cela, comme vous voyez, ne manque pas d'ingéniosité. Il y a dans le calendrier français d'autres noms qui seraient tout aussi

souvent un autre ordre de causes dont je vais m'occuper. Je veux parler des diathèses.

La diathèse inflammatoire joue, au moins comme cause prédisposante, un rôle important dans l'étiologie des polypes : en premier lieu, par la détermination de phlegmasies cardiaques dont il vient d'être question; en second lieu, par l'élévation dans le sang de la proportion normale de la fibrine, qui peut être doublée, triplée, etc. On peut concevoir que la surabondance de cet élément spontanément coagulable devienne une prédisposition à la production des concrétions polypeuses; elle ne peut, toutefois, être considérée comme cause déterminante, quand on compare la fréquence de cette diathèse à la rareté proportionnelle des polypes. Mais cette diathèse peut agir d'une autre manière. Elle a toujours pour cause ou pour effet une phlegmasie localisée sur quelque point de l'économie. Or, si l'on considère ce qui se passe dans les capillaires d'un tissu enflammé, on voit d'abord, dans le champ du microscope, les globules du sang circuler plus lentement, osciller quelque temps, s'unir entre eux, et traverser ainsi réunis cet ordre de vaisseaux, jusqu'à ce que la circulation s'y arrête complétement. Ces globules ainsi réunis, rentrant dans la circulation, ne peuvent-ils s'y rencontrer, s'agglomérer entre eux, en vertu de la plasticité qu'ils ont acquise en traversant le foyer de la phlegmasie? Cette hypothèse donnerait l'explication de polypes qui ne sont pas légitimités par une endocardite manifeste.

La diathèse tuberculeuse est une des conditions morbides qui donne le plus souvent lieu à la formation des polypes. C'est ordinairement à la dernière période de l'évolution tuberculeuse, surtout quand la tuberculisation affecte les poumons, que cet accident se produit. Les rapports de causalité entre les polypes et la phthisie ont été indiqués par les auteurs anciens. Sénac, tout en reconnaissant cette dépendance, s'étonne que le sang *dissous* des phthisiques se prête à la coagulation. L'étonnement du célèbre anatomiste eût été moindre s'il n'avait pas supposé la dissolution là où se montre la plasticité. En effet, l'inflammation, compagne de l'évolution tuberculeuse, charge le sang de fibrine; aussi le sang des phthisiques est-il presque toujours crémeux. Sous ce rapport, la diathèse tuberculeuse se rapproche de la diathèse inflammatoire.

Mais il y a certainement une autre filiation entre les polypes et les tubercules. Les polypes formés sous l'influence de cette diathèse sont fréquemment kysteux et purulents. Or il est difficile de ne pas admettre entre le foyer de suppuration tuberculeuse et les polypes ramollis et suppurés une autre liaison que la phlegmasie. Sans doute un polype né sous l'influence de cette dernière cause peut subir le ramollissement puriforme; mais ce fait, exceptionnel pour la diathèse inflammatoire, et peut-être même alors sous la dépendance d'une suppuration éloignée, devient presque une règle dans la diathèse tuberculeuse.

Il est difficile de dire quel est le rôle précis de cette diathèse. Y a-t-il passage direct du pus dans le sang? L'inflammation des veines qui traversent le foyer tuberculeux introduit-elle des produits plastiques dans la circulation? Le pus ou ces produits ont-ils la propriété de provoquer l'agrégation des molécules de fibrine? Le sang est-il alors plus coagulable par suite de la diminution du savon animal, constatée par MM. Becquerel et Rodier? Chargé de produits de résorption, le sang est-il pour la membrane vasculaire un irritant phlegmasique? Quelle est la part de la pyoémie dans la pyokystie? Je ne crois pas qu'il soit possible, dans l'état actuel des choses, de donner la solution du problème.

Ce qui vient d'être dit de la diathèse tuberculeuse est applicable à la cachexie cancéreuse; avec cette différence, toutefois, que dans celle-ci les polypes intravasculaires ont souvent, comme nous le verrons en traitant des oblitérations veineuses, des rapports de continuité avec le foyer cancéreux, et prennent les apparences du cancer.

La fièvre typhoïde à son déclin, à côté d'assez fréquentes obstructions de veines, offre aussi son contingent, heureusement plus rare, de polypes cardiaques. Arrivée à cette période, cette fièvre constitue une sorte de cachexie, dans laquelle la dissolution du sang semblerait opposée à sa coagulation. Mais il faut noter que souvent alors elle se complique de phlegmasies, au nombre desquelles il faut signaler celles du cœur.

Nous avons aussi rencontré des polypes dans la cachexie albuminurique. Mais ces cas sont rares.

En résumé, laissant de côté toute explication théorique, nous dirons que les polypes du cœur se montrent sous l'influence d'états diathésiques dans lesquels on peut constater quatre ordre de faits : 1° une affection locale, inflammatoire, suppurative ou organique; 2° une altération plus ou moins appréciable du sang, prédominance de fibrine, quelquefois présence du pus, diminution des sels et du savon animal, disproportion dans ses éléments constitutifs; 3° souvent des lésions inflammatoires au cœur; 4° la dissémination de concrétions polypeuses dans le cœur et différents ordres de vais-

---

bien appropriés à des fils ou filles de médecins : *Procope, Marguerite, Hyacinthe, Pepin, Melon, Polycarpe*, etc. Si, par hasard, vous vous appeliez Cérat (ce qui s'est vu), je vous recommanderai particulièrement, pour votre premier, le prénom de *Saturnin*.

Agréez, etc. A. DECHAMBRE.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, à l'article *Glycosurie physiologique*, publié par M. Hipp. Blot, page 721, 4e ligne, au lieu de *n'appartient*, lisez *n'apparaît*.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes, aura lieu le 22 octobre prochain à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique.

MM. les élèves devront se faire inscrire du 22 septembre au 6 octobre inclusivement.

— Une décision ministérielle du 18 septembre porte que l'inspection médicale des officiers de santé des corps de troupe et des hôpitaux militaires aura lieu, pour 1856, en France, en Algérie et en Italie. Elle sera divisée en sept arrondissements, confiés à MM. les médecins inspecteurs ci-après indiqués, savoir : 1er *arrond.*, M. Bégin. — 2e *arr.*, M. Vaillant. — 3e *arr.*, M. Baudens. — 4e *arr.*, M. Michel Lévy. — 5e *arr.*, M. Guyon. — 6e *arr.*, M. Maillot. — 7e *arr.*, M. Scrive. (*Moniteur de l'Armée.*)

— M. le docteur Cuffer, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons, vient de mourir à l'âge de quarante ans, après une longue et douloureuse maladie.

— M. le docteur A. Foucart vient de recevoir de Sa Majesté D. Pedro II la décoration de l'ordre impérial *Da Roza* du Brésil.

— MM. Anitchskoff et Berzinski, officiers d'état-major russes envoyés en mission par l'empereur Alexandre pour étudier l'enseignement de la médecine militaire, ainsi que le service des hôpitaux de l'armée en France, se rendent chaque jour au Val-de-Grâce, où ils se sont mis en rapport avec MM. Michel Lévy et Champouillon.

seaux simultanément, ce qui indique l'action d'une cause générale.

Disons toutefois que, sous ce rapport, il y a une distinction à établir entre les caillots intraveineux et intra-artériels; les premiers, en effet, étant presque nécessairement formés sur place, les seconds pouvant avoir été détachés du cœur. Cette question sera reprise à propos des oblitérations vasculaires.

Symptomatologie des polypes du cœur. — Les phénomènes que peut développer la présence des polypes dans les cavités du cœur sont purement physiques, soit qu'ils apportent un obstacle au passage du sang, soit qu'ils entravent le jeu régulier des valvules.

Des caillots d'un volume insuffisant pour rétrécir notablement une cavité, fixés loin d'un orifice ou cachés dans un sinus, peuvent n'apporter aucun trouble dans les fonctions du cœur et rester complétement latents.

Il n'en est plus de même quand ces caillots remplissent en partie une ou plusieurs cavités du cœur, sont fixés dans le voisinage d'un orifice de manière à entraver le cours du sang, ou que libres dans une cavité ils y jouent le rôle de soupapes mobiles, bouchant à chaque systole plus ou moins complétement l'orifice de cette cavité, qu'ils ne peuvent franchir en raison de leur volume; quand ils ont modifié les conditions physiques des feuillets ou tendons valvulaires; quand, fixés par une extrémité, ils flottent dans le courant sanguin. On voit survenir alors un appareil de symptômes qui peut en révéler la présence.

La gêne de la circulation se manifeste par des symptômes semblables à ceux qui accompagnent les maladies organiques du cœur.

Si les caillots occupent le cœur droit, on voit survenir l'intumescence des veines extérieures, et notamment de celles du cou. Une cyanose générale, une infiltration qui peut être générale, sus ou sous-diaphragmatique, n'occuper qu'un côté de la face, le membre supérieur droit, suivant que le caillot met obstacle à la circulation des deux veines caves, que sa prolongation a lieu dans l'une ou l'autre de ces veines et s'étend aux veines qui en dépendent. On a donc alors une asphyxie par rétention du sang veineux dans les capillaires, asphyxie partielle ou générale, avec ou sans infiltration. Mais comme le sang ne traverse les cavités droites qu'avec difficulté, une anxiété syncopale vient se joindre aux phénomènes de l'asphyxie.

Quand le caillot occupe les cavités gauches, le sang reflue dans les poumons avant d'encombrer les cavités droites et le système veineux extérieur. L'asphyxie commence par le poumon; une dyspnée extrême, des efforts inouïs pour respirer, l'anxiété, la jactitation, témoignent de l'engouement pulmonaires. A ces symptômes vient parfois se joindre l'hémoptysie symptomatique d'une apoplexie du poumon. Ces phénomènes, toutefois, n'acquièrent ordinairement cette gravité que quand le polype survient comme une complication de quelque lésion grave du cœur.

On conçoit donc que, suivant le siége de l'obstacle apporté par le caillot au cours du sang, il se produise un engouement partiel ou général du cœur, avec distension d'une ou plusieurs cavités, une anémie ou un engorgement pulmonaire. On conçoit encore, en théorie, que la percussion du cœur et des poumons doive fournir des résultats différents suivant ces divers cas. On peut croire qu'une exploration attentive dirigée dans ce sens ne serait pas superflue, au point de vue du diagnostic.

L'auscultation fournira nécessairement des résultats différents, suivant les cas qui viennent d'être posés.

Si les valvules sont libres, que rien n'entrave leurs mouvements, les bruits normaux persistent. Mais les cavités de l'organe sont engouées; ces bruits deviennent sourds, étouffés, soit parce que le jeu valvulaire est entravé, soit parce que la réplétion de ces cavités s'oppose à la transmission du son.

Il pourrait se faire que, les polypes occupant les cavités droites, les bruits du cœur gauche conservassent leur intensité, à côté de l'extinction plus ou moins complète des bruits du cœur droit. Il faudrait, j'en conviens, beaucoup d'attention et de finesse d'auscultation pour saisir ces nuances délicates au milieu du trouble qui règne dans les actes de l'organe; il est permis de croire cependant que la chose ne serait pas tout à fait impossible.

Je serais peu disposé à donner aujourd'hui à cette *obscurité* des bruits du cœur la valeur séméiologique que je lui ai attribuée dans ma thèse inaugurale. Si elle peut être l'indice d'un polype, elle est plus souvent un effet de l'engouement des cavités du cœur.

Des modifications dans les bruits normaux, l'apparition de bruits anormaux, marquent souvent la formation des polypes. Le premier ou le second bruit peut être dédoublé; un triple bruit se fait entendre à chaque révolution cardiaque. Ces bruits peuvent être remplacés par un *souffle* plus ou moins rude, rapeux, crépitant, sibilant, un susurrus, un bruit de grosse mouche plus ou moins superficiel, limité ou prolongé dans l'aorte ascendante, et même jusque vers la fin de l'aorte descendante.

L'apparition de ces phénomènes est ordinairement assez brusque; on les voit survenir dans le cours d'une maladie inflammatoire ou cachectique. Ils se perdent souvent dans l'appareil symptomatique d'une lésion organique, ou se confondent avec celui d'une péricardite ou d'une endocardite. Ils peuvent être assez modérés pour passer inaperçus si l'attention n'est portée de ce côté. Plus ou moins intenses au début, ils peuvent se modérer ou s'aggraver, soit parce que la concrétion se condense et s'atrophie, soit parce que des concrétions nouvelles viennent s'ajouter à la première, ou que l'altération valvulaire qui en est résultée s'accroît.

Soit simultanément, soit avant ou après les troubles cardiaques, on voit souvent se produire des obstructions veineuses, ou bien consécutivement à ces troubles il se montre tout à coup une ou plusieurs obstructions artérielles. Cette complication devient presque un signe des concrétions cardiaques.

Peut-on, d'après les symptômes qui viennent d'être énumérés, diagnostiquer l'existence des concrétions polypeuses du cœur?

La *brusque invasion* des accidents durant une maladie inflammatoire et spécialement rhumatismale ou pulmonaire ou dans le cours d'une maladie cachectique, la coexistence ou l'apparition d'oblitérations vasculaires, l'apparition, trop rapide pour être attribuée à une déformation valvulaire, d'un bruit anormal intense souvent propagé dans les vaisseaux, fournissent des signes à peu près certains de la présence de concrétions dans les cavités du cœur. Mais, nous l'avons dit, bon nombre de ces concrétions restent *latentes* localement. Les oblitérations vasculaires intercurrentes peuvent en faire supposer l'existence.

Le *pronostic* des concrétions cardiaques est naturellement fort grave; je ne pense pas qu'une fois formées elles puis

sent se redissoudre. Avec M. le professeur Cruveilhier, je considère la fibrine coagulée dans les vaisseaux comme un corps mort. Je dois néanmoins reconnaître qu'un caillot kysteux est susceptible de disparaître par déliquescence progressive. Un fait récent, observé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, m'a permis de croire qu'un caillot fibrineux peut se rétracter, s'atrophier, contracter des adhérences de manière à ne point apporter de perturbation sensible dans les actes du cœur. Il s'agissait d'un jeune homme de seize à dix-sept ans, affecté d'un rhumatisme articulaire subaigu, rapidement amendé par quelques jours d'expectation et un purgatif. Il souffrait à peine, lorsqu'un matin, le cœur, dont les bruits étaient restés normaux jusque-là, devint le siége d'un bruit de mouche intense, prolongé dans l'aorte ascendante, semblable au bruit aigu que ferait une abeille, tellement superficiel derrière le sternum qu'il ne paraissait séparé de l'oreille que par une toile mince. D'après son caractère tout spécial, sa prolongation dans l'aorte, sa brusque apparition, et guidé par le résultat d'autopsies faites antérieurement, je crus devoir rapporter ce bruit à une concrétion rubanée, prolongée du ventricule gauche dans l'aorte. En effet, il n'appartenait pas à une péricardite, qui se révèle bien par des bruits de frottement plus ou moins diffus, mais non par un bruit de mouche filé à travers un orifice et le long de l'aorte ascendante. Une endocardite valvulaire simple aurait donné lieu à un bruit de souffle; force était d'admettre avec une endocardite la formation d'une concrétion polypeuse. Au bout de quinze à vingt jours de traitement par les vésicatoires et les purgatifs, ce bruit s'affaiblit assez brusquement et fut remplacé par un souffle peu intense, que le malade conservait, à un faible degré, un mois après sa sortie de l'hôpital, sans trouble cardiaque. Que s'est-il passé à l'intérieur du cœur? La supposition émise plus haut me semble ici parfaitement applicable. Malgré l'absence de phénomènes morbides actuels, il n'est pas certain que ce caillot ne devienne pas ultérieurement la source de quelque accident sérieux.

Quelle que soit la cause qui ait présidé à la formation des polypes, on peut dire que, dans la majorité des cas, ces productions ont des conséquences plus ou moins immédiatement mortelles. Elles sont, en effet, dans le cœur une source d'entraves à la circulation, et tôt ou tard, si le malade ne succombe, on voit survenir des obstructions artérielles, par suite du déplacement de ces caillots, entraînés par le courant sanguin.

Nous devons ajouter que ces productions et les accidents qui en sont la suite sont dominés par une diathèse souvent mortelle par elle-même, et dont elles sont, pour ainsi dire, une des manifestations ultimes.

La thérapeutique est désarmée en présence de ces fâcheuses productions. Tout au plus, en combattant avec énergie les phlegmasies cardiaques, peut-elle devenir préventive. Elle n'a que peu de moyens à opposer aux diathèses productrices des polypes. Après une étude plus approfondie du sujet, je ne proposerais plus, avec une certaine espérance, les alcalins comme dissolvants. Mais il y a une médication palliative, réclamée par les obstacles apportés à la circulation par ces polypes. Les indications naissent des accidents généraux plutôt que des symptômes locaux. C'est ici comme dans les maladies organiques du cœur; la saignée, les dérivatifs et les révulsifs sagement combinés sont les moyens de soulagement à opposer à ces accidents.

Je terminerai ce travail par une observation qui marquera la transition entre les polypes cardiaques et les obstructions artérielles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la sensibilité des tendons*, par M. *Flourens*. — L'auteur avait été frappé, il y a trente-cinq ans, du désaccord qui existait entre la plupart des physiologistes et la plupart des chirurgiens sur le problème de la *sensibilité* des tendons. Chez les premiers, Haller et son école posaient en principe l'*insensibilité absolue* des tendons; parmi les seconds, Morand et Jean-Louis Petit affirmaient que non-seulement les tendons sont *sensibles*, mais que certaines lésions pouvaient être suivies des plus vives douleurs. Petit a même expliqué comment dans les cas de rupture *complète* il n'y a jamais douleur parce qu'il n'y a jamais *tiraillement*, et dans le cas de rupture *incomplète* il y a toujours *tiraillement*, et par suite toujours *douleur*.

M. Flourens avait constaté la vérité de cette assertion par des expériences qu'il a renouvelées et qui ont donné les mêmes résultats. « Sur différents animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde), j'ai provoqué, dit-il, l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres et des coupures, et tout cela, bien entendu, sans le moindre signe de *douleur* ni de *sensibilité*.

» Au bout de huit jours, j'ai trouvé, du moins en général, le tendon rouge, grossi, enflammé; je l'ai pincé alors, et toutes les fois que les signes d'*inflammation* étaient manifestes, les signes de *douleur* et de *sensibilité* l'ont été aussi. Sur 11 cochons d'Inde soumis à cette épreuve, trois seulement sont restés impassibles.

» Pour avoir simultanément sous les yeux les deux effets opposés qui nous occupent, j'ai fait mettre à nu, sur 4 de ces animaux, le *tendon sain* et le *tendon enflammé*. Une plaque de verre a été placée ensuite sous chacun de ces deux tendons pour l'isoler complétement des parties voisines et sous-jacentes; après quoi on a pincé, coupé, brûlé avec l'acide nitrique et l'acide sulfurique, le tendon sain, et l'animal n'a ni crié ni bougé. On a pincé le tendon enflammé, et à chaque pincement l'animal a jeté un cri. Le fait est donc démontré : le tendon sain est dépourvu de *sensibilité*, et le tendon enflammé a une *sensibilité* très vive. Mais quelle est la cause de ce fait, de cette différence? Quel changement a dû s'opérer dans les nerfs du tendon? C'est une question toute nouvelle, qui sera examinée dans une seconde note. »

PHYSIOLOGIE. — *Note additionnelle au mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme*, lu le 22 septembre par M. *Remak*. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

PHYSIOLOGIE. — *Observations microscopiques sur la circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil, vue en transparence sur le vivant*; par M. *A. Waller*. — « Le procédé que l'auteur emploie consiste à produire par la pression l'exophthalmose ou la luxation du globe de l'œil sur les animaux albinos, et à observer ensuite, sous le microscope, les différentes parties de l'œil qui sont accessibles à l'observation. Chez le lapin, le cochon d'Inde, le rat et les rongeurs en général, il suffit d'une faible pression en arrière pour produire l'exophthalmose, qu'il est facile de maintenir pendant les observations. Cette opération est sans danger pour la vision et pour l'œil; l'œdème des paupières, l'inflammation ou la congestion produite par la luxation prolongée pendant plusieurs heures, ne tardent pas à se dissiper quand l'organe a été remis dans sa cavité. En présentant une chandelle obliquement à l'axe visuel devant

l'œil d'un animal albinos, on distingue une image renversée à la chandelle en transparence sur la sclérotique, comme dans l'expérience de Magendie pour démontrer la formation d'images renversées sur le fond de l'œil. En soumettant cette image lumineuse à l'observation sous le microscope, on parvient à distinguer la circulation des globules de sang dans les vaisseaux de la choroïde.

Sur le lapin, le cochon d'Inde et le surmulot albinos; chez ce dernier animal surtout, les parois de l'œil sont tellement transparentes, que sur les jeunes animaux on peut distinguer la surface postérieure du cristallin enchâssé dans le corps vitré, ainsi que la couronne de procès ciliaires.

Les principaux résultats des recherches de l'auteur sont :

1° Les vaisseaux de la cornée transparente sont peu visibles au moment où l'œil est luxé. Ils s'étendent sur la moitié externe de la cornée en formant des réseaux et des anses à mesure qu'ils s'approchent de leur limite interne. Le courant vasculaire y est très rapide, et peut être suivi sur toute l'étendue de ses vaisseaux, qui appartiennent presque exclusivement à la conjonctive; — 2° L'iris, sur le surmulot, est composé d'une membrane musculaire tellement mince, qu'elle offre peu d'obstacle au passage de la lumière. Sur l'iris, séparé de l'œil, on peut suivre sans préparation toute la distribution des nerfs. La convexité de l'iris occupe les trois quarts de la concavité de la cornée. L'iris est en contact immédiat avec la surface antérieure du cristallin.

Après l'opération de la cataracte, l'iris, qui n'est plus bombé en avant par le cristallin, perd sa convexité et devient une surface plane.

Les veines de l'iris et le plexus capillaire forment deux couches distinctes, la première superficielle et la seconde profonde. Les veines de l'iris, au nombre de vingt environ, commencent chacune au bord pupillaire, sous forme de trois ou quatre racines très déliées, qui bientôt se réunissent en un tronc commun, qui suit une direction rectiligne jusqu'au bord ciliaire de l'iris, et de là au tronc des veines choroïdiennes, dans lesquelles elles se jettent.

La couche capillaire profonde de l'iris se compose d'un réseau de vaisseaux d'environ 5 millimètres de diamètre.

La direction générale de ces vaisseaux est parallèle aux fibres radiées, avec de fréquentes anastomoses transversales. Dans les troncs des ciliaires longues, et dans leurs branches sur l'iris, le courant du sang est en général trop rapide pour être suivi. Il faut le ralentir en appliquant une légère compression sur l'œil, dont l'effet, à l'œil nu, est de faire pâlir tous les vaisseaux sanguins. Observé sous le microscope, le premier effet ainsi produit dans les artères est un reflux du sang vers le cœur, lequel, lorsque la compression est graduée et égale, continue quelquefois pendant au moins une minute, de sorte qu'il pourrait aisément faire prendre l'artère pour une veine. En même temps, le calibre de ces vaisseaux diminue de moitié, les capillaires deviennent invisibles, et les veines ressemblent à des tubes transparents, incolores, sans trace de globules. Par une compression plus légère, on ralentit simplement la circulation dans ces vaisseaux, et alors on peut la suivre dans les artères ciliaires longues sous la sclérotique jusqu'à leur arrivée à l'iris, dans leurs branches et ramuscules, dans les dentelures du bord pupillaire et dans les veines de l'iris jusqu'à sa grande circonférence.

La galvanisation de l'œil sur le vivant ou fraîchement enlevé ne produit aucun effet sur les procès ciliaires, quoique, dans le dernier cas, la pupille soit encore susceptible de contractions pendant une demi-heure. Examinées sous le microscope, à chaque contraction les fibres circulaires se dessinaient sous forme de sphincter large environ de 0mm,1. En même temps, les fibres radiées semblaient se tendre fortement. A travers la pupille, se distinguait la figure stelliforme du cristallin avec ses tubes s'y rattachant. Le galvanisme ne produit sur eux aucun effet.

Près du sillon de réunion de la cornée avec la sclérotique, sont deux ou trois anneaux veineux, très réguliers, presque parallèles; du plus grand de ceux-ci partent quatre à six troncs se rendant aux veines ciliaires antérieures. Les courants sanguins, dans l'intérieur de ces cercles vasculaires, sont très variés. Sur la membrane de la choroïde, les vaisseaux sont visibles dans le tiers ou même la moitié antérieure de son étendue, et l'on suit le cours du sang depuis la partie postérieure des procès ciliaires jusqu'à son entrée dans les troncs des veines choroïdiennes. La disposition des *venæ vorticosæ* sur cet animal est semblable chez l'homme. (*Comm.* : MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Chimie appliquée. — *Note sur quelques réactions propres à la substance des capsules surrénales*; par M. *Vulpian*. — Extrait de la partie médullaire des capsules surrénales du mouton, un suc, délayé avec de l'eau distillée, donne lieu aux réactions suivantes : I. Il est à peu près neutre ou très légèrement acide. — II. Le sesquichlorure de fer et les sels de sesqui-oxyde de fer y produisent une teinte glauque, quelquefois noirâtre, tirant un peu sur le bleu ou sur le vert. — III. Les sels de protoxyde de fer donnent lieu aussi à une coloration analogue, mais plus lentement et probablement après s'être suroxydés. — IV. La teinture aqueuse d'iode y développe une teinte rose carmin tout à fait remarquable. — V. La potasse, la soude, l'ammoniaque, la baryte font naître aussi cette teinte, mais à la condition d'être employées en petite quantité; un excès de ces bases détruit la coloration. — VI. Le chlore et le brome en solution aqueuse agissent de même que l'iode, mais moins énergiquement. Ces corps en excès anéantissent la réaction. — VII. Si on laisse en repos pendant quelques heures l'eau dans laquelle on a délayé la substance médullaire des capsules, la coloration rose-carmin dont il vient d'être question s'y produit spontanément : elle est à peine appréciable, si l'on s'est servi d'eau distillée; très marquée, si l'on a employé l'eau ordinaire. Le phénomène se montre beaucoup plus rapidement et devient prononcé, même dans l'eau distillée, si l'on expose la liqueur dans un tube de verre, à l'action des rayons solaires. — VIII. L'ébullition faite au moment où l'on vient de délayer la substance, ne détruit en rien le principe de ces réactions, qui se dissout au contraire en plus grande abondance, et tous les phénomènes deviennent encore plus apparents. — IX. Les acides azotique et sulfurique, en petite quantité, ne le détruisent pas non plus. Si l'on verse quelques gouttes de ces acides dans l'eau contenant ce principe, et si l'on ajoute la teinture aqueuse d'iode, la réaction ne se produit pas, mais en neutralisant l'acide à l'aide de l'ammoniaque, la teinture caractéristique se montre à l'instant, disparaît si l'on verse de nouveau de l'acide, et reparaît encore au moyen de l'ammoniaque. — X. Le principe de ces réactions est soluble dans l'eau. L'alcool rectifié, mis en contact avec les capsules pendant quarante-huit heures, s'empare de ce principe en très grande partie; il ne semble pas absolument insoluble dans l'éther sulfurique.

Ces réactions appartiennent exclusivement aux capsules surrénales. A l'aide du papier imbibé de sesquichlorure de fer, M. *Vulpian* a essayé sans résultat la rate et les corps thyroïdes, la substance cérébrale, les ganglions semi-lunaires, les nerfs, les ganglions lymphatiques, le foie, le pancréas, les poumons et les reins, toutes les muqueuses, les muscles, le pigment choroïdien, le sang.

Il existe donc une matière spéciale, inconnue jusqu'ici, douée de propriétés chimiques remarquables, qui se trouve exclusivement dans la substance médullaire des capsules surrénales, et qui constitue ainsi le *signe particulier* de ces organes. En continuant ces expériences, peut-être prouvera-t-on l'hypothèse qui regarde les capsules surrénales comme des glandes dites sanguines, c'est-à-dire versant directement dans le sang leur produit de sécrétion. (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Chimie appliquée. — *Triméthylamine obtenue de l'urine humaine*; note de M. *Dessaignes*. — Suivant l'auteur, l'odeur particulière que présente le carbonate d'ammoniaque de l'urine concentrée et bouillante tient à la présence de la triméthylamine.

Séance du 6 octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Physiologie. — *De la glycosurie physiologique chez les femmes en couches, les nourrices et un certain nombre de femmes enceintes*; par M. *H. Blot*. (*Comm.* : MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.) — Nous avons publié ce travail dans le dernier numéro, page 720.

Chirurgie. — *Note sur la galvanocaustique*; par M. *Middeldorpf*. — L'auteur s'est proposé d'utiliser, pour les usages de la chirurgie, les effets thermiques de la pile, et il désigne sous le nom de *galvanocaustique* l'ensemble des opérations exécutées à l'aide de ce moyen. La première idée d'une semblable application appartient à M. Heider, de Vienne (1844), qui a été suivi par MM. Amus-

sat fils, Bardeleben, Bence jeune, Cloquet, Crusell, Ellis, Harding, Hilton, Leroy (d'Étiolles), Longet, Marshall, Nélaton, Sédillot, Waite

M. Middeldorpf décrit ensuite le procédé opératoire, énumère quelques-uns des instruments dont il fait usage et expose les avantages de la galvanocaustique. (Voir GAZ. HEBD., tom. III, n° 40, pag. 698.)

Troisième mémoire sur les opérations qui se pratiquent dans les voies digestives et aériennes; par M. *Apostolides.* (*Comm.:* MM. Velpeau, Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Conon*, médecin cantonal de Longuyon, sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une demande formée par le sieur *Rempp*, à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, l'eau d'une source située à Soultz-sous-Forêt (Bas-Rhin). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : Un mémoire de M. le docteur *Billard* (de Corbigny), intitulé : « Découverte des sources de l'ozone organique. » (M. Bouchardat, *rapporteur.*)

KYSTES DE L'OVAIRE. — M. *Barth* a la parole pour une communication verbale. L'orateur rappelle que, dans la séance du 1er avril, il a entretenu l'Académie d'un nouveau mode de traitement curatif des kystes de l'ovaire, consistant dans une double ponction, une injection iodée et l'introduction d'une sonde de caoutchouc, dont la partie centrale, percée d'un œil, plonge dans la tumeur, tandis que les extrémités sortent par les deux ponctions. L'orifice supérieur de la sonde permet de pratiquer de fréquentes injections ; l'orifice inférieur fournit au liquide du kyste un écoulement facile. M. Barth a présenté en même temps une femme de vingt-sept ans sur laquelle il venait de tenter la première application de ce procédé (voir *Gaz. hebd.*, 1856, n° 14, p. 243).

« La tumeur, ajoute M. Barth, avait considérablement diminué de volume : le kyste était revenu sur lui-même; mais l'écoulement albumino-purulent ne tarissait pas, malgré l'emploi persévérant des injections iodées. La malade, découragée, arrache le tube, et sort de l'hôpital Beaujon le 18 mai. Elle vient le 26 à la consultation, et retourne à Neuilly ; mais elle est apportée le soir, avec une altération profonde des traits et des douleurs extrêmement aiguës dans l'abdomen. Le 27, à notre grand étonnement, elle accoucha. Enfin, elle succomba dans la nuit du 28.

» A l'autopsie, nous trouvons le kyste assez volumineux, contenant encore une certaine quantité de liquide, et offrant à sa partie supérieure une perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Autour du kyste, dans une assez grande étendue, le péritoine est le siége d'une phlegmasie suraiguë très intense. Derrière est l'utérus, en partie revenu sur lui-même.

» N'est-il pas surprenant de voir se développer ainsi, à côté d'un kyste ovarique et concurremment avec lui, une grossesse qui a été si peu inquiétée par ce voisinage qu'elle n'avait été soupçonnée ni par nous, ni par la femme même? La malade nous avait bien dit que ses règles étaient supprimées depuis huit mois ; mais elle affirmait en même temps qu'elle ne se croyait pas enceinte. D'ailleurs, elle n'avait aucune raison pour dissimuler sa grossesse, puisqu'elle était mariée.

» Nous avons déjà fait ressortir les avantages de notre mode de traitement curatif pour les kystes de l'ovaire. Nous n'insisterons pas sur son innocuité : elle nous paraît suffisamment établie par cette observation, qui nous montre une grossesse suivant régulièrement la plus grande partie de ses phases à côté du kyste opéré ; car on ne saurait imputer à l'opération, dont les suites ont été si simples, la péritonite suraiguë qui a emporté la malade. Cet accident me semble trouver une explication naturelle dans la compression exercée par l'utérus sur le kyste, dont le liquide augmentant tous les jours et n'étant plus évacué par le tube que la malade avait enlevé, s'était épanché dans la cavité péritonéale, après avoir rompu violemment les parois où il était soumis à une pression toujours croissante. La péritonite explique l'accouchement prématuré.

» Cette autopsie m'a prouvé encore qu'à la suite de cette opération on n'avait pas à craindre, comme le disaient quelques-uns de nos collègues, la formation de brides et l'étranglement interne, pouvant résulter de l'adhérence du kyste à la paroi abdominale au niveau des deux ponctions.

» Enfin, je me suis assuré que le kyste, quoi qu'en ait dit M. Depaul, était susceptible d'un retrait véritable. »

M. *Malgaigne*. Il est peu de points dans la thérapeutique chirurgicale qui présentent plus d'incertitudes et d'obscurités que le traitement des kystes de l'ovaire. Il serait donc à désirer qu'à propos de l'intéressante communication de M. Barth une discussion s'engageât là-dessus au sein de l'Académie.

Dès aujourd'hui je commencerai par dire à M. Barth que je ne vois guère l'utilité de la double ponction qu'il préconise ; j'y trouve même un inconvénient grave : c'est que la ponction supérieure va bien près du péritoine ; et je suis porté à croire que c'est par là que s'échappe le pus (un peu déguisé dans le récit de M. Barth), quand il est à l'étroit dans le kyste. Je préférerais donc une seule ponction, comme pour l'hydrocèle.

Mais est-il bien nécessaire, dans l'état actuel de nos connaissances, est-il bien prudent de tenter la cure radicale des kystes de l'ovaire ?

Sans doute le chirurgien ne doit pas abandonner ces tumeurs à elles-mêmes ; mais ne peut-il pas se contenter de la simple paracentèse? C'est mon opinion, dans l'immense majorité des cas. Nous savons tous que cette opération, qui d'ailleurs est d'une grande innocuité, amène, quand elle est pratiquée par intervalles, une cure palliative qui permet à la malade de vivre souvent de longues années, malgré son infirmité.

Mais les différents modes de traitements curatifs imaginés jusqu'à ce jour sont-ils de nature à mériter l'adhésion des chirurgiens et la confiance des malades? Je ne parlerai pas de l'extirpation du kyste pratiquée en Amérique et en Angleterre. En dépit des statistiques, cette fois je persiste à croire que c'est là un moyen de guérison *trop radicale*.

Mais que dire de la ponction suivie de l'injection iodée? On a rapporté un assez grand nombre de succès obtenus par ce moyen ; mais j'aurais voulu que ces guérisons eussent été vérifiées par une commission de l'Académie.

J'ai vu quelques-unes de ces opérations suivies, comme l'a remarqué M. Barth, d'un petit retrait de la tumeur ; mais je crois que ce mouvement ne tarde pas à s'arrêter, et le volume du kyste devient stationnaire.

Du pus peut être retenu dans la cavité de la poche ainsi rétractée, ce qui réclame une autre ponction et de nouvelles injections ; ou bien on peut avoir affaire à un kyste multiloculaire, ou encore à un kyste renfermant des masses de matière hétéromorphe. Dans ces cas, l'injection échoue, et la poche ne peut pas revenir sur elle-même.

Considérant, d'une part, la gravité d'une injection iodée dans un kyste ovarique, et d'autre part son inutilité, comme dans les conditions sus-énoncées, je donne encore la préférence aux ponctions simples répétées toutes les fois qu'il en est besoin, vu qu'elles n'exposent la femme à aucun danger et qu'elles la font vivre encore longtemps.

M. *Moreau.* Une grossesse se développant concurremment avec un kyste de l'ovaire n'est pas chose aussi rare que M. Barth a paru le croire. Pour mon compte, j'en ai observé un certain nombre de cas.

Le procédé imaginé par notre honorable collègue me semble assez rationnel, et j'y adhérerais volontiers, si je ne pensais, avec M. Malgaigne, que, dans l'immense majorité des cas, la paracentèse est encore ce qu'il y a de préférable. Encore, j'estime qu'on doit s'abstenir quand le kyste demeure stationnaire, et qu'il ne faut recourir à l'évacuation que lorsque, par son volume, il gêne les

fonctions des organes voisins. J'ai vu un certain nombre de femmes vivre dix, vingt ou trente ans, au moyen de ponctions palliatives répétées à peu près chaque année ; et même une de mes clientes a obtenu une guérison radicale à la suite d'une simple ponction pratiquée par M. Roux.

Je me défie des canules laissées à demeure dans ces kystes depuis que j'ai vu, dans le service de Récamier, des accidents inflammatoires survenir à la suite de cette pratique.

Quant à l'ablation de la tumeur, la seule que j'ai vu pratiquer a entraîné la mort de la patiente au bout de vingt-quatre heures.

M. *Huguier*. Je vais rapporter succinctement l'observation de la malade à laquelle M. Malgaigne a fait allusion. C'était une femme de quarante ans, atteinte à la fois d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus et d'un kyste de l'ovaire très volumineux. Une première ponction donna issue à dix-sept litres de liquide. Bientôt la tumeur se reproduisit avec des symptômes généraux graves qui annonçaient la formation du pus dans le kyste. M. Malgaigne est appelé en consultation : une seconde ponction est faite, par laquelle s'écoulent dix à douze litres de matière purulente. Une canule est laissée à demeure dans la poche, des injections iodées sont pratiquées. Les accidents se dissipent peu à peu, la tumeur revient sur elle-même ; et aujourd'hui le malade a repris des forces et de l'embonpoint. Elle continue à porter au-dessus de l'aine gauche une canule par laquelle il s'écoule journellement environ un quart de verre de pus.

M. *Cazeaux*. Je ne saurais partager la timidité de M. Malgaigne et de M. Moreau, relativement aux injections iodées. J'ai vu plusieurs femmes opérées par M Boinet au moyen de cette méthode, et chez lesquelles le kyste ovarique ne s'est pas empli de nouveau, depuis cinq ou six ans qu'elles sont opérées. Toutes conservent dans l'abdomen une tumeur résistante, sans fluctuation, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme. Ce sont là des cas qu'on peut, je crois, dans l'état actuel des choses, considérer comme des guérisons.

Chez les opérées de M. Boinet, je n'ai pas vu de ces fistules dont a parlé M. Malgaigne, et qui, d'après lui, deviendraient quelquefois le point de départ d'accidents consécutifs graves.

Les succès de M. Boinet autorisent-ils à recourir dans tous les cas à la méthode des injections iodées? Assurément non. Cette méthode est contre-indiquée toutes les fois que le kyste est multiloculaire ou qu'il renferme des masses solides capables de s'opposer à son retrait.

Les kystes ovariques ne me paraissent pas aussi inoffensifs qu'a bien voulu le dire M. Moreau. Presque toujours ces tumeurs amènent des troubles profonds dans la respiration et dans la nutrition. Rarement la simple paracentèse suffit pour dissiper ces accidents : il est vrai que beaucoup de femmes ont vécu quelques années, grâce aux ponctions palliatives; mais bientôt ces ponctions deviennent insuffisantes; l'épanchement se reproduit rapidement ; les malades dépérissent et succombent prématurément.

N'est-il donc pas préférable, dans les cas simples, de tenter une cure radicale? La méthode des injections ne me paraît pas aussi dangereuse que le dit M. Malgaigne. Entre les mains de M. Boinet et de plusieurs autres praticiens, elle a fourni déjà un grand nombre de résultats avantageux. Dans les cas où elle ne guérit point, elle retarde ordinairement la nécessité d'une nouvelle ponction.

M. Moreau n'a-t-il pas aussi porté un pronostic trop favorable pour les cas où le kyste ovarique s'accompagne de grossesse? Je pourrais citer deux exemples d'avortement provoqué par la gêne qu'une tumeur de ce genre apporte au développement de l'utérus Il existe aussi des observations qui prouvent que la compression, le frottement continuel qu'exerce la matrice sur le kyste peuvent à la longue produire une sorte de contusion et par suite une inflammation suppurative de ses parois.

J'ai été consulté, il y a peu de temps, par une jeune dame affectée d'un kyste de l'ovaire Elle est mariée depuis six ans, et elle a le plus grand désir d'être mère. Ce kyste m'inspire de telles craintes, que j'ai conseillé à cette dame de s'abstenir jusqu'à ce qu'une opération lui ait été pratiquée et ait écarté tout danger.

J'insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis avant de recourir à l'injection iodée. Aussi je conseillerais volontiers les ponctions exploratrices. Il serait même bon, je crois, de vider d'abord le kyste par une simple paracentèse et de constater le temps qu'il met à se remplir. Si le liquide se reproduit avec une grande lenteur, on pourra différer l'injection ; mais il faudra y avoir recours lorsque la tumeur reparaîtra trop vite.

M. *Velpeau :* Je crois qu'il est très important de ne pas laisser séjourner de pus dans les tumeurs ovariques, et le procédé de M. Barth me paraît remplir le mieux cette indication.

Je suis d'avis que, dans beaucoup de circonstances, la paracentèse suffit pour permettre aux femmes de parcourir le temps de la vie moyenne avec un kyste de l'ovaire. Il est vrai que certaines malades succombent dans le courant des dix premières années, soit parce que le kyste prend une extension exagérée, soit parce qu'il s'enflamme ou qu'il enflamme les tissus voisins.

Dans le premier cas les ponctions palliatives suffisent. Mais il ne faut pas croire que ces ponctions simples soient toujours inoffensives. J'en ai pratiqué un très grand nombre, il est vrai, sans accidents ; mais j'ai perdu aussi, dans une seule année, cinq malades à la suite de la paracentèse pour des kystes ovariques. Sans doute il peut y avoir quelquefois des coïncidences malheureuses, comme cela me serait arrivé à propos d'une malade de la Charité, atteinte d'un kyste de l'ovaire, que j'étais sur le point d'opérer par l'injection iodée, et qui mourut au moment où on allait la transporter à l'amphithéâtre. Mais je ne puis, malgré tout, m'empêcher de considérer les ponctions des kystes ovariques comme assez graves parfois pour entraîner la mort.

Que dirai-je maintenant de la méthode des injections iodées appliquées aux kystes de l'ovaire ? On sait combien j'ai préconisé les injections de teinture d'iode dans les tumeurs séreuses, dans les hydrocèles, par exemple ; c'est que j'ai observé que c'était dans ces sortes de sacs seulement que l'iode déterminait une inflammation purement adhésive. Or, la liqueur huileuse, grasse, onctueuse qui s'écoule des kystes ovariques n'a aucun des caractères du liquide ordinairement sécrété par les séreuses. Doutant alors que ce fût une membrane de cette nature qui tapissait la cavité de ces kystes, je n'ai pas osé y pratiquer le premier des injections iodées. D'autres ont tenté l'expérience ; ils ont quelquefois réussi ; j'ai essayé à mon tour ; j'ai obtenu aussi quelques résultats favorables.

J'ai toujours fait l'opération à la manière de celle qui est usitée pour l'hydrocèle, c'est-à-dire qu'après avoir pratiqué l'injection, j'en ai laissé à peu près la moitié dans la tumeur. De toutes les malades que j'ai opérées ainsi, une seule a eu des accidents mortels. Elle est sortie prématurément de l'hôpital ; elle a repris chez elle des occupations fatigantes. La tumeur a suppuré, le pus s'est fait jour à travers les parois, s'est épanché dans le péritoine et a causé une péritonite rapidement mortelle, ainsi que nous l'avons constaté par l'autopsie.

Je termine en appuyant la proposition de M. Malgaigne et en émettant avec lui le vœu qu'une discussion s'engage au sein de l'Académie sur l'importante question des kystes de l'ovaire.

M. *Barth :* Je retranche ce que j'ai dit de la nature du liquide contenu dans le kyste de la femme que j'ai opérée ; j'ai besoin de l'examiner encore pour être bien fixé sur ses caractères. Mais je persiste à croire que ce liquide ne s'est pas échappé par une des ponctions que j'avais pratiquées à la tumeur.

L'Académie consultée, adopte la proposition de MM. Malgaigne et Velpeau.

La discussion est remise à la prochaine séance.

Chirurgie. — M. *Jobert*, de Lamballe, lit en son nom et au nom de M. *Poiseuille*, un rapport sur une observation de M. le docteur *Juseppe di Martino*, de Naples, relative à une *anomalie du pavillon de l'oreille et à un procédé d'otomiosie.* — Il s'agit d'un jeune homme qui présentait un développement exagéré des deux oreilles ; il en résultait une difformité choquante. — M. Martino y remédia à l'aide de son procédé d'exérèse. Dans un premier temps, une perte de substance fut faite au pavillon de l'oreille; dans le

second, on rapprocha les lèvres de la plaie, et on les maintint en contact par la suture. Le pavillon fut divisé de dehors en dedans, du bord externe vers le centre de la conque et de haut en bas. Un second coup de ciseaux intéressa l'épaisseur du pavillon à un demi-pouce de la première section, de manière à obtenir une perte de substance triangulaire. — Quatre points de suture furent ensuite appliqués.

Le cinquième jour l'appareil fut levé, et l'on trouva la plaie réunie par première intention. Un mois plus tard, une opération identique fut pratiquée sur l'autre oreille.

Le rapporteur regrette que M. Martino ait passé sous silence le mode de réunion des cartilages.

Cette opération n'offre pas de gravité et peut être approuvée, bien qu'on doive la placer au nombre des opérations de complaisance. Les excisions des parties exubérantes de l'oreille ne sont pas d'ailleurs des opérations nouvelles, puisqu'on les trouve indiquées dans les ouvrages classiques.

La commission propose à l'Académie d'adresser à l'auteur des remercîments pour sa communication, et de déposer son travail aux archives. (*Adopté.*)

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 17 OCTOBRE 1856.

Rapport de M. Guibout, sur un mémoire de M. le docteur Leménant, sur la fièvre typhoïde.

Discussion sur la transmission de la syphilis des enfants à la mamelle.

Société impériale de médecine de Constantinople.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 13 JUIN 1856 (1).—PRÉSIDENCE DE M. FAUVEL.

Discussion sur le typhus.

M. *Cazalas* présente une pièce anatomique. Elle consiste dans une portion de l'intestin grêle d'un homme qui a succombé la veille dans son service. M. Cazalas remarque que l'intestin offre des ulcérations et des plaques manifestement identiques avec celles de la dothiénenthérie. L'individu, nommé Chauvin, du 42e, est resté quatre mois malade à l'hôpital de Péra. Il passa au service de M. Cazalas quand cet établissement fut formé. Il succomba un mois environ après son entrée. Chauvin a eu le scorbut, le typhus et la diarrhée chronique. C'est cette dernière qui a amené la mort. M. Cazalas ne peut pas déterminer l'époque à laquelle Chauvin a contracté le typhus. Sur les interpellations qu'on lui adresse, il déclare qu'il n'existait pas de tubercules, que le gros intestin présentait des ulcérations, et que les ganglions mésentériques étaient gonflés. Dix-sept malades de l'hôpital de Péra entrèrent en même temps que l'individu en question dans les salles de M. Cazalas. Dix sont morts. Sur dix autopsies faites, quatre fois on a trouvé des lésions semblables à celles de la pièce anatomique présentée à la Société.

M. *Fauvel* pense qu'il s'agit d'ulcérations dothiénentériques dont la cicatrisation n'a pas pu s'opérer par le fait de l'affection chronique qui a amené la mort. Rien ne prouve que le malade ait eu le typhus.

M. *Cazalas* affirme qu'à mesure qu'on va du nord au midi, les fièvres typhoïdes sont moins graves, et la lésion intestinale est moins caractérisée.

M. *Arnaud* répond que, dans toutes les autopsies qu'il a faites à Constantinople, il a trouvé la lésion dothiénentérique avec tous les caractères que les auteurs lui assignent.

M. *Cazalas* maintient son opinion et en appelle à l'expérience des médecins de Constantinople.

M. *Fauvel* a fait l'autopsie de trois individus qui ont succombé à la fièvre typhoïde dans cette ville ; la lésion était exactement celle qu'il a vue à Paris.

Même affirmation de la part de M. *de Castro*, qui a fait dix autopsies.

M. *Jacquot* a la parole. Après quelques considérations sur la contagion, il rappelle les opinions émises par M. Cazalas qu'il résume ainsi : négation du typhus légitime à l'état d'isolement ; théorie des trois éléments morbides qui constitueraient essentiellement le fond de l'épidémie ; hypothèse que l'épidémie est constituée non par une même maladie, mais par diverses affections et différents états morbides ; rôle attribué aux raptus sanguins chez les scorbutiques soumis à une alimentation trop substantielle.

L'orateur dit qu'il ne conteste pas la complexité des formes morbides (typhus et fièvre typhoïde). Il l'a lui-même proclamée, il y a un an, dans une note adressée à l'Académie de médecine de Paris, et, en 1853, dans un autre travail présenté à la même Académie, il a soutenu l'existence de la complexité dans l'endémo-épidémie romaine. M. Garreau, ajoute-t-il, a développé, dans la GAZETTE MÉDICALE, la même pensée, qui n'est donc pas exclusive à M. Cazalas. Seulement, M. Cazalas la généralise trop et nie l'existence du typhus à l'état d'isolement.

Quant à la distinction du typhus et des états typhiques, M. Jacquot l'a faite également dans la note déjà citée, et M. Garreau y a insisté de son côté assez longuement. Mais M. Cazalas, en appelant état typhique un état morbide qui ne dure que quelques jours, soutient que le typhus doit nécessairement parcourir toutes ses périodes. Or, M. Jacquot pense que c'est là une erreur, parce que les hommes sains qui ont contracté la maladie ne sont restés que peu de jours malades et que, chez eux, on ne pouvait pas croire qu'il s'agît d'un accident tenant à une autre maladie, puisque cette maladie n'existait pas ; parce qu'on ne peut pas déterminer la limite qui sépare les états typhiques de M. Cazalas du typhus vrai, qu'on trouve toutes les durées possibles, depuis deux jusqu'à vingt et vingt-cinq jours, et qu'on ne sait où faire cesser les états typhiques et commencer le typhus légitime ; parce qu'on a vu deux individus pris exactement de la même manière et que la maladie disparaissait, chez l'un, en quatre à cinq jours, tandis que, chez l'autre, elle suivait un cours beaucoup plus long. M. Jacquot n'admet pas la durée absolue que M. Cazalas assigne au typhus, et il s'étaye des observations de ses collègues, de celles de M. Mœring et de l'autorité des auteurs. M. Cazalas ne croit pas qu'on puisse arrêter le typhus, mais il soutient que, par sa méthode, on peut l'empêcher de se développer ; qu'en attaquant convenablement les états typhiques, on prévient la manifestation du typhus et qu'il faut lutter contre l'état prodromique. S'il en est ainsi, on peut donc arrêter la maladie, puisqu'enfin cet état typhique et cet état prodromique, laissés à eux-mêmes, peuvent devenir le typhus. Quant à M. Jacquot, il est porté à penser, sous toute réserve néanmoins, que l'état typhique est, relativement au typhus, ce que l'état typhoïde est à la dothiénentérie, c'est-à-dire un accident, une complication qui n'est pas le typhus.

Pour ce qui est de l'opinion de M. Cazalas sur le typhus de Hildenbrand, considéré comme type, M. Jacquot estime que M. Cazalas, qui nie le typhus solitaire et qui ne l'a pas vu dans l'épidémie actuelle, ne saurait établir de comparaison, puisque l'un des termes lui manque. Du reste, M. Jules Roux, de Toulon, par sa lettre, M. Moering, par sa communication, ont déposé contre M. Cazalas. Les quelques mots que Hildenbrand a consacrés aux lésions anatomiques ne sont d'aucun poids dans la question, par la raison qu'on ne sait s'il faut les rapporter au typhus ou à la fièvre typhoïde, Hildendrand ayant décrit les cas qu'il a observés pendant douze ans soit aux armées, soit aux hôpitaux, soit en ville, et ces derniers cas étant probablement de simples fièvres typhoïdes. Dans son appréciation de l'ouvrage de Hildenbrand, M. Jacquot n'a pas été, prétend-il, aussi loin qu'on l'a dit. Il a usé, d'ailleurs, du libre examen et il trouve que la description de cet auteur ne concorde pas toujours avec celles d'autres médecins non moins éminents que lui.

M. Cazalas a exprimé l'opinion que l'épidémie de 1855 a été de même nature que celle de 1856. C'est là ce que M. Jacquot a avancé également ; et, tout en admettant une certaine variabilité dans les formes, il a soutenu l'identité de nature. A la remarque qu'il est venu trop tard pour observer la première, M. Jacquot réplique en rappelant les époques. Il ajoute qu'il a eu tout le temps de voir, et que, dans tous les cas, il a pu s'éclairer de l'expérience de ses collègues.

En abordant la question du traitement, M. Jacquot critique les assertions de M. Cazalas relatives au rôle secondaire qu'il assigne à l'élément typhique, se déclare d'accord avec lui dans sa recommandation de traiter les premiers accidents, établit que, à quelque titre qu'on les ait employés, les purgatifs ont produit de bons résultats, et arrive au sulfate de quinine. Après avoir signalé les divers effets que les médecins se sont proposés de son emploi dans l'épidémie, M. Jacquot se base sur les expériences comparatives de quelques-uns de ses collègues pour affirmer l'inexactitude de l'opinion de M. Cazalas, et il soutient que l'intermittence et la rémittence disparaissent par suite de la marche naturelle de l'affection, et sans l'usage du sulfate. Il reconnaît, du reste, qu'il est des cas où le sulfate de quinine est indiqué : c'est quand il y a adjonction de l'élément palustre et quand les manifestations intermittentes deviennent

(1) Voir une séance antérieure de la Société. (*Gaz. hebd.*, 1856, n° 27, p. 469.)

menaçantes par leur intensité. Quant aux résultats statistiques apportés par M. Cazalas à l'appui de sa méthode, M. Jacquot prétend qu'on ne peut pas s'en prévaloir, par la raison que le système statistique de ce médecin diffère de celui adopté dans les autres services. Dans tous les cas, le traitement de M. Cazalas a été essayé dans d'autres hôpitaux, et n'a pas produit les mêmes effets.

M. Jacquot entre dans le débat sur l'identité. Contrairement à M. Cazalas, il soutient qu'il ne faut pas chercher dans les symptômes seuls les éléments de diagnostic, et qu'avec les plus célèbres médecins il faut les tirer de l'ensemble des conditions qui constituent l'utilité pathologique. En agissant ainsi, on parvient à distinguer le typhus de la fièvre typhoïde. Il va plus loin : il affirme qu'avec la seule symptomatologie, on arrive le plus souvent au même résultat, s'il s'agit d'individus qui ont été atteints du typhus dans l'état de santé Il en appelle à la pratique de plusieurs de ses collègues qui font journellement la distinction. Quant à son hésitation dans la circonstance dont M. Cazalas a parlé, et où le diagnostic n'a pu être établi qu'à l'autopsie, M. Jacquot l'explique par la réserve qui lui était commandée à cause de son arrivée trop récente encore, et par le fait que l'épidémie a eu peine à se constituer, et qu'au commencement elle n'était pas suffisamment accusée pour qu'on pût se prononcer avec assurance.

Après ces considérations générales, M. Jacquot prend en particulier chacun des points sur lesquels roule la question de l'identité.

Quant au début, il contraste dans les deux maladies : lent dans la fièvre typhoïde, il est brusque dans le typhus, et l'expérience de tous les jours a bien établi le fait dans l'épidémie actuelle.

Quant à l'étiologie, M. Jacquot prétend qu'il n'a pas avancé que la fièvre typhoïde se développait toujours dans les meilleures conditions; il a dit seulement souvent. Les auteurs sont d'ailleurs de son avis, M. Grisolle entre autres. M. Jacquot ne partage pas l'opinion de M. Cazalas sur l'influence des divers degrés d'encombrement pour produire le typhus ou la fièvre typhoïde selon ces degrés. Il assure que, sauf ce qui concerne celle que M. Landouzy a décrite, on a toujours distingué en France les épidémies de typhus des épidémies de fièvre typhoïde. M. Jacquot ne croit pas que le miasme, dégagé par un seul homme, soit identique avec celui qui produit le typhus. Il est disposé à penser, avec la plupart des auteurs, que pour donner naissance au typhus, le miasme humain doit provenir d'une grande accumulation. Il n'y a donc pas ce degré conduisant de la fièvre typhoïde au typhus, il y aurait un point au-dessus duquel serait le typhus, et au-dessous duquel le typhus n'existerait pas. D'ailleurs, deux maladies ne sont pas identiques, par cela seul qu'elles dérivent d'une même cause. M. Jacquot met en relief quelques autres différences tenant à l'ordre étiologique, et dont il a parlé dans son premier discours.

Quant à la transmissibilité, M. Jacquot déclare qu'il l'a admise pour la fièvre typhoïde, comme il a admis l'infection pour le typhus dans des limites incomparablement plus larges. Pour ce qui est des faits de Foundontsly: en montrant que les deux cas du service de M. Cazalas étaient bien le typhus, M. Jacquot oppose ses renseignements, qu'il a pris directement par lui même, à ceux fournis indirectement à M. Cazalas.

Quant à l'épidémicité, M. Jacquot cite ses paroles pour montrer qu'il n'a jamais professé que la fièvre typhoïde ne fût pas épidémique; il a dit seulement qu'elle existe en permanence à l'état sporadique, ce qui ne se voit pas pour le typhus dans l'armée.

Quant à l'individualité des espèces, citant encore le texte de son discours sur ce point et celui de M. Cazalas d'après lequel on trouve dans les épidémies de fièvre typhoïde toutes les formes du typhus, M. Jacquot demande s'il est possible que les auteurs, qui se sont tant occupés de la première, n'aient jamais rencontré le typhus, et il ne peut pas admettre avec M. Cazalas que toute épidémie intense de fièvre typhoïde s'accompagne de cas de typhus.

Quant à la durée, M. Jacquot maintient son opinion; il assure que ses collègues la partagent et qu'il en est de même pour la promptitude de la convalescence.

Quant aux symptômes, il insiste sur l'absence en général des phénomènes abdominaux dans le typhus, sur les caractères particuliers de l'épidémie actuelle, sur le facies des malades, sur l'éruption cutanée, etc.

Quant aux lésions anatomiques, dans l'épidémie actuelle, il n'a jamais trouvé la lésion dothiénentérique. Tous ceux qu'il a consultés, tant ici qu'en Crimée, ont été dans le même cas. Le fait a été confirmé par M. Mœring. M. Jacquot soutient en outre que cette lésion ne manque jamais dans la fièvre typhoïde, qu'elle ne précède pas le développement de la maladie, qu'elle n'est que contemporaine, même pour ceux qui font de la fièvre typhoïde une entérite folliculeuse, et, à ce propos, il rappelle l'opinion de ceux qui font de l'éruption intestinale un phénomène consécutif, et il termine en répétant ce qu'il a dit dans son premier travail, savoir, que pour faire une même maladie du typhus et de la fièvre typhoïde, il faut ne tenir compte d'aucun des éléments du diagnostic.

M. Jacquot résume en cinq propositions la substance de son discours : 1° l'épidémie régnante est bien le typhus; 2° le typhus est solitaire ou complexe; 3° il n'y a pas d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde; 4° la durée et les périodes du typhus de Constantinople ont été variables et n'ont pas eu la fixité de celle des fièvres éruptives; 5° à côté du typhus, il y a eu des états typhiques.

(*La suite prochainement.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX (1).

Observation de fièvre typhoïde (?) **chez un enfant**, par M. Léon Nolé. — **Distinction des caractères du typhus et de la fièvre typhoïde**, par M. A. Haspel. — *Idem*, par M. Mouchet.—*Idem*, par M. Godelier.—*Idem*, par M. Brault. — **Moyens qui peuvent le plus sûrement enrayer les fièvres graves**, par M. Anthoine (de Beaucaire). — **Traitement de la fièvre typhoïde**, par M. Joseph R. Smith.

L'observation de M. Nolé, qui a pour titre : *Fièvre typhoïde chez un enfant* (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, juillet 1856), offrirait un certain intérêt s'il s'agissait réellement d'une fièvre typhoïde, quoique le petit malade eût déjà quatre ans et demi, et que cette affection ait déjà été constatée un assez bon nombre de fois au-dessous de cet âge (dans les relevés de MM. Barthez et Rilliet, sur 111 enfants de quinze ans et au-dessous, atteints de fièvre typhoïde, 14 avaient de deux à cinq ans). Mais la forme de l'éruption cutanée, consistant en des pétéchies livides répandues sur le cou, sur la poitrine, sur le ventre ; l'absence de taches rosées lenticulaires et de sudamina, le défaut de détails concernant l'état de la région iliaque droite, le peu de durée de la maladie et la rapidité de la convalescence, sont des circonstances qui jettent quelque doute sur l'exactitude du diagnostic porté. Il est très vrai que des pétéchies semblables ont été rencontrées dans la vraie dothiénentérie ; il est vrai également que les taches rosées ne sont pas invariablement liées à l'existence de cette maladie chez l'enfant; mais si cela ne permet pas de nier d'une manière absolue qu'il se soit agi d'une fièvre typhoïde, on est encore moins autorisé à l'affirmer, et, somme toute, la description de l'auteur répond mieux au typhus pétéchial qu'à toute autre fièvre.

Voici, du reste, l'observation de M. Nolé :

Obs. — Un enfant (Souillés), de Saint-Quirc (Ariège), âgé d'environ quatre ans et demi, assez bien développé, plein de fraîcheur et habituellement bien portant, perdit d'abord l'appétit, parut fort abattu, et presque aussitôt après fut pris de diarrhée. Trois ou quatre jours plus tard, ses parents croyant reconnaître qu'il devenait de plus en plus malade, M. Nolé fut appelé à lui donner ses soins.

A ma première visite, dit-il, qui eut lieu le 6 juillet 1855, je trouvai le jeune Souillés alité et très souffrant. Il y avait déjà prostration prononcée, décubitus dorsal, somnolence, céphalalgie, avec légère animation de la face et chaleur forte du front. D'un autre côté, la langue, à peine grisâtre à sa base, se montrait sèche et piquetée de rouge vers sa pointe. Soif assez intense, dégoût profond, ventre un peu tendu et d'ailleurs douloureux sous la pression ; selles bilieuses, fétides et souvent répétées, peau brûlante et aride, pouls très fréquent et un peu élevé.

Je crois avoir affaire à une *entéro-colite grave*. — *Prescription :* 3 sangsues à l'anus, eau de poulet, potion gommeuse acidulée, tisane d'orge et de lin citronnée, petits lavements émollients, cataplasmes de farine de lin sur l'abdomen, cataplasmes sinapisés à promener successivement sur les membres inférieurs, compresses vinaigrées sur le front et les tempes.

Le 8, pas d'amélioration, mais plutôt empirement : ainsi, alternatives de somnolence et de léger délire, pâleur de la face, altération des traits, prostration plus marquée, langue un peu fuligineuse, dents encroûtées, météorisme douloureux de l'abdomen, parfois selles involontaires,

(1) Le travail dont notre dernier numéro donnait l'analyse (p. 727) et qui a pour titre : *Considérations physiologiques, thérapeutiques et pharmaceutiques sur les préparations d'argent*, appartient au *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, de Bruxelles, d'août et septembre.

— *Prescription :* Vésicatoires volants à appliquer successivement aux mollets.

Le 11, le petit malade semble encore plus affaissé : hébétude du regard ; toujours délire entremêlé d'assoupissement. Depuis la veille, éruption de nombreuses pétéchies brunâtres, livides, sur le cou, au devant de la poitrine, à la surface du ventre, et même un peu sur les épaules et aux cuisses; toujours quelques selles involontaires. — *Prescription :* Eau de lin et d'orge aiguisée avec suc de groseille, nouveaux sinapismes aux cous-de-pied ; le reste *ut suprà*.

Le 13, on vient m'annoncer que la langue s'est un peu humectée, que la soif a diminué, que l'abdomen est moins tendu et le flux diarrhéique plus modéré ; que même la tête paraît plus libre, mais qu'en revanche il s'est développé une vive irritation du côté de l'appareil respiratoire, car l'enfant est tourmenté par une toux très fatigante. — *Prescription :* Potion gommeuse simple, infusion de fleurs pectorales gommée ; suif sur la région sternale, sinapismes aux cuisses.

Le 15, je trouve la physionomie plus rassurante ; la langue est nette et humectée ; selles rares et peu abondantes ; ventre souple et indolent ; pouls sensiblement moins fréquent ; les pétéchies commencent à s'effacer un peu ; par moments, un peu d'assoupissement, mais néanmoins cessation complète du délire ; catarrhe bronchique prononcé, mais sans gêne notable de la respiration. *Prescription :* Vésicatoires à appliquer successivement à chaque bras ; le reste *ut suprà*.

Le 18, l'amélioration générale continue de faire des progrès ; la toux seule est encore parfois assez pénible ; fièvre modérée. — *Prescription :* Activer la suppuration des vésicatoires ; julep pectoral gommeux.

Le 20, je constate une diaphorèse prononcée survenue depuis la veille ; toux bien supportable. Le petit malade demande à manger. — *Prescription :* Soupe légère, boissons adoucissantes.

Du 20 au 25, la convalescence continue à faire des progrès ; seulement, à cette dernière date, il reste encore une toux légère, ainsi qu'un sentiment de faiblesse générale.

— Ce fait soulève donc précisément la question agitée par MM. Haspel, Mouchet, Godelier et Brault dans les travaux dont nous donnons ci-dessus le titre. Les trois premiers auteurs sont unanimes. M. Haspel (*Revue méd.*, 15 juin 1856 ; extr. de la *Gaz. méd.*) termine son travail par cette conclusion : « Comme corollaire de nos observations, il résulte que le typhus diffère de la fièvre typhoïde, non-seulement par les caractères anatomiques, mais encore par les causes, le mode d'évolution, la marche et la durée. Cette induction est fondée sur l'ensemble des phénomènes que nous venons de noter et qui composent cette affection depuis son début jusqu'à sa terminaison. » M. Mouchet conclut à son tour (*Revue médicale*, 31 août 1856) : « Nous venons d'analyser avec attention et le typhus et la fièvre typhoïde. A chaque pas nous avons rencontré des preuves qui démontrent que ce sont deux maladies distinctes. Les causes, la marche, la durée, l'anatomie pathologique, nous ont présenté des caractères différentiels qui élèvent entre ces deux affections une barrière insurmontable. Je suis forcé de le reconnaître, il n'y a pas identité entre le typhus et la fièvre typhoïde. » Quant à M. Godelier, qui a fait sur ce sujet une communication académique dont nous avons dit quelques mots (*Gaz. hebd.*, n° 28, p. 499) et que la REVUE MÉDICALE publie intégralement (nos des 15 juillet et 15 août), il émet une opinion tout à fait semblable, et de plus, comparant le typhus de Hildenbrand, ou *des camps*, celui qui vient de sévir en Crimée et dont il a pu observer des exemples au Val-de-Grâce, il arrive à établir, comme nous l'avions fait nous-même antérieurement dans ce journal (1856, n° 27, p. 470), que le *typhus fever* des Anglais et le typhus de Hildenbrand sont identiques. « Aucune différence radicale ne les sépare, dit-il. Ces trois maladies (typhus du Val-de-Grâce, typhus de Hildenbrand et *typhus fever*) n'en sont qu'une. Elles naissent sous l'influence des mêmes causes : l'encombrement, la misère, la contagion ; elles ont le même mode d'invasion, la même éruption pathognomonique (celle que j'ai décrite et celle de Jenner, aussi bien que celle de Ramazzini et de Borsieri) ; elles affectent aussi la même marche, elles ont la même durée, les mêmes complications, les mêmes suites : en un mot, les mêmes traits et la même physionomie. Également dépourvues de lésions anatomiques spéciales, elles peuvent revêtir les mêmes variétés de formes. » Ces mêmes opinions, l'auteur vient de les développer plus longuement dans la GAZETTE MÉDICALE.

Les circonstances qui différencient la fièvre typhoïde du typhus, qui accusent l'identité du typhus des camps et du typhus fever, sont nombreuses. Les principales sont les suivantes : 1° Les conditions qui font naître presque inévitablement le typhus (misère et grandes réunions d'hommes) n'ont pas, à beaucoup près, la même influence sur la production de la fièvre typhoïde, qui atteint souvent des individus placés dans les meilleures conditions hygiéniques. 2° L'exanthème du typhus est *pétéchial ;* celui de la fièvre typhoïde est papuleux. Le premier se répand sur une grande partie du corps ; le second ne se montre d'ordinaire que sur le devant de la poitrine et de l'abdomen. 3° Les symptômes abdominaux sont beaucoup moins prononcés dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. 4° Corrélativement à cette différence, les lésions intestinales sont variables, légères ou même nulles dans le typhus ; les follicules agminés de l'intestin et les ganglions mésentériques restent sains ou sont à peine pointillés, tandis qu'une altération bien connue de ces follicules, avec engorgement des ganglions mésentériques, forme le caractère le plus constant, le plus pathognomonique, de la fièvre typhoïde. A ce propos, nous dirons que les objections récemment adressées à M. Mouchet par M. le docteur Brault, de Saint-Servan (*Revue méd.*, 30 septembre 1856), ne nous paraissent pas ébranler sérieusement la doctrine de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. M. Brault s'appuie sur ce que les différences étiologiques et symptomatologiques invoquées par les partisans de l'opinion contraire ne sont pas absolues ; mais avec cette manière de raisonner on irait loin, et toute la pyrétologie se confondrait bientôt en une seule espèce morbide. D'ailleurs, l'absence constante de lésions des plaques de Peyer dans un cas et leur existence dans l'autre, sont des caractères différentiels suffisamment tranchés ; ce qui, du reste, n'empêche nullement de réunir les deux fièvres comme deux sœurs, dans une même famille (1).

— M. Anthoine (de Beaucaire) a bien raison, comme on le voit, d'écrire (*Revue médicale*, nos des 15 juin, 30 juin et 15 août) : « Les fièvres graves ne se résument pas dans une seule, la fièvre typhoïde ; elles ne se réduisent pas dans une inflammation folliculaire, et toute la thérapeutique ne se borne pas à combattre l'irritation. » Mais s'il y a d'autres fièvres graves que la typhoïde, c'est qu'on peut les en distinguer, et s'il y a plusieurs fièvres distinctes, nous sommes étonné que notre confrère, étudiant l'action des moyens *enrayants* et *perturbateurs*, ne tienne plus compte, dans cette étude, des distinctions qu'il vient de reconnaître, et qu'il se contente d'envisager en gros les maladies qui, aux termes de la définition de de Haen, sont de nature *maligne :* « Malignum morbum vocare solemus, dit de Haen, qui, gravioribus de causis natus, sociatus symptomatibus cum vi numeroque tum inverso ordine deterioribus, vel ipso principio vel serius vires vehementer projectas habet, nec solito modo auscultat, semperque majoris discriminis fit, et frequentioris interitus. » Nous comprenons bien que la perturbation, en général, agissant suivant un mode inconnu, puisse être étudiée empiriquement dans ses effets sur toute sorte de maladie grave ou maligne ; mais ce n'est pas une raison pour rechercher si un moyen perturbateur donné ne produirait pas des effets différents sur des affections qui ne sont pas semblables. Or c'est précisément ce qui a lieu pour les fièvres graves. Le typhus, précisément parce qu'il ne se lie pas à une grave altération intestinale, a une marche moins fatale que celle de la fièvre typhoïde ; il subit parfois, dans son expression symptomatologique, de rapides transformations qui, de deux choses l'une, ou sont le résultat du traitement, ou sont spontanées. Dans le premier cas, elles prouvent, ce que nous croyons, que la médecine perturbatrice n'a pas les mêmes effets dans toutes les fièvres ; dans le second cas, elles exposent à attribuer à cette médication une influence imaginaire. D'où il suit, dans une hypothèse comme dans l'autre, qu'il importe de distinguer les espèces. Le motif allégué par l'auteur pour se dispenser de ce soin, à savoir, que, le *diagnostic* de l'espèce fébrile découlant de la notion de la cause spécifique, il faudrait

(1) Voir le compte rendu d'une séance de la Société de médecine de Constantinople (n° 27).

connaître cette cause *pour se livrer à l'enrayement de la fièvre*, ce motif n'est pas acceptable ; car il n'est pas plus difficile de rechercher empiriquement l'action d'un remède contre un certain nombre de fièvres distinctes que contre l'ensemble des fièvres rangées dans les espèces malignes.

Quant aux moyens *enrayants* et perturbateurs dont s'occupe M. Anthoine, ce sont les spécifiques, les vomitifs, les purgatifs, la saignée et l'hydrothérapie. Nous ne trouvons à relever dans cette partie de son travail que les indications suivantes.

L'auteur propose comme moyen d'*enrayement direct*, en d'autres termes, comme moyen spécifique, l'emploi du phosphore, à titre d'excitant, dans les maladies caractérisées par un grand abattement des forces : dans le choléra, par exemple. Ce n'est qu'un appel à l'expérimentation ; mais nous profiterons de l'occasion pour rappeler que M. Aran a employé des capsules de phosphore, préparées par M. Gobley, dans des fièvres adynamiques graves, et que les forces ont paru se ranimer chez quelques malades que divers toniques n'avaient pu faire sortir de leur prostration. La formule de ces capsules, qui avait été donnée par M. Mandl, est la suivante :

℞ Phosphore...........	5 centigr.
Sulfure de carbone....	20 gouttes.
Huile................	18 grammes.
Magnésie............	Q. s.

Pour 50 pilules, qu'on enveloppe ensuite de gélatine.

Chaque capsule contient, par conséquent, 1 milligramme de phosphore et 1/3 de goutte de sulfure de carbone. Les malades en peuvent prendre de 3 à 5 par jour.

Relativement aux moyens d'*enrayement indirect*, ou perturbateurs, dont l'effet est seulement d'amoindrir la maladie, d'en diriger plutôt que d'en arrêter le cours, d'en diminuer les dangers, M. Anthoine insiste surtout sur le double effet des vomitifs : effet sédatif, effet de réaction. Mais il veut que la perturbation ne s'exerce que par la réaction, et qu'on s'attache en conséquence à prévenir autant que possible l'effet sédatif en administrant le tartre stibié de préférence à l'ipécacuanha et en le donnant en une seule fois. C'est encore par la réaction que les purgatifs, la saignée même et l'hydrothérapie produisent, suivant M. Anthoine, un effet perturbateur. Outre que ce n'est pas là le compte, quoi qu'il en paraisse croire, des fauteurs de la saignée coup sur coup et de l'hydrothérapie, nous croyons que c'est imposer à l'action médicamenteuse des termes arbitraires ; et les copieuses saignées dans certains états inflammatoires, aussi bien que les vomitifs répétés, le tout dans un but de sédation directe, ne nous paraissent pas devoir être sacrifiés à la théorie du médecin de Beaucaire.

— M. Smith, dans sa note *sur la fièvre typhoïde* (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, juillet 1856, p. 9), vante un mode de traitement qu'on ne soupçonnera pas assurément de n'agir qu'en provoquant la réaction. Guidé par une pensée qu'il ne juge pas à propos de développer pour le moment, à savoir, que la moelle allongée est malade dans la fièvre typhoïde, c'est à l'opium qu'il a recours comme remède principal, en s'attachant spécialement à arrêter le dérangement intestinal. On débute par *trente*, *quarante*, *soixante* gouttes de laudanum (suivant l'intensité de la diarrhée), et *l'on recommence à chaque garderobe*. Dans les intervalles, on administre la préparation suivante :

℞ Tannin..............	2 grammes.
Poudre de Dower......	1 —

Pour 12 pilules ou douze prises, dont on prend une toutes les deux, trois ou six heures, suivant les indications. Ce remède est continué pendant quelques jours après que la diarrhée a été suspendue.

L'auteur a employé cette médication chez 12 sujets dont 11 étaient des enfants au-dessous de quinze ans et 1 était âgé de quarante-cinq ans. *Tous ont guéri ;* la plupart en trois semaines, 3 *dans l'espace de dix jours*. Dans aucun cas, la maladie n'a duré plus d'un mois.

La première idée qui nous vient à la lecture de ce travail est que notre confrère n'a pas eu affaire à de véritables fièvres typhoïdes. On peut juger, par ce que nous avons dit au début de cet article, combien le hasard l'eût favorisé en mettant sous ses yeux 11 cas de fièvre typhoïde chez des enfants. Puis un pareil succès dans une affection si grave, l'absence de mortalité, des guérisons en dix jours, un pareil succès est si beau qu'il en est compromettant. L'opium peut rendre des services dans le traitement de la fièvre typhoïde ; il en a rendu entre les mains de M. Louis, qui l'a vu calmer le délire et l'agitation sans amener la stupeur ; mais nous ne croyons pas qu'on puisse attendre davantage de ce médicament. Aussi regrettons-nous que M. Smith ne soit entré dans aucun détail sur les symptômes qui lui ont servi à asseoir son diagnostic.

V.

VARIÉTÉS.

On nous écrit de Constantinople à la date du 19 septembre :

Le choléra a fait son apparition dans la ville de Constantinople le 14 septembre dernier ; après un été sec et une chaleur modérée, continue, les pluies d'automne précédées d'un orage ont commencé vers les premiers jours de septembre. La température a subi des variations très fréquentes depuis ce moment, et la santé publique, parfaite durant une période de huit mois, s'en est vivement ressentie ; déjà depuis un mois les diarrhées et les catarrhes étaient plus fréquents ; la dysentérie, mais d'une nature plutôt bénigne, s'observait déjà ; la coqueluche chez les enfants a régné épidémiquement depuis le mois d'avril jusqu'à septembre. Elle commence à devenir plus rare ; elle est remplacée par les affections catarrhales des bronches et des intestins ; le 14 septembre enfin 4 cas de choléra bien caractérisés ont été constatés dans un hôpital militaire turc ; le 16, 2 nouveaux cas se sont développés chez des malades couchés depuis un mois dans l'hôpital de Gulhané et atteints de dysentérie chronique ; 2 autres cas ont été signalés dans la pratique civile le même jour, toujours dans la ville de Constantinople.

Le 18 septembre, 5 cas de choléra ont été signalés dans un faubourg juif et arménien à Haskeng en face de Constantinople et 4 à *Balat*, quartier juif de la ville ; la maladie s'étend et fait des progrès ; sur les 8 premiers malades, 4 sont morts dans vingt-quatre heures.

L'alarme une fois donnée, ç'a été à qui aura vu le plus de cholériques ; personne ne veut rester en arrière ; on parle aujourd'hui de 70, de 100 cas ; mais chose digne de remarque, ce sont les empiriques et les charlatans qui annoncent le fait ; les vrais médecins s'en tiennent à ce qu'ils voient ; il y a eu aujourd'hui 3 cas seulement, la plupart des victimes succombent, une jeune Grecque après huit heures de souffrance, une vieille femme turque après dix heures.

La température est très mobile, l'air est vif et humide ; les soirées et les matinées sont très fraîches, le soleil darde ses rayons les plus ardents pendant la journée.

Jusqu'au 26 septembre l'office de santé a reçu communication de 24 décès, à dater de l'invasion ; ce chiffre est au-dessous de la réalité, car il ne comprend pas les décès des hôpitaux militaires et ceux dont on ne lui donne pas avis ; le chiffre des morts s'élève en moyenne à une soixantaine dans la ville et une vingtaine dans les hôpitaux.

A l'occasion du XXXII[e] congrès, les médecins d'Autriche s'occupant spécialement des maladies des enfants ont décidé qu'ils publieront chaque année un volume sous le titre de ***Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*** (Annuaire de la thérapeutique de l'enfance et de l'éducation physique). Ils font un appel à la collaboration de tous leurs confrères.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Livres nouveaux.

TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire ; par le professeur *J.-E. Pétrequin*. Deuxième édition, corrigée, augmentée et en partie refondue ; 1 vol. gr. in-8 de XX—756 pages. Paris, Victor Masson. 9 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 24 OCTOBRE 1856. N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'inviter la Faculté de médecine de Strasbourg et le Conseil académique à faire une présentation de candidats pour la chaire de médecine opératoire, vacante dans ladite Faculté depuis le décès de M. MARCHAL.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 octobre 1856, M. TRINQUIER, ancien maître répétiteur au lycée impérial de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la Faculté de médecine de cette ville, en remplacement de M. Kayser, dont la démission est acceptée.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 octobre 1856, M. MARCÉ, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Sallion.

M. SALLION est nommé professeur honoraire à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

M. MALHERBE, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même École, en remplacement de M. Marcé.

Il sera spécialement attaché, en cette qualité, aux chaires de médecine proprement dite.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 23 octobre 1856.

PONCTION INITIALE DES BUBONS. — PONCTION ET INJECTION DES KYSTES DE L'OVAIRE.

(Suite et fin. — Voyez le n° 42, tome III.)

Nous avons promis d'examiner les avantages de la nouvelle méthode. Ils sont réels, incontestables. Évacuer le pus, avant qu'il se soit extravasé du foyer intra-ganglionnaire dans le tissu cellulaire ambiant, c'est limiter la maladie à la fois en étendue et en durée : c'est empêcher les décollements et les médications douloureuses qu'ils nécessitent. L'art, presque toujours impuissant à prévenir absolument le développement du bubon, ne peut ici faire ni plus ni mieux.

Mais cette ponction hâtive — nous sommes obligé de le rappeler — ne date point d'aujourd'hui. Le précepte s'en

FEUILLETON.

Des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

2e LETTRE AU RÉDACTEUR DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Ma première lettre m'a valu un assez bon nombre d'épîtres heureusement affranchies et non moins de conseils également gratuits. J'ai consacré un carton spécial aux premières, et une attention particulière aux seconds. En général, le premier projectile n'a pas été mal accueilli, et la majorité consent à ce que le bombardement continue. Je poursuis donc.

Cependant, avant de rouvrir le feu, je désire répondre à quelques observations toutes bienveillantes qui m'ont été adressées. « On ne lève pas impunément le drapeau des réformes même dans le camp pacifique de la science, » affirme M. F. Riaux dans son *introduction* aux ŒUVRES du grand Bacon (1).

Une personne amie me disait moins gravement :

. . . .
C'est un méchant métier que celui de médire
A l'auteur qui l'embrasse il est toujours fatal,
Le mal qu'on dit d'autrui ne produit que du mal,
. . . .
Et tel mot pour avoir réjoui le lecteur
A coûté bien souvent des larmes à l'auteur.
Boileau, satire VII.

Il s'agit donc de savoir si mes épigrammes m'attireront des ennemis sérieux. La chose n'est pas impossible, car il y a toujours des pauvres d'esprit sur lesquels la vérité agit comme un sinapisme ; mais en somme le danger n'est peut-être pas si grand qu'on pourrait le croire, car en vérité je ne me trouve ni bien

(1) Pag. 53, édit. Charpentier.

trouve formulé dans les classiques les plus respectables. Pour n'en citer que deux, M. Ricord écrivait en 1838 : « L'observation m'a conduit à la pratique que voici, et que je conseille : quelle qu'ait été la médication préalablement employée, dès qu'on s'est assuré de la présence du pus, il faut lui donner issue. » (*Traité prat. des mal. vénér.*, p. 595.) M. Baumès, en 1840, dit : « Aussitôt qu'une collection de pus, grande ou petite, existe, avant que la peau soit dépouillée de son tissu cellulaire, décollée, amincie, il faut ouvrir l'abcès. » (*Précis théor. et prat. des mal. vénér.*, t. II, p. 351.)

Devant ces textes si précis, quel moyen restait-il à M. Broca d'innover? Un seul. La science classique enseigne d'ouvrir une voie au pus *dès qu'on s'est assuré de sa présence*. Ce sera donc AVANT qu'on ne s'en soit assuré qu'il faudra lui percer sa route.

Notre auteur ne recule pas devant cette conséquence. Ce sont, en effet, là et ses intentions et ses conseils fort explicites. Lisez sa communication à l'Académie, vous reconnaîtrez qu'il ne propose son mode de traitement que pour remplacer les procédés défectueux, dans lesquels on ne fait intervenir les moyens chirurgicaux que *lorsque la fluctuation est évidente*.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, une ponction exécutée par le chirurgien sans qu'il soit sûr de la présence du pus, l'expose, lui et son client, au désagrément d'une opération faite en pure perte, au détriment d'un organe qui, dans la moitié des cas, n'en aurait jamais eu besoin ; mais ce ne sont pas là les seuls inconvénients à appréhender.

Quand pour opérer on attend, selon les sages errements usuels, que le ganglion ait suppuré, le travail phlegmasique qui a creusé un foyer dans son centre, s'est, dès cette époque, étendu au tissu cellulaire qui le sépare de la peau. Celle-ci, par suite, est devenue plus ou moins adhérente. C'est donc dans un abcès, qui ne peut fuir, qu'on enfonce le bistouri.

En outre, le ganglion tuméfié par l'inflammation suppurative, par le fait même de cette tuméfaction, s'est rapproché des téguments. Ce rapprochement a pour résultat immédiat de repousser de chaque côté les vaisseaux que contenait la couche de tissu cellulaire interposée entre le ganglion et la peau ; de sorte que, lorsqu'on ponctionne, tout danger d'intéresser une branche artérielle d'un certain volume est annihilé, ainsi que le prouve l'innocuité constante des opérations de ce genre, qui se pratiquent par milliers dans les hôpitaux.

Au contraire, vous plaît-il d'instrumenter avant la formation d'une poche purulente perceptible, alors il vous faudra traverser des couches plus épaisses ; alors, vous porterez la lame, non-seulement à une plus grande profondeur, mais quelquefois un peu au hasard ; alors aussi, vous pouvez ouvrir une artère d'un certain volume : accident dont le patient ne serait qu'imparfaitement consolé par la certitude qu'il ne s'agit point d'une branche de l'iliaque externe, y joignît-on même la promesse d'en garder le secret pour la plus grande gloire de Deminel !

Mais il est temps de le dire, ces périls, grâce à Dieu, sont en réalité à peu près imaginaires. Plus prudente que l'art, en effet, la nature a créé de tels obstacles à la perpétration d'entreprises semblables, qu'il n'est guère à redouter de voir se multiplier les accidents qui en seraient la conséquence infiniment probable. Si vous expérimentez, ainsi que je l'ai fait, la possibilité de cette opération pratiquée dans les conditions où M. Broca la conseille, vous serez frappé de la difficulté de fixer l'engorgement entre deux doigts d'une manière solide, et cela n'est pas étonnant. Des nombreux ganglions qui occupent la région de l'aine, aucun n'est situé immédiatement sous la peau ; aussi lorsqu'on les soulève pour les attirer en avant, leurs connexions naturelles les sollicitent à retourner en arrière. Vous pouvez bien les saisir ; mais c'est comme si vous prétendiez assujettir invariablement une sphère glissante en la maintenant par les deux extrémités de son grand diamètre. Au moindre mouvement du malade, à la moindre pression exercée par le chirurgien sur le ganglion, celui-ci échappe aux doigts qui croyaient l'avoir immobilisé.

Voilà ce que j'avais reconnu dans ma pratique, voilà ce que j'ai de nouveau constaté sur une foule de malades en suivant à l'hospice de l'Antiquaille la visite de M. Rollet, chirurgien en chef. Nous répétions ces essais sur des glandes légèrement engorgées à la suite d'un chancre, ou sur des glandes saines ; et dans la majorité des cas, il nous a été impossible de fixer assez fortement le noyau ganglionnaire pour avoir la certitude qu'il n'aurait pas fui pendant les manœuvres successives de ponction, de cathétérisme et de pression, dont se compose le traitement renouvelé de Caen par M. Broca.

Cette difficulté, aussi sérieuse que fréquente, jointe aux autres considérations déjà exprimées, contribuera, je n'en doute pas, à diminuer le nombre des cas où l'opération hâtive sera jugée par un chirurgien prudent être indiquée. Ne voulant à aucun prix poursuivre d'un fer qui ne s'égarerait pas impunément un ganglion mobile dans la région de l'aine, la

---

coupable ni bien téméraire. Je rencontre une plaie de mauvaise nature : au lieu de la couvrir d'un cataplasme atonique et funeste, je la cautérise légèrement si le mal est minime, plus à fond s'il est invétéré et envahissant. Qu'importent, en pareille occurrence, les clameurs du patient, et quel malade intelligent et juste maudirait le chirurgien qui le sauverait d'une pustule maligne ou d'un chancre gangreneux au prix de quelques minutes de souffrances ?

En critiquant les sommités, je risque peut-être de passer pour un esprit jaloux, inquiet, turbulent, insociable, outrecuidant et irrévérencieux.

Je reproduis ici une défense toute formulée et que je trouve fort à propos. Voulant sans doute s'abriter contre le blâme, Valentin, un vigoureux critique du siècle dernier, faisant une rude guerre à un chirurgien autocrate de son temps, plaçait dans son *introduction* le passage suivant, derrière lequel je m'abrite :

« Si j'étais bien jaloux de la réputation, j'aurais plutôt préféré de donner des éloges : il n'y a rien de tel, pour se faire des partisans, que d'être celui de tout le monde. Les auteurs loués s'acquittent avec la monnaie qu'on leur prodigue, et le panégyriste adroit ne tarde pas à avoir des prôneurs, espèce de secours sans lequel il est bien difficile de parvenir à la célébrité. Je n'ignore pas l'utilité de ces échanges, qui n'en imposent à aucune des parties contractantes, et dont le public seul est la dupe ; mais j'ai observé, en commençant, que si un commerce ou plutôt une charlatanerie de ce genre était excusable dans la simple littérature, dans les sciences d'agrément, elle devenait vraiment criminelle quand il s'agit de la santé et de l'existence des hommes. Sur un pareil sujet, il n'est permis de se piquer ni de politique, ni même de complaisance, etc., etc. (1). »

Enfin j'aurais tort d'appeler les gens par leurs noms : prenez, me dit-on, dans le calendrier Joseph, Paul, Alfred, Auguste, Philippe ; on reconnaîtra à peine l'original sous le masque.

Or on demandait à l'illustre auteur des PROVINCIALES pourquoi il avait nommé les auteurs où il avait pris les propositions

(1) *Recherches critiques sur la chirurgie moderne*. In-12, 1772, p. 21.

plupart de mes collègues préférèrent attendre la fixation spontanée qui, à une certaine période, résulte nécessairement du processus phlegmatique au lieu de celle, imparfaite, instable, le plus souvent impossible, que permet le nouveau procédé.

Vous torturez en vain mes expressions, dira sans doute M. Broca, pour conclure que je ponctionne avant la formation du pus. J'ai positivement écrit, au contraire, que, si ma méthode est préférable, c'est parce qu'elle « *évacue le pus avant qu'il ait eu le temps de franchir les limites du ganglion.* »

J'entends parfaitement que tel est votre désir, répondrai-je. Oui, c'est bien du pus que vous allez chercher; mais, en réalité, le trouvez-vous?... Non; car vous ouvrez, avant d'être sûr de sa présence, une tumeur qui peut-être n'en contiendra jamais, puisque la fonte pyogénique n'est que l'une des terminaisons possibles. Si vous rencontrez un petit foyer, c'est un heureux hasard; mais c'est un hasard.

Mais cette matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse, poursuit M. Broca, que j'extrais du ganglion, par une forte pression latérale, n'est-ce donc pas du pus?

Non encore, pas le moins du monde. Cette matière est celle que, en pressant très fortement, on fait sortir, pendant la vie, d'*un ganglion à l'état normal.* J'en avais déjà exprimé le soupçon; mais pour le convertir en certitude, j'ai, le 19 octobre, expérimenté à l'école vétérinaire de Lyon, en présence de M. Rey, professeur de clinique, et de M. Saint-Cyr, chef de service: des ganglions sous-maxillaires d'un cheval vivant, reconnus sains, ayant été mis à découvert, j'ai incisé l'un d'eux; il a été facile en le serrant entre les doigts d'en exprimer et de mettre à part pour l'examiner cette substance *demi-liquide* dont parle M. Broca. Le *jaune pâle* était en effet sa couleur, et le mot *visqueux* est justement celui dont s'est servi spontanément l'un des assistants, M. Saint-Cyr, pour caractériser, avant que je lui en eusse fait la demande, son degré de cohésion. (J'ai cru devoir relater avec quelques détails cette expérience qui n'a pas seulement un intérêt de polémique.)

Je ne saurais même laisser à M. Broca le dédommagement d'espérer que, si le pus se forme ultérieurement, l'ouverture prématurée qui a été faite se trouvera utilisée pour son évacuation. Rien de plus indépendant, de plus capricieux sous ce rapport que la suppuration. Jamais moins qu'à elle le

Quà data porta, ruunt

ne fut applicable. En vain maintiendrez-vous béante, pour l'y mieux engager, l'ouverture pratiquée afin de lui frayer la voie; sourd à votre invitation, le liquide contrariant, fort souvent, s'en crée une seconde tout à côté. Et le meilleur moyen de ne pas inciser en pure perte, l'expérience l'a prouvé, est d'attendre pour le faire que la fluctuation, devenue perceptible, indique, par le point où elle est le plus sensible, le point par où le liquide morbide a le plus de tendance à se faire jour.

Malgré nous peut-être la chaleur de notre opposition contre le procédé a parfois pris l'apparence d'un sentiment hostile à l'auteur. Rien ne ne nous affligerait plus qu'un tel malentendu; toutefois en cherchant à le prévenir, nous ne saurions désavouer le mouvement qui aurait pu y donner lieu. En la possession de M. Broca, nous le savons, l'idée restant exclusivement scientifique ne pourrait produire aucun résultat fâcheux; mais derrière la pratique personnelle, irréprochable de l'inventeur, nous avons entrevu l'application tombée entre des mains moins habiles ou moins pures. A part les spécialistes compétents, pour qui elle n'offrira presque jamais une ressource acceptable, beaucoup de médecins au contraire auraient pu se croire coupables en négligeant un moyen donné comme *guérissant plus de la moitié des bubons en moins d'une semaine.* Et alors, que de ponctions hasardeuses dans des ganglions profonds, mobiles, éludant à l'envi les doigts et le fer chirurgical! Beaucoup d'autres, ceci est toujours à craindre là où la profession côtoie d'aussi près la science, beaucoup d'autres peut-être, sous le respectable couvert d'une philanthropique sollicitude, auraient insisté pour faire jouir tous leurs malades, tous leurs bubons, du bienfait d'un abortif aussi infaillible. Et alors, que de ponctions dans des ganglions prédestinés à une résolution certaine! Que d'opérations de ce genre indiquées par la perspective seule du résultat pécuniaire!

Signaler ce danger c'est l'avoir conjuré. M. Broca nous remerciera sans doute lui-même du soin que nous avons pris d'en sauver son procédé, en le renfermant dans des indications restreintes. La discussion qu'il a soulevée, tout en apprenant que rien ne peut justifier le bistouri qui s'égarerait dans un engorgement solide, aura par contre-coup le mérite de rappeler avec quel avantage il peut, il doit y être porté dès l'instant qu'on a des motifs suffisants de croire que celui-ci a suppuré.

P. Diday.

L'Académie a continué la discussion sur les kystes de l'ovaire; on pourrait dire plus justement qu'elle l'a com-

---

abominables qu'il y avait citées. Il répondit : « Si j'étais dans une ville où il y eût douze fontaines, et que je susse certainement qu'il y en a une qui est empoisonnée, je serais obligé d'avertir tout le monde de n'aller point puiser de l'eau à cette fontaine; et comme on pourrait croire que c'est une pure imagination de ma part, je serais obligé de nommer celui qui l'a empoisonnée plutôt que d'exposer toute une ville à s'empoisonner (1). »

Ceci dit, j'entre en matière, et j'aborde une variété fréquente d'imperfections, à savoir, l'orthographe. Je distinguerai tout d'abord celle des noms et celle des mots.

De l'orthographe des noms propres.

Il vous souvient certainement, mon cher ami, du temps de notre enfance où l'on nous disait qu'il n'y avait pas d'orthographe pour les noms propres. Suffisamment préoccupés que nous étions d'écrire les substantifs irréprochablement, de faire accorder les adjectifs en nombre et en genre et de triompher des participes ardus, nous acceptions avec joie cette coupable simplification qui nous excusait à nos yeux quand nous avions écrit *Franssois* ou *Maldelaine*, et nous prenions volontiers au pied de la lettre cet énoncé signifiant tout au plus que les noms propres n'étaient pas soumis aux règles sévères d'une syntaxe ombrageuse.

En nous dépouillant petit à petit avec les années de nos instincts cacographiques, nous avons fini par être convaincu que cette facétie des grammairiens du premier âge devait être abandonnée, et qu'il fallait, sous peine de passer pour un barbare, écrire François avec un c muni d'une cédille sous-jacente. Empressons-nous de le reconnaître, cette réforme utile a pénétré dans nos mœurs. Que les mânes de tous les François décédés et que toutes les âmes des François qui respirent en ce moment se rassurent donc : tout homme bien né et doué d'une certaine éducation se fait et se fera désormais un devoir d'écrire le nom susdit sans la moindre faute.

Mais ceci me conduit au raisonnement suivant, qui ne paraîtra

(1) Paroles de Pascal recueillies par sa nièce, Marguerite Périer. *Pensées sur la religion.* Édit. Charpentier, 1848, p. 44.

mencée, car les quelques réflexions improvisées qui dans la dernière séance ont suivi la communication de M. Barth n'ont servi qu'à montrer les dissidences et n'ont rien résolu encore.

Nous pourrions ajouter qu'aujourd'hui même les points qui devront être examinés ne sont pas encore arrêtés. Espérons que les problèmes seront bientôt posés catégoriquement; c'est alors qu'on pourra arriver à des solutions un tant soit peu précises.

En effet, il ne s'agit rien moins que de répondre aux questions suivantes:

1° Un kyste de l'ovaire étant donné, faut-il l'abandonner à sa marche naturelle, lui laisser suivre ses phases, attendre impassiblement ses diverses terminaisons, ou bien intervenir chirurgicalement?

2° Si l'on prend ce dernier parti, faut-il agir de bonne heure, faire une opération d'*élection* en choisissant son temps, ou une opération de *nécessité* lorsque la vie est menacée prochainement par le volume extrême de la tumeur?

3° Le principe d'intervention étant admis, à quelle méthode faut-il avoir recours?

4° Que doit-on attendre de l'opération pratiquée, en ce qui touche la guérison, les récidives? Se propose-t-on seulement de pallier les désordres, ou espère-t-on une cure radicale?

En résumé, quatre chefs: intervention, opportunité, méthodes et procédés, résultats.

Nous n'avons certes pas la prétention d'indiquer aux savants médecins dont nous invoquons les lumières la marche qu'ils auront à suivre; mais nous croyons que la discussion sera d'autant plus fructueuse qu'elle se rapprochera plus du programme énoncé plus haut, et qui, du reste, est depuis longtemps tracé pour toutes les questions de thérapeutique chirurgicale.

Il est encore deux points qui devront être examinés. Je veux parler de l'anatomie pathologique et du diagnostic anatomique. Il ne sera pas nécessaire de s'occuper des petits kystes, qui sont, comme M. Trousseau l'a rappelé, extrêmement communs. La discussion, toute thérapeutique, devra porter sur ceux qui ont un certain volume, qui déterminent déjà des troubles fonctionnels, ou qui par leur accroissement menacent d'en déterminer prochainement. Mais certains détails, secondaires en apparence, seront d'un plus grand intérêt. Ainsi la question de la récidive sera éclairée par ce fait que très souvent les deux ovaires sont affectés de kystes; que les kystes uniloculaires et simples sont rares, et que presque toujours un gros kyste est accompagné d'autres poches périphériques plus petites, qui peuvent se développer lorsqu'elles ne sont plus comprimées par la tumeur principale.

On s'expliquera certains insuccès des injections dans les cas où une couche d'épithélium épaisse quelquefois de plus d'un centimètre s'oppose à l'adhésion des parois.

Les accidents de la ponction étonneront moins, quand on saura qu'un réseau veineux extrêmement riche et formé de vaisseaux très volumineux rampe fréquemment, non-seulement à l'intérieur du kyste, mais encore à sa face interne et dans les cloisons des loges multiples.

La question des adhérences avec les parties voisines, et des rapports soit avec les organes pelviens, soit avec les viscères abdominaux, devra peser beaucoup dans la balance, ainsi que la nature du contenu, l'état des parois, etc., etc.

Je ne connais pas une question de médecine opératoire qui ne soit éclairée par l'anatomie pathologique, et le traitement des kystes de l'ovaire lui emprunte, autant que tout autre, des indications précieuses. L'utilité de l'anatomie pathologique est, comme on le sait, très diversement jugée à l'Académie. Nous craignons donc qu'on néglige un peu ses lumières, ce qui serait regrettable.

Hier déjà nous avons entendu quelques assertions qui demanderaient à être prouvées: telles sont la résorption complète des corps fibreux de l'utérus, la guérison des kystes ovariques par bourgeonnement, la fréquence très grande du cancer de l'ovaire (que pour notre part nous n'avons jamais rencontré), etc., etc.

Le diagnostic exact de la nature du kyste, de ses complications, de ses rapports, de son contenu, du nombre de ses loges, etc.; le diagnostic anatomique, en un mot, a été très souvent et sera sans doute fréquemment invoqué comme une source précieuse d'indications. Or, nous aimerions que les praticiens à grande expérience nous disent comment ils portent ce diagnostic, qui, dans la pluralité des cas, nous paraît bien difficile.

Et maintenant, un mot sur les débats. Sept personnes ont parlé, presque toutes sur un point différent. Déjà, comme M. Jobert l'a fait remarquer, les dissidences les plus radicales se sont dessinées.

M. Moreau pense que ce qu'il y a de mieux à faire dans les kystes de l'ovaire, c'est de ne rien faire du tout et de les laisser tranquilles. Les ponctions palliatives suffisent d'ail-

---

à personne, je l'espère, trop subtil: Tous les hommes étant égaux devant la loi, doivent l'être également devant la plume; ce qui revient à dire que tout le monde peut prétendre à ce que son nom ne soit pas écorché, travesti, interpolé, rendu méconnaissable. On ne choisit pas son nom en naissant; par conséquent un mortel n'est pas responsable si son père ou son parrain lui en a légué un trop enrichi d'*y* ou d'*h* qui en rendent l'orthographe périlleuse. Tout personnage qu'on cite doit donc désirer et presque exiger que son nom soit correctement écrit.

Si un monsieur, mon voisin, confrère de Paris ou de la province, me faisait l'honneur de rappeler mes idées ou mes opuscules, j'aimerais assez qu'il n'écrivît pas Vaireneuille, ou Bernœil, ou Vermeil, ou Cerfeuil. Si je me voyais ainsi représenté, je rirais sans doute, mais j'en conclurais sans doute aussi que le quidam ne connaît ni moi ni les miens, et qu'il cite mes travaux sans avoir jamais pris la peine de les consulter lui-même. Le soupçon serait légitime.

Vous vous récriez et me dites que jamais on n'a défiguré d'une manière aussi horrible un nom d'homme; mais si vous en doutiez encore après les quelques exemples que je vais vous fournir, je me verrais forcé de remplir, pour convaincre votre esprit réfractaire, six colonnes de votre estimable journal avec des barbarismes de cette force.

Et d'abord, l'altération des noms propres est extrêmement commune; c'est elle qui m'a donné l'idée de faire la croisade actuelle. J'étais navré de voir que, dans des ouvrages sérieux et brillants en apparence d'érudition, le tiers à peine des noms propres était correctement reproduit, et j'étais plus contrit encore de constater que les ouvrages de médecine étaient bien plus entachés sous ce rapport que les livres d'histoire, de littérature, etc., etc. J'en suis arrivé à ce point de suspicion que je n'ose plus croire à une seule des orthographes que je lis, ce qui me met souvent dans une grande perplexité. Les causes du mal sont extrêmement nombreuses; je vais vous en signaler quelques-unes.

Certains noms sont dénaturés par chasteté. Je ne veux certes pas faire ici le procès de cette vertu si recommandable, mais je

leurs quand la vie est compromise par des troubles fonctionnels plus ou moins graves.

M. Cazeaux est d'un autre avis : les kystes multiloculaires et ceux qui sont compliqués d'autres tumeurs doivent être abandonnés à leur sort; mais les kystes uniloculaires doivent être traités par l'injection iodée qui donne des résultats évidemment très favorables. Notre savant ami a omis de nous dire à quelle époque l'injection doit être pratiquée.

M. Jobert est également partisan de l'injection iodée qu'il a pratiquée *trente fois sans jamais avoir observé le moindre accident*. Une série aussi prolongée de faits heureux sans mélange de revers gagnerait beaucoup à être accompagnée de plus de détails. M. Jobert est d'avis qu'il ne faut pas attendre trop longtemps pour ponctionner les kystes et qu'on doit laisser la canule du trocart à demeure dans la cavité pour prévenir l'épanchement dans le péritoine.

M. Malgaigne est indécis, il demande à être éclairé sur la valeur des divers moyens proposés dans ces derniers temps; il ne conteste pas les guérisons à la suite de l'injection iodée, mais il faut lui démontrer que l'honneur en revient bien à l'injection et non pas à la nature: il s'en tient donc de préférence à la ponction palliative et aimerait encore mieux s'abstenir tout à fait. M. Malgaigne nous paraît ici trop confiant dans les forces de la nature et trop sceptique envers l'injection iodée.

Puis vient M. Velpeau qui, contre son habitude, dit-il, est un peu de l'avis de tout le monde. Il fournit, en effet, des arguments à toutes les opinions, et ici comme dans une autre occasion, sa pratique doit être distinguée en deux phases : celle de la jeunesse et celle de l'âge mûr ; il proclame « qu'un kyste de l'ovaire n'est pas une petite affaire, que la ponction simple peut réussir, mais qu'elle peut être mortelle, que la mort rapide peut survenir sans opération, que l'injection iodée est possible et efficace dans les cas où elle est inutile, et qu'elle est très dangereuse dans ceux où il conviendrait précisément d'avoir une méthode sûre, c'est à-dire dans les kystes multiloculaires ou compliqués. » Là où M. Velpeau, avec sa vaste expérience, est ainsi chancelant, on comprend que l'hésitation est bien permise. Nous serions heureux si, prenant une seconde fois la parole, le savant chirurgien formulait un peu plus résolument sa pensée.

Seul, jusqu'à présent, M. Trousseau a pénétré assez profondément dans un des replis de la question. Pour ce qui regarde la thérapeutique, il n'ose pas employer les injections iodées, il préfère la méthode de la ponction simple, réitérée et pratiquée alors que les kystes sont encore peu volumineux; car la parencentèse *in extremis* est d'une gravité effrayante. La question d'opportunité a été développée par l'orateur avec le talent d'exposition qu'on lui connaît. Nous remarquerons à ce propos que, après avoir qualifié M. Malgaigne de *statisticien des statistiques lamentables*, il a fourni à son tour des documents numériques tracés avec l'encre la plus noire et qui ont saisi l'auditoire, en démontrant que la liste des ponctions classiques dites de nécessité équivaut presque à un long martyrologe. Soit dit en passant, ce sinistre tableau comparé à celui des injections iodées beaucoup plus riant, est la plus belle plaidoirie qu'on puisse faire en faveur de la nouvelle méthode.

L'espace ne nous permet pas d'analyser complétement le discours de M. Trousseau; mais nous approuvons beaucoup la base qu'il prend pour décider la question d'intervention. C'est en effet en étudiant avec soin la marche naturelle des kystes de l'ovaire, qu'on peut décider s'il faut les abandonner à eux mêmes ou les traiter.

M. Trousseau admet des contre-indications ; mais, en général, il adopte le principe de l'intervention dans une maladie qui peut-être ne guérit jamais spontanément, ni par la pharmacie. Louons-le encore d'avoir montré l'analogie qui existe entre les méthodes opératoires et les terminaisons communes de l'affection. Le chirurgien, jusqu'à ce jour, n'a guère fait autre chose qu'imiter la nature avec des succès variés. Nous finirons en faisant observer qu'avec l'injection iodée on imite bien cette nature, mais qu'on fait mieux qu'elle, car on prévient ou l'on pallie des dangers contre lesquels elle est sans défense.

C'est ce que nous espérons démontrer plus tard.

AR. VERNEUIL.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'HÉMIPLÉGIE ALTERNE ENVISAGÉE COMME SIGNE DE LÉSION DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE ET COMME PREUVE DE LA DÉCUSSATION DES NERFS FACIAUX, par le docteur ADOLPHE GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

J'appelle *alterne* cette variété singulière d'hémiplégie dans laquelle la face étant paralysée d'un côté, les membres le

---

voudrais bien qu'elle ne sortît pas de ses attributions, et que sous son invocation on ne continuât pas, par exemple, à appeler Covillard un bon homme de chirurgien dauphinois qui répondait très bien au nom de Couillard. Si l'on se mettait à supprimer les noms plus ou moins indécents il faudrait en faire autant pour les mots, et éditer à l'usage des jeunes personnes un dictionnaire purgé de toutes les expressions un peu crues ou à double entente. D'ailleurs on ne parlera jamais sans doute de Couillard dans les sociétés ou dans les pensionnats ; il convient donc de garder l'orthographe primitive, attestée authentique d'ailleurs par plus d'un vers écrit à la louange du chirurgien susdit, et que la pudique correction rendrait trop long d'un pied, et d'ailleurs si l'on prive ce nom de son radical indécent, que signifiera le quatrain suivant complaisamment reproduit par l'auteur lui-même?

Malgré les envieux fleurira ton renom
Car tes rares exploicts démentent leur manie
D'ailleurs le mot qui sert de racine à ton nom
Est un contrepoison souverain de l'enuie (1)

Passons à une seconde cause. Les Français ont une manie fort commune qui consiste à franciser les noms étrangers. Déjà Montaigne l'avait remarqué, et il disait : « Item ie seay bon gré a Jaques Amyot d'avoir laissé dans une oraison françoise les noms latins touts entiers sans les bigarrer et changer pour leur donner une cadence françoise. Cela sembloit un peu rude au commencement mais desia l'usage par le credit de son Plutarque nous en a osté toute l'estrangeté. » Puis il ajoute, comme contre-partie naturelle : « J'ai souhaité souvent que ceulx qui escrivent les histoires en latin nous laissassent nos noms touts tels qu'ils sont; car en faisant de Vaudemont *Vallemontanus*, et les metamorphosant pour les garder à la grecque ou à la romaine, nous ne sçavons où nous en sommes et en perdons la cognoissance (1). »

(1) *Le Chirurgien opérateur*, Lyon, 1640 ; 2e édition, au commencement du volume.

(1) *Essais*, liv. Ier, chap. XLVI *des noms*.

sont du côté opposé (1). C'est une forme rare considérée parfois comme une exception à la loi de l'entrecroisement des symptômes par rapport aux lésions encéphaliques, et dont je vais donner une interprétation plus rationnelle.

Dans l'immense majorité des cas d'hémiplégie, la face et les membres sont paralysés du même côté. Tel est le résultat des observations faites par les médecins de tous les temps ; j'ai eu l'occasion de le vérifier sur une grande échelle chez les paralytiques qui se présentent au Bureau central pour y subir la visite mensuelle dont je suis chargé depuis six ans avec deux de mes collègues des hôpitaux, MM. Bernutz et Alph. Guérin. Seulement ce résultat, implicitement renfermé dans les descriptions données par les auteurs, n'a pas toujours été énoncé assez formellement.

Il en résulte que des médecins fort instruits d'ailleurs, flottant entre des souvenirs confus et les indications déduites d'une anatomie trop élémentaire, restent souvent incertains de la règle. La présente note fixera, je l'espère, les idées sur ce point.

Il serait superflu de rapporter des observations d'hémiplégie dans lesquelles toute une moitié du corps *a capite ad calcem* a été frappée de paralysie, puisque telle est la règle générale à peu près sans exception. Il serait presque aussi inutile de mentionner les confirmations de ce fait consignées dans les ouvrages, car l'accord est, on peut le dire, unanime. Toutefois, il est bon de se souvenir que quelques auteurs ne se sont pas expliqués catégoriquement sur ce point, et ont ainsi laissé dans l'ombre une particularité intéressante au point de vue scientifique et pratique. Nous nous contenterons donc d'affirmer que les choses se passent presque toujours comme nous venons de le rappeler, et que dans tous ces cas la lésion organique a été trouvée dans le côté opposé de l'encéphale, soit dans les circonvolutions, soit dans l'épaisseur des hémisphères cérébraux, soit enfin dans les parties centrales telles que le corps strié et la couche optique. Ce rapport constant suffit à lui seul pour démontrer que les filets originels des nerfs faciaux s'entrecroisent sur quelques points de leur trajet et que, par exemple, le nerf qui émerge du côté gauche de la protubérance a son origine dans le côté droit de l'encéphale ou que du moins il y puise sa motricité (2).

Mais l'induction ne fait ici que devancer l'observation directe, la décussation a été reconnue par plusieurs anatomistes.

On verra plus loin ce que leurs recherches ont appris sur le siége et le mode particulier de cet entrecroisement.

Il existe cependant des cas où, comme je l'énonçais en commençant, les membres étant paralysés d'un côté, la face est atteinte du côté opposé. Or ces faits, loin d'infirmer la règle, la confirment au contraire, ainsi que nous allons le voir.

Voici un exemple de ce genre qui vient de se présenter à mon observation : la relation succincte du fait fera déjà saisir les éléments essentiels de la discussion à laquelle nous allons nous livrer.

Obs. I.—*Tuberculisation pulmonaire au troisième degré; cachexie; hémiplégie des membres à droite, paralysie faciale à gauche. Tumeurs plastiques et comme cicatricielles du pont de Varole avec ramollissement circonvoisin, portant en grande partie sur la moitié gauche de la protubérance et comprenant le nerf trijumeau correspondant, tandis que le nerf facial gauche est resté sain.*

La nommée Barrois (Clotilde), âgée de quarante-quatre ans, domestique, née à Paris, est entrée à l'hôpital Beaujon, le 27 août 1856 (service de M. Gubler).

Ce qui frappe au premier abord, c'est l'état d'amaigrissement, d'anémie, la cachexie profonde, en un mot, dans laquelle est tombée cette femme. Elle tousse, expectore des crachats puriformes, et présente à l'auscultation tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée. Cependant, nous dit-elle, elle aurait été traitée énergiquement à l'Hôtel-Dieu par des applications réitérées de sangsues pour une inflammation du bas-ventre dont la seule trace aujourd'hui est une sensibilité exagérée. L'appétit est conservé, la langue rose, il y a de la constipation. Pas de fièvre, affaiblissement extrême. — Nous remarquons un défaut d'harmonie entre les deux parties du visage qui nous fait penser à une hémiplégie. La malade nous apprend en effet qu'elle est frappée de paralysie depuis un laps de temps qu'elle ne précise pas. Or, voici ce qu'on observe. Les membres gauches paraissent avoir conservé l'intégrité de leurs mouvements eu égard à l'état de prostration générale des forces ; du côté droit, les membres sont presque privés de mouvements volontaires, bien qu'ils subissent quelques légers déplacements par action musculaire lorsqu'on vient à piquer ou à pincer fortement

(1) Le mot *alterne*, inusité en médecine, a un sens bien défini en histoire naturelle : les botanistes disent des feuilles qu'elles sont alternes quand elles naissent, par exemple, sur des points opposés de la tige à des hauteurs différentes. Or c'est précisément la disposition qu'affecte la paralysie dont il s'agit dans ce travail.

(2) Il n'est pas absolument nécessaire, en effet, d'admettre que le facial, pas plus que les autres nerfs crâniens, se continue sous la forme qui lui est propre, c'est-à-dire sous forme de cordon nerveux à fibres parallèles et sans solution de continuité depuis son point d'émergence jusqu'à la surface d'un hémisphère à travers les diverses parties de l'encéphale. Arrivées à une certaine profondeur, les fibres nerveuses peuvent s'arrêter et se perdre dans un tissu, affectant une autre disposition, mais capable néanmoins de lui transmettre la force motrice, et avec lequel elles demeurent en communication à l'état normal.

Il y a donc, comme on le voit, un double vice : celui qui consiste à changer les noms étrangers au profit de sa langue, et celui qui consiste, au contraire, à dénaturer le nom d'un de ses compatriotes pour en faire un Romain, un Grec, un Germain ou tout autre exotique.

C'est en commettant la première sottise qu'on a transformé Tagliacozzi en Tagliacot ou Taliacot, « suivant la bizarre coutume de mutiler les noms étrangers dont nous semblons avoir hérité des Grecs, » dit A.-J.-L. Jourdan (1).

Tout le monde sait aussi qu'au moyen âge et à la renaissance chacun voulut déguiser son nom en latin. C'est ainsi que François de le Boë et Jacques du Bois prirent tous les deux le pseudonyme latin de Sylvius, ce qui a eu pour résultat de faire souvent confondre le chemiâtre de Leyde avec le galeniste français, le Sylvius du XVII[e] siècle avec celui du XV[e], le brillant professeur avec l'avare sordide qui mérita cette triste épitaphe :

Sylvius hic situs est, gratis qui nil dedit unquam,
Mortuus et gratis quod legis ista dolet.

Joseph du Chêne s'appela Quercetanus ; Du Chatel, Castellanus, etc., etc. Mais comme la fureur de franciser était égale à celle de latiniser, on ne tarda pas à dire Quercetan, Castellan, comme on changeait Valescus de Tarenta en Balescon de Tharare. Je trouve dans un ouvrage français assez moderne une *francisation* bien malencontreuse. Il est question de l'anévrysme poplité : « *Guillaume* Hunter, abandonnant un procédé semé d'écueils, lui substitua, en 1785, la méthode d'opération qui a gardé son nom parmi nous (1) !!! » Je ferais injure au lecteur si je relevais la faute historique et la confusion faite entre les deux frères. Je ne touche qu'au prénom. Que diriez-vous du médecin qui citerait *Williams de Salicet?*

(1) *Journal universel des sciences médicales*, t. XI, p. 57. — En latinisant Tagliacozzi on a fait Taliacotus, qui, francisé à son tour, est devenu Taliacot, lequel italianisé derechef s'est transformé en Talliacozi.

(1) *Méditations sur la chirurgie pratique*, 1828, p. 238.

la peau (action réflexe). En même temps, la malade accuse de la douleur, par conséquent la sensibilité est conservée. — Du côté du visage, on remarque une déviation de la commissure labiale droite en dehors et en haut, et généralement une translation des parties molles vers la droite avec une disposition plus accusée des sillons de ce côté que du côté gauche, ce qui nous fait croire d'abord à une contracture dans les muscles du visage correspondant au côté des membres paralysés. Mais un examen plus attentif nous fait bientôt reconnaître que le côté gauche de la face est réellement paralysé, et que si les muscles du visage sont entraînés à droite, c'est tout simplement le résultat de l'action tonique des muscles restés sains. En effet, l'œil gauche ne peut se fermer qu'à demi, la joue correspondante est flasque et se gonfle par le souffle de l'expiration, enfin le jeu de la physionomie n'existe qu'à droite et quand la malade souffre la douleur n'est exprimée que par ce côté, l'autre restant parfaitement inerte si ce n'est immobile. — La malade voit, entend bien, et apprécie l'odeur et la saveur des aliments ou médicaments (contrairement à nos habitudes de recherches, nous n'avons pas fait d'expériences pour nous assurer si les sens spéciaux étaient ou non conservés du côté paralysé). La température du membre supérieur paralysé, appréciée par la main, est évidemment plus élevée que du côté sain. L'intelligence est diminuée, comme les forces générales, mais nullement pervertie; la malade raconte quelques particularités de l'histoire de sa maladie, qui la préoccupent davantage, avec des détails assez circonstanciés, et répond sensément aux questions qu'on lui adresse, mais les actes intellectuels sont un peu lents. La mémoire des mots est bien conservée et la parole libre. — Les jours suivants, la prostration augmente, la malade tombe dans l'assoupissement, elle est prise de dévoiement et laisse échapper involontairement les matières fécales; la langue se sèche et prend l'aspect typhique; le tiers inférieur de la cornée transparente de l'œil droit restant toujours exposé à l'air à cause de la paralysie de l'orbiculaire, se ramollit, se couvre d'une espèce de fausse membrane grisâtre, et, dans le voisinage, la sclérotique s'injecte de vaisseaux radiés. La peau est tellement privée de tonicité que tous les plis qu'on y fait se conservent presque indéfiniment. Enfin, cet état de somnolence se transforme en un coma profond et la malade s'éteint, le 18 septembre, à neuf heures du soir.

Autopsie, le 20, trente heures après la mort. — Le point essentiel pour nous est de décrire l'état des centres nerveux. Les méninges sont peu altérées, l'arachnoïde paraît cependant un peu épaissie; elle est opalescente par places; la sérosité sous-arachnoïdienne n'est pas extraordinairement abondante, et la pie-mère se détache bien de la substance corticale qui est saine, ainsi que tout le reste des hémisphères cérébraux, à l'exception d'un seul point situé à gauche contre la protubérance annulaire. — Les parties centrales (trigone, septum lucidum et commissures) sont ramollies, pultacées, sans changement de couleur; pas de granulations de la membrane ventriculaire, pas d'hydropisie des ventricules. — La protubérance annulaire présente dans sa moitié antérieure une plaque rougeâtre, un peu déprimée, froncée, analogue à une cicatrice, et large de 12 à 15 millimètres environ de diamètre, laquelle est située en majeure partie à gauche de la ligne médiane. Une incision longitudinale, pratiquée par le milieu du pont de Varole, coupe donc cette plaque en deux parties inégales, et traverse une masse dure du volume d'une aveline enchâssée dans le tissu de la protubérance. Cette substance, plus résistante vers la surface, où elle crie sous le scalpel, perd peu à peu sa consistance vers la profondeur. Elle est demi-transparente comme certaines tumeurs squirrheuses et fibro-plastiques, parsemée de petits points jaunâtres, opaques, et parcourue de vaisseaux plus rares au centre, assez nombreux, au contraire, vers la circonférence. Sa masse, examinée au microscope, est formée d'une matière plastique amorphe ou simplement fibroïde, et de faisceaux de tissu cellulaire. Les grains jaunâtres sont formés de granulations graisseuses. — Vers les limites, du côté de la substance nerveuse, on retrouve les éléments du tissu nerveux entremêlés à la trame plastique ou cellulaire de nouvelle formation. Autour de la tumeur, la substance est ramollie, presque diffluente par places et comme formée de petites masses blanches, opaques, molles, plongées au milieu d'un tissu cellulo-vasculaire plus mou encore, demi-transparent et rosé. Plus loin, le tissu nerveux reprend peu à peu sa consistance, son homogénéité, et généralement ses qualités normales; mais le ramollissement pénètre beaucoup plus loin dans la moitié gauche de la protubérance que de l'autre côté. — Au-devant du pont de Varole, il existe un épaississement des méninges qui sont très résistantes, quoique très vasculaires, rouges et intimement adhérentes en forme de cicatrice à la substance cérébrale sous jacente dans une étendue de quelques millimètres. Une lésion semblable s'observe en dehors, du côté gauche, dans le sillon de séparation de la protubérance avec les circonvolutions cérébrales inférieures.

Le nerf trijumeau de ce côté est rose, ramolli; ses faisceaux nerveux sont peu distincts, et son enveloppe fibreuse (névrilème) est fortement vascularisée. Il n'en est pas de même pour le tronc du nerf facial gauche qui paraît peu ou point altéré. Enfin, une circonvolution de la base de l'hémisphère gauche, placée au voisinage immédiat de la protubérance, présente, comme celle-ci, une induration de même apparence, mais beaucoup moins volumineuse, grosse seulement comme un pois mûr, laquelle située au fond d'une anfractuosité, empiète plus sur la substance grise que sur la substance médullaire.

La forme de paralysie dont la femme Barrois fut affectée est assez rare: le contraste existant entre la paralysie faciale et l'hémiplégie des membres me fit penser immédiatement que la lésion placée au-dessus du bulbe rachidien devait en même temps intéresser le tronc du nerf facial gauche ou bien ses fibres radiculaires au-dessous du point de leur décussa-

---

Cette mode, Dieu merci, a passé; mais plus d'un auteur y est encore pris, plus d'un néophyte s'y embarrasse. Voici, à ce sujet, une anecdote qui est venue à ma connaissance.

Un étudiant, plein d'ardeur pour le travail, avait entendu parler de l'attrait des recherches historiques et des douceurs de l'érudition. On le surprenait souvent en vagabondage devant les caisses poudreuses du parapet des quais. Sa bourse était maigre, et rarement il pouvait consacrer plus de 50 centimes à satisfaire sa convoitise. Cependant, un jour, il aperçoit 7 beaux volumes reliés: c'était la Biographie, recommandable du reste, qui fait suite au Dictionnaire des études médicales. On lui demandait 10 francs de l'ouvrage. Il faut avoir été étudiant à 400 écus pour comprendre la valeur d'un sacrifice de 10 francs consacrés à satisfaire un instinct de bibliophile. Notre jeune érudit en herbe recula d'abord; mais, entraîné par le désir d'étaler dans sa chétive bibliothèque sept volumes nouveaux entre Cruveilhier, Boyer et Malgaigne, il plongea en détournant la tête la main dans sa poche, pour en tirer deux belles pièces blanches toutes neuves, qui avec quelques vieux sous (il y en avait encore dans ce temps-là) composaient ses finances; il les donna au marchand, et s'en vint tout fier à son domicile avec les précieux in-octavo. Le hasard voulut que bientôt, étudiant l'encéphale, le nom de Sylvius s'offrît à lui. Fantaisie lui prit de savoir à quelle époque l'aqueduc avait été découvert. Il court au septième volume de sa biographie... mais, ô désappointement cruel! il ne trouve ni Silvius ni Sylvius; Silva seul s'en rapprochait; mais il ne paraissait pas que cet auteur eût jamais soupçonné l'existence d'un tunnel entre le troisième et le quatrième ventricule.

Sur ces entrefaites, il me vint trouver.

— Monsieur, me dit il, qu'est-ce donc que Sylvius?

— C'est, lui répondis-je, un anatomiste; mais il y a un autre médecin qui porte le même nom. Ouvrez la première biographie venue, vous aurez sur les deux des renseignements suffisants.

— Mais, répliqua-t-il, c'est ce que j'ai fait, et je n'ai rien trouvé.

Cela m'étonna d'abord; mais, sachant bien que bon nombre

tion avec celles de l'autre nerf de la septième paire. Par là, le siége de l'altération organique se trouvait circonscrit au point d'émergence du nerf facial gauche et à la portion voisine de la protubérance. Voici par quelle série d'inductions je suis parvenu à le déterminer d'une manière précise et presque certaine.

D'abord le fonctionnement régulier de toutes les facultés intellectuelles semblait déjà mettre hors de cause le cerveau lui même, dont l'intégrité était d'ailleurs établie par le fait de l'absence de paralysie faciale du côté droit, cette paralysie faciale devant nécessairement exister, dans mon opinion, avec une lésion placée au-dessus de l'isthme, c'est-à-dire au dessus du point d'entrecroisement des nerfs de la septième paire. Ce n'était donc pas l'hémisphère gauche qui devait être intéressé (1). La moelle épinière ne pouvait être un instant soupçonnée, puisqu'il aurait fallu qu'elle fût lésée à droite, et qu'alors il n'y aurait pas eu de raison pour que des nerfs placés et séparés par toute la longueur du bulbe fussent compris dans l'altération.

On ne pouvait pas davantage accuser le bulbe rachidien ; dans ce cas, les origines des nerfs pneumogastrique et spinal se seraient trouvées compromises, ainsi que ce centre important désigné par M. Flourens sous le nom de *nœud vital ;* par conséquent, le jeu de la respiration aurait été fortement entravé. Or, cette fonction s'exécutait librement. — Restait la protubérance annulaire. Comme les membres étaient paralysés à droite, il était clair que l'altération anatomique devait porter sur le côté gauche de la protubérance ; en outre, elle devait intéresser les origines du nerf facial correspondant, puisque le côté gauche de la face était paralysé. Mais le côté droit jouissant de sa motilité, cette lésion ne pouvait dépasser une certaine limite dans la profondeur de l'isthme, sans quoi elle eût engagé les filets radiculaires du nerf facial opposé dans leur trajet sous le quatrième ventricule, après leur décussation sur la ligne médiane.

Donc, en résumé, une analyse minutieuse des symptômes nous conduisait à circonscrire l'altération non pas seulement dans le mésocéphale, mais plus spécialement dans cette portion à laquelle on réserve le nom de *pont de Varole*. Tel fut notre diagnostic. Il était intéressant de le vérifier : l'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin et justifia complétement nos prévisions. La particularité la plus importante à signaler ici c'est l'absence de toute altération notable du tronc du nerf facial, donnant ainsi la preuve que l'hémiplégie faciale directe peut être produite par l'altération de la protubérance elle-même. Nous nous appuierons sur cette circonstance quand il s'agira d'établir la théorie générale de l'hémiplégie alterne.

Bien qu'il soit difficile de rencontrer des cas semblables au nôtre dans les recueils scientifiques, le hasard fit que, le jour même où nous procédions à la vérification de notre diagnostic, une observation presque identique était publiée dans ce journal (1).

Le fait recueilli par M. Grenet, aide de clinique de la Faculté de Strasbourg, peut se résumer dans les termes suivants :

Obs. II. — Un homme de trente-quatre ans, d'une forte constitution, se disant malade depuis un an, et ayant eu à deux reprises une perte de connaissance, entre dans les salles de M. le professeur Schutzenberger, en février 1856, avec une paralysie du sentiment et du mouvement dans le côté gauche de la face, et sort au bout de trois mois, sans avoir éprouvé d'amélioration dans son état. Au bout de quelques jours, les accidents s'aggravent, et il rentre à l'hôpital, le 17 mai, dans le service de M. le professeur Forget, qui constate une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité dans les membres du côté droit. Les membres gauches paraissent avoir subi la même altération, mais à un faible degré. Il existe en même temps un peu de contracture à droite. Intelligence conservée, mais obtuse; phonation et déglutition difficiles; constipation; urines involontaires; respiration assez libre; léger mouvement fébrile.

Le malade succombe le 15 juin 1856.

En se fondant sur des considérations analogues à celles qui nous ont dirigé nous-même, M. le professeur Forget formule un diagnostic d'une précision véritablement rigoureuse, et conclut *à l'existence d'une tumeur intra-crânienne, mais extra-cérébrale, occupant la base du crane, à la naissance de la moelle épinière, comprimant à*

(1) Du moins cela n'était pas probable. Nous n'ignorons pas que dans certaines conditions spéciales, des lésions très circonscrites du cerveau peuvent déterminer une paralysie localisée dans une très petite région du corps : la science possède plusieurs faits de ce genre, et nos honorables collègues, MM. Duplay et Guibout, en ont rapporté des exemples curieux, seulement ces cas sont extrêmement rares. Ainsi, à la rigueur, une lésion de l'hémisphère gauche aurait pu amener la paralysie des deux membres droits si elle avait respecté les sources d'innervation du facial correspondant, de même qu'une lésion de l'hémisphère droit aurait pu se borner à paralyser le côté gauche de la face, si elle n'avait intéressé dans le cerveau que la région d'où le facial gauche tire son origine ; mais, encore une fois, tout concourait à faire rejeter cette supposition qui faisait intervenir la réunion sur le même sujet de deux circonstances tout à fait exceptionnelles et qui, de plus, contrairement à toutes les règles de la logique, forçait à admettre deux siéges distincts et éloignés pour les altérations anatomiques, tandis qu'un seul pouvait rendre compte de tous les symptômes.

(1) *Gaz. hebd. de méd.*, n° 38, 19 septembre 1856.

---

d'ouvrages de cette sorte sont fort imparfaits, je lui appris que Sylvius, l'anatomiste cherché par lui, s'appelait aussi De le Boë, et qu'en cherchant sous ce nom il trouverait son affaire.

Désillusion nouvelle ! De le Boë n'existait dans son livre, pas plus que Sylvius.

Mon étudiant était entêté; il revint me trouver le lendemain, et nous nous mîmes à chercher ensemble. Plus familier que lui dans ce genre d'investigation, j'allai à l'article *Du Bois*, qui nous renvoya à *Boë* et à *Bois*.

— Monsieur, me dit mon jeune homme après s'être excusé de son importunité, est-ce qu'il faut toujours dépenser autant de temps chaque fois qu'on veut étudier un point d'histoire ? Et comment aurais-je fait, sans vous, pour savoir que Sylvius voulait dire De le Boë ?

— Hélas ! il n'en est ~~que~~ trop souvent ainsi, lui répondis-je. Habituez-vous de bonne heure à de pareilles excentricités bibliographiques; rappelez-vous que, fidèle à un antique usage, l'Académie des curieux de la nature a reçu comme membre Ph. J. Sachs de Lewenheimb sous le nom brillant de Phosphorus, et Mathieu Tiling sous le pseudonyme agréable de Zephyrus II ; n'oubliez pas que Mathieu Silvaticus, ayant confectionné un dictionnaire, fut mieux connu sous le nom de Pandectarius. Ne confondez pas le sobre Cornaro avec Jean Cornarius, dont le véritable nom était *Hagenbut*, mot allemand qui signifie fruit de l'églantier, et que Mosellanus traduisit ingénieusement par celui de Cornarius, croyant qu'il signifiait celui du cornouiller (1). Ne confondez pas davantage le célèbre éditeur et traducteur d'Hippocrate avec ses fils Diomède et Achates. Appelez si vous voulez Curtius, Benjamin Corte (de Milan) et Mathieu Corti (de Pavie); Junius, Adrien de Jonghe ; Justus, le Flamand Joostens; Dasylius, Léonard Rauwolf, etc., etc. Si vous avez plus tard quatorze enfants, surnommez le dernier Cordus, c'est-à-dire Tardif, à l'exemple du fermier Urban.

Si vous voyez quelque part écrit Amatus Lusitanus, devinez sur-le-champ qu'il s'agit de Jean Rodriguez de Castello Bianco

(1) *Biographie du Dictionnaire en 60 vol.*, t. III, 329.

gauche l'origine des nerfs affectés, avec altération organique du point de l'encéphale correspondant, et ramollissement ultime.

L'autopsie révèle l'existence de plusieurs tumeurs fibro-plastiques vascularisées, dont l'une située dans l'épaisseur de la protubérance, à gauche du sillon médian, et les deux autres à l'extérieur, sur le même côté du pont de Varole. Le tissu de la protubérance autour de la tumeur centrale est ramolli, crémeux. L'état des nerfs émergents n'est pas indiqué.

Voilà deux cas dans lesquels le fait de la paralysie croisée de la face par rapport aux membres a suffi à deux observateurs pour diagnostiquer une lésion de la protubérance annulaire, et l'inspection cadavérique leur a donné raison. Il est donc vraisemblable que les choses se passeront de même dans d'autres cas analogues, et que les faits d'hémiplégie, avec paralysie du côté opposé du visage, reconnaîtront pour condition anatomique cette même altération de l'isthme encéphalique.

D'ailleurs, sans attendre ce que nous réserve l'avenir, nous pouvons déjà trouver dans les ouvrages spéciaux des faits analogues à ceux qui servent de base à ce travail. Les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré jusqu'à présent ne m'en ont fait rencontrer qu'un petit nombre, dans lesquels la lésion, limitée à un seul côté de l'organe, déterminait des phénomènes simples et faciles à analyser. Cette pénurie doit être attribuée, d'une part, à la rareté relative des cas de lésion de la protubérance, et d'autre part à la facilité avec laquelle ces lésions envahissent les deux moitiés de cet organe.

Voici cependant deux observations que nous pouvons utiliser.

On trouve, dans l'ouvrage si remarquable de M. Lallemand (1) un fait qui, dégagé de ses complications, devient confirmatif de notre manière de voir.

Obs. III. — *Paralysie de l'œil gauche, puis paralysie des membres droits suivie de convulsions dans ces membres. Convulsions dans le côté gauche de la face. Ramollissement brunâtre de la couche optique droite du corps strié gauche et de la protubérance annulaire du même côté.*

Une femme de cinquante-quatre ans, d'une constitution apoplectique, ayant déjà eu plusieurs congestions cérébrales, dont une grave, est apportée à l'Hôtel-Dieu dans le coma. Cependant, quand on l'excite, elle ouvre l'œil droit tandis que le gauche reste fermé, et elle fait comprendre qu'elle éprouve un engourdissement dans les membres droits, qui ont perdu de leur mouvement et de leur sensibilité. Une saignée est pratiquée sur-le-champ : au moment où le sang cesse de couler, il survient des mouvements convulsifs très forts dans les membres du côté *droit* et dans les muscles de la face du côté *gauche*. Cet accès convulsif épileptiforme se renouvelle plusieurs fois ; on note une paralysie complète du bras droit et de l'œil gauche. Mort le quatrième jour. A l'autopsie, on découvre un ramollissement brunâtre de la couche optique droite dans une étendue de plus de 1 centimètre. A gauche, plusieurs points du corps strié et de la protubérance annulaire sont aussi ramollis.

Ici les lésions sont variées, et l'on comprend qu'il soit difficile d'assigner à chacune d'elles la part qui lui revient dans la production des symptômes. Faut-il, à l'exemple de Lallemand, rapporter au ramollissement de la couche optique droite, non-seulement la paralysie de l'œil gauche avec contraction des paupières, mais encore les convulsions de ce côté de la face ? Je ne le pense pas. Tout en reconnaissant l'action que peut exercer la couche optique sur l'œil du côté opposé, je crois que le système des nerfs moteurs oculaires est encore plus directement influencé par les altérations de la protubérance sur les côtés de laquelle ces nerfs s'implantent.

Quant aux convulsions de la face, qui supposent une perturbation fonctionnelle de la septième paire, il n'est guère permis de les attribuer à la lésion de la couche optique du côté opposé, et tout nous porte à croire qu'elles ont été déterminées par le ramollissement du côté gauche du pont de Varole. Il est même probable qu'elles n'ont pas été le seul phénomène dépendant de cette cause, et qu'au milieu de la torpeur comateuse où la malade est restée plongée dans les intervalles des accès épileptiformes, l'hémiplégie faciale gauche aura passé inaperçue. — Au reste, que cette paralysie ait existé ou non, les convulsions dont tout le côté gauche de la face a été le siége suffisent à nous démontrer l'action directe de la lésion du côté gauche de la protubérance, et à faire comprendre comment, par le seul fait de cette lésion, intervenant nécessairement pour quelque chose dans la paralysie des membres droits, le cas dont il s'agit aurait été un exemple d'hémiplégie alterne.

M. Longet, qui a eu le soin de réunir, dans son *Traité du système nerveux*, à la suite de la description de chaque portion de l'encéphale, les faits pathologiques susceptibles de jeter quelque lumière sur la physiologie, emprunte à M. le

(1) *Recherches anat. sur l'encéphale.* Lettre 1re, obs. 13, t. I, p. 47.

ou Branco ou Blanco. Rien n'est plus simple. Si vous entendez parler du célèbre.....

Mon jeune homme avait jusqu'à ce moment ouvert ses yeux et dilaté ses oreilles au maximum ; mais, voyant le train dont j'allais, il courut subitement reprendre son chapeau, et articula un : Merci ! suivi d'un long soupir. Évidemment il regrettait ses dix francs. J'ai su depuis qu'il est atteint de *bibliophilophobie*, si j'ose m'exprimer ainsi.

Je viens de faire une longue digression, et j'oublie que je parle de l'orthographe des noms propres. J'y reviens ; mais il faudra qu'un jour je vous parle des fautes qu'on trouve dans les biographies, où elles sont peut-être moins pardonnables qu'ailleurs.

Je vais vous signaler une troisième cause d'altération des noms ; elle n'est pas des moins divertissantes : elle consiste à les écrire comme on les prononce, même quand on les prononce de travers. C'est absolument comme si quelqu'un, pour exprimer sa sympathie pour le beau sexe, écrivait qu'il aime les *fam* ou les *phames*. C'est ainsi que dans les Archives de médecine, recueil très justement estimé d'ailleurs, au numéro d'octobre 1855, vous trouverez Husehke écrit Huskié. C'est ainsi que j'ai lu imprimé Belloeque, Cancoin, Dieffembach, etc., etc. Un des spécimens les plus curieux de la présente catégorie est dû à M. Alquié (de Montpellier), qui nous parle, à la page 305 de sa Chirurgie conservatrice, « *du couteau quodrilateur de Yègre*, pour l'incision de la cornée. » Je suppose qu'il parle du couteau de Jæger, et qu'il aura été trompé par la prononciation, à la manière d'un virtuose de mes amis, qui m'écrivait de lui envoyer un morceau de *Ouèbre* (Weber) pour charmer les échos de sa villa.

Je suis plus embarrassé pour expliquer comment dans un même recueil, dans un même traité, à quelques pages de distance, le même nom se trouve écrit de plusieurs manières. Pourquoi donc dans le Journal des progrès trouve-t-on Eichorn, Eichhorn, Eichkorn et jusqu'à Kichhorn ? Pourquoi donc un savant chirurgien, M. Velpeau, écrit-il successivement Van Hoorne, Van Horn, Vanhorne, de Horne, ou bien Horn tout court ? Beaucoup d'écrivains

docteur Carré (1) une observation intéressante de tumeur cancéreuse de la protubérance avec hémiplégie alterne. Voici l'extrait de cette observation, tel qu'il se trouve dans l'ouvrage du savant physiologiste (2).

Obs. IV. — Girard, âgé de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital pour une affection qui date déjà de six ou sept ans, présentait, le 14 novembre, les symptômes suivants :

Décubitus dorsal, avec forte inclinaison *à droite*. Intelligence non altérée. Toute la partie *gauche* de la face présente de notables altérations de la sensibilité et du mouvement : ainsi les muscles du front, du sourcil, des paupières, de l'aile du nez, de la commissure labiale de la joue, sont paralysés. Dans toutes ces parties, la sensibilité est très obtuse ; si l'on touche avec les barbes d'une plume les muqueuses oculaire, nasale, buccale et linguale, elles restent insensibles, tandis que du côté droit le plus léger toucher détermine du malaise. Le conduit auditif et la partie de la tête située derrière lui ont conservé toute leur sensibilité ; la vision persiste ; le globe oculaire se porte dans tous les sens, excepté en dehors. L'olfaction, l'audition, la perception des saveurs persistent, mais affaiblies. La langue jouit de tous ses mouvements et ne se dévie en aucun sens ; la parole est embarrassée ; le malade bredouille ; souvent la voix tremble.

Le côté gauche du corps n'offre rien d'anormal ; mais *du côté droit l'épaule est tombante, le membre supérieur paralysé ;* le membre abdominal a conservé une partie de sa mobilité et de sa sensibilité. Quand on met le malade sur son séant, tout le côté droit s'affaisse, et la chute aurait lieu en ce sens si l'on ne soutenait le tronc. Le malade dit n'avaler que du côté droit, encore de temps en temps les aliments sont rendus par une sorte de régurgitation. Respiration faible, gênée ; expectoration difficile ; pouls lent et faible. Jusqu'à la mort, les symptômes persistèrent sans se modifier ; seulement l'œil se porta de plus en plus vers le nez. La parole devint presque inintelligible ; les élévateurs du côté gauche de la mâchoire cessèrent de se contracter. Le 3 janvier, comme il mangeait de la bouillie, qu'il vomissait presque à mesure qu'il l'ingérait, il fut pris tout à coup de suffocation ; quelques minutes après, il était mort.

Autopsie. — Moelle et cerveau plus consistants qu'à l'ordinaire ; ce dernier présente de plus une injection sablée très manifeste. Sur la partie supérieure et postérieure des hémisphères, les circonvolutions sont en partie effacées ; les ventricules latéraux sont distendus par 5 ou 6 onces de sérosité citrine.

Mais c'est à la protubérance annulaire qu'on trouve l'altération la plus remarquable. Sa *partie gauche*, affectée dans toute son épaisseur, est considérablement augmentée de volume. La tumeur qui en résulte se prolonge, dans l'étendue de plusieurs lignes, sur la moelle et sur les pédoncules du cerveau et du cervelet, avec la substance desquels elle se confond. Toute cette tumeur offre une coloration noire ou d'un violet foncé, est formée par du tissu fibreux, comme lardacé, criant sous le scalpel. Postérieurement, l'altération s'étend jusqu'à la paroi antérieure du quatrième ventricule. En coupant sur cette paroi, on arrive sur un caillot de sang de la grosseur d'une fève. On trouve encore épars dans la substance lardacée trois petits caillots sanguins de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur le lobe *droit* de la protubérance, on trouve à la face antérieure une tache noire qui correspond à un caillot sanguin gros comme un haricot. Le nerf trifacial et la sixième paire étaient confondus avec la tumeur ; le facial, l'acoustique, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique étaient comprimés et aplatis par elle.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. V, p. 234.
(2) *Anat. et phys. du système nerveux*, t. I, p. 447.

Ce cas ressemble beaucoup à ceux qui précèdent, et porte avec lui les mêmes enseignements. Les suivants nous montreront encore le même enchaînement de symptômes, et, bien que l'autopsie ne soit pas venue rendre manifeste pour tout le monde l'altération de la protubérance annulaire, je n'hésite pas à en admettre l'existence.

(*La suite à un prochain numéro.*) p. 789

III.

REVUE CLINIQUE.

ACTION ANESTHÉSIQUE DU GAZ ACIDE CARBONIQUE. — NOUVEAUX CAS DE PEAU BRONZÉE. — PONCTION DU PÉRICARDE.

Nous avons tout récemment (n° 41, p. 722) emprunté au service de M. Follin quelques essais relatifs à l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique local. Voici d'autres expériences faites par M. Maisonneuve et par M. Simpson (d'Edimbourg).

M. Maisonneuve, dans son service de l'hôpital de la Pitié, a employé l'acide carbonique chez six malades présentant des affections chirurgicales différentes. Les trois premiers ont été traités par les *douches*.

Obs. I. — Le malade du n° 23 (salle Saint-Louis), est affecté d'un cancroïde de la paupière supérieure et du front, et d'une nécrose partielle du frontal et des os propres du nez ; cet homme souffrait cruellement et depuis longtemps était privé de sommeil ; samedi, après une première douche, les douleurs disparurent, le sommeil fut paisible durant toute la nuit : hier dimanche, le trai-

adoptent de Horn : c'est comme si l'on citait de Swieten ou M. Van Lamartine ; à la vérité, avec du temps et de la patience, on arrive à se convaincre à peu près qu'il s'agit du même individu ; mais je suppose un apprenti chirurgien, et je me figure son embarras quand il lui faudra choisir entre Jean Van Hoorne, né à Amsterdam, le grand anatomiste, et un autre Jean de Horn ou de Hoorne, né à Stockholm, puis entre Barthelemy Horn, né à Greifenberg, Ernest Horn, né à Brunswick, le Gaspard Horn de Freyberg et le Gaspard Horn, de Dresde, Georges Horn et Christophe Horn.

Si l'étudiant dont je parlais tout à l'heure s'était heurté tout d'abord à semblable barrière et s'il avait voulu la franchir, il serait aujourd'hui, pour le moins, à Bicêtre.

Cinquième cause... que j'appellerais volontiers géographique. Mais je m'arrête pour aujourd'hui, car je m'aperçois que je suis horriblement prolixe. Faites-moi savoir, mon cher ami, si le sujet vous plaît ; car s'il en est ainsi, la mine est loin d'être épuisée : nous n'en sommes encore qu'aux sondages.

Ar. Verneuil.

— Nos confrères anglais jugent comme nous la question de la réquisition des médecins. A Sheffield, quatre médecins ont successivement refusé de se rendre auprès d'un homme frappé d'apoplexie et qui est mort sans secours. Le jury, appelé à prononcer sur cette affaire, a rendu un verdict de *mort naturelle*, mais en exigeant selon le droit que donne la loi anglaise, une caution des médecins mis en cause, comme garantie de leur conduite future. Le Medical Times, tout en déplorant cet incident, défend la cause de la liberté professionnelle.

Nous n'excusons pas nos confrères d'avoir laissé mourir un homme sans secours ; mais nous croyons qu'il y aurait moyen de prévenir les malheurs de ce genre sans astreindre les médecins à obéir à toute réquisition.

— Un jeune chirurgien de la marine, qui avait débuté dans la carrière de la manière la plus brillante, M. P. Nabonne, vient de succomber, à l'âge de vingt-deux ans, aux atteintes de la fièvre jaune, en arrivant aux Antilles. M. Nabonne servait à bord de l'*Achéron*.

— M. le docteur Lemoine père, ancien chirurgien de la marine impériale et professeur à l'école de Cherbourg, vient de mourir à Saint-Brieuc, à l'âge de 78 ans.

tement a été continué et suivi des mêmes résultats ; aujourd'hui lundi, le bien-être se maintient.

Obs. II. — Le deuxième malade, n° 51, salle Saint-Louis, porte un cancer de la moitié inférieure de la face et supérieure du cou, avec fistule sous-mentonnière ; c'est un homme d'une sensibilité excessive et qui sans cesse pleure et gémit ; la douche pratiquée par l'ouverture fistuleuse a supprimé en grande partie la douleur ; ce matin, le malade est d'une tranquillité remarquable pour qui connaît son état habituel.

Obs. III. — Chez une femme couchée au n° 19 (salle Saint-Jean), et affectée d'un cancer de l'utérus, l'effet de l'acide carbonique a été instantané : l'injection pratiquée au moyen d'une canule introduite dans le vagin, a immédiatement soulagé la malade ; on doit espérer que le bien-être se continuera comme dans le cas précédent. (*Moniteur des hôpitaux*, n° du 14 octobre.)

Trois autres malades ont été traités par l'application continue d'acide carbonique : le gaz était introduit dans un manchon de caoutchouc qui enveloppait hermétiquement le membre :

Obs. I. — Le malade du n° 3 (salle Saint-Louis), atteint d'un phlegmon étendu du membre inférieur, est depuis trois jours soumis au nouveau pansement. La plaie marche franchement vers la guérison ; les douleurs ont presque constamment disparu.

Obs. II. — Chez un deuxième malade (n° 18, salle Saint-Louis), M. Maisonneuve avait dû pratiquer la désarticulation carpo-métacarpienne du pouce, pour une tumeur cancéreuse ulcérée ; consécutivement il s'était produit un phlegmon de l'avant-bras. Ici encore, depuis la première application, faite samedi matin, la douleur a cessé, le sommeil est revenu, et la plaie a pris un meilleur aspect.

Obs. III. — Le troisième malade (n° 39, salle Saint-Louis) porte une fracture de la jambe avec plaie et issue des fragments ; chez lui, les effets ont été très marqués le premier jour ; mais il dit avoir beaucoup souffert hier ; à la vérité, son manchon de caoutchouc s'adapte moins bien que celui des malades précédents. L'état des plaies est très satisfaisant. (*Ibidem.*)

Il est à remarquer que, chez ces trois malades, l'application continue du gaz acide carbonique a complétement supprimé l'odeur putride de la suppuration.

Les expériences que M. Simpson a communiquées à la Société d'obstétrique d'Édimbourg, concernent toutes des affections de l'utérus. L'acide carbonique a été employé en injections de la manière suivante :

Dans une bouteille de verre commun, on introduit 6 drachmes (24 grammes) d'acide tartrique cristallisé et une solution de 8 grammes (32 grammes) de bicarbonate de soude dans 6 ou 7 onces (192 à 224 grammes) d'eau. Un long tube flexible de caoutchouc, fixé au bouchon par un tube métallique, conduit le gaz de la bouteille dans le vagin. Pour éviter toute déperdition de gaz, le bouton qui maintient ce tube est enveloppé d'une bourse de caoutchouc.

Suivant M. Simpson, les fumigations ont eu d'heureux effets dans la névralgie de l'utérus et du vagin, et dans divers états morbides et déplacements des organes pelviens avec douleurs et spasmes. Quelquefois même les organes voisins en ont ressenti l'influence favorable. Il y a deux ans, la femme d'un praticien du Canada vint se remettre entre les mains de notre confrère anglais. Elle souffrait d'une maladie bien cruelle, une irritation de la vessie donnant lieu à la dysurie. Divers modes de traitement avaient déjà échoué, lorsque des injections journalières et répétées de gaz carbonique dans le vagin procurèrent d'abord des soulagements à la malade, puis une guérison parfaite. Depuis elle est repartie pour l'Amérique, et vient de mettre heureusement au monde un enfant.

L'effet est quelquefois immédiat ; mais dans certains cas il est nécessaire de continuer pendant assez longtemps, plusieurs jours ou plusieurs mois, l'emploi des fumigations. Chez une femme qui avait déjà perdu deux enfants à ses couches, un troisième accouchement prématuré (à huit mois) a été mené à bonne fin à l'aide de ce moyen plusieurs fois répété. Mais ici il est bon de remarquer que M. Simpson attribue principalement le résultat obtenu à une distension mécanique du vagin et du col et aussi à ce que le gaz détache les membranes comme ferait une injection liquide. Cette explication s'écarte entièrement des idées de M. Scanzoni, qui s'est servi, il y a environ un an, de l'acide carbonique pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. M. Scanzoni avait été conduit à cette pratique par les expériences de M. Brown-Séquard, desquelles il paraît résulter que l'acide carbonique a la propriété de provoquer les contractions des muscles de la vie organique. C'est donc en déterminant la contraction de la matrice que le professeur de Würtzburg cherche à provoquer l'accouchement (voir *Gazette hebdom.*, 1856, n° 19, p. 334).

M. Simpson, dans sa communication à la Société d'Édimbourg, a rappelé diverses pratiques qui feraient remonter jusqu'à Hippocrate l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique local. C'est abuser un peu des anciens. On faisait brûler, il est vrai, des plantes aromatiques pour en diriger la vapeur dans le vagin, mais ce serait être un peu hardi que d'attribuer les effets de cette fumigation à l'acide carbonique. Les indications les plus utiles à relever sous ce rapport dans le travail de notre confrère, ce sont celles qui concernent Beddoes, ce disciple enthousiaste de Fourcroy, qui a fait de si nombreuses et de si peu solides applications de la chimie à la médecine. Beddoes s'était surtout adonné à l'étude des propriétés thérapeutiques de différents gaz. Il a cru notamment qu'on pourrait guérir la phthisie pulmonaire au moyen d'inspirations d'acide carbonique, par la raison que la phthisie était produite par une surabondance de l'oxygène. Mais il a réellement constaté les effets de cet acide comme anesthésique, dans les trois expériences suivantes :

1° L'épiderme d'un vésicatoire appliqué sur le doigt fut coupé dans l'acide carbonique après que toute action des cantharides eut cessé : point de douleur.

2° Un second vésicatoire fut ouvert à l'air ordinaire; douleur vive. Dans une vessie remplie de gaz carbonique, la douleur cessa bientôt.

3° Un troisième vésicatoire fut dénudé et placé dans l'oxygène : la douleur fut telle que le sujet croyait qu'on avait jeté du sel sur la plaie. Dans l'acide carbonique, la douleur céda tout à fait dans l'espace de deux minutes, pour reparaître aussitôt que la partie dénudée était replacée sous l'influence atmosphérique (1).

Rappelons enfin, avec M. Simpson, les bons effets des cataplasmes faits avec la bière, ou des cataplasmes dans lesquels on fait entrer du *ferment*. Ces topiques, dont la surface exhale beaucoup d'acide carbonique, sont, dit-on, fort avantageux dans le pansement des plaies douloureuses, et le docteur Ewart (de Bath) en particulier, aurait par ce moyen rendu le repos et le sommeil à des cancérées en proie à d'atroces douleurs.

(1) *Consultez surtout les ouvrages suivants :* 1° A Letter to E. Darwin, on a New Method of treating Pulmonary Consomption and somo other Diseases hitherto found Incurable (1793) ; 2° Considerations on the Medicinal Use of Factitious Airs and on the Manner of obtaining them in Large Quantities (1794, 1795, 1796) ; 3° Outline of a Plan for determining the Medicinal Powers of Factitious Airs (1795 ; 4° Essay on the Causes, early Signes and Prevention of Pulmonary Consomption (1799).

— Tout ce qui se rattache à la maladie appelée *peau bronzée* excitant en ce moment l'attention publique, nous croyons devoir relever les deux observations suivantes.

La première, recueillie par M. Seux (de Marseille), ne constate que le fait de l'existence de la peau bronzée. Dépourvue d'autopsie, elle ne peut rien apprendre sur le rôle des capsules surrénales.

Obs. — Dans le courant du mois d'août 1849, je fus appelé auprès d'une fille de vingt-quatre ans qui habitait la campagne aux environs de Marseille. Dès mon arrivée auprès d'elle, je fus frappé par l'aspect de la peau qui avait une teinte d'un brun noirâtre ayant beaucoup d'analogie avec celle du mulâtre. On me dit que depuis quelques mois cette couleur avait paru et augmentait tous les jours d'intensité; que de plus cette fille maigrissait et perdait l'appétit. La malade s'était toujours bien portée jusqu'à cette époque; ses parents jouissaient d'une bonne santé; je dois observer cependant qu'aujourd'hui sa mère est atteinte d'un cancer du rectum.

Avant le début de la maladie, cette fille avait la peau brune comme nos paysans de la Provence, mais à un faible degré.

La couleur bronzée, qu'à cette époque j'appelais ardoisée, était, lors de ma première visite, d'une grande intensité; elle existait sur toute la surface du corps et ne respectait que les ongles et la paume des mains. Cette teinte, qui aurait fait prendre la malade pour une fille de couleur, tellement elle était prononcée, s'était établie peu à peu sans cause appréciable, au milieu d'une santé parfaite, en conséquence sans qu'on eût pu l'attribuer à l'administration d'une substance quelconque. J'examinai avec le plus grand soin tous les organes, et je ne trouvai rien qui pût me rendre compte d'un pareil changement de couleur dans la peau; au reste, je ne rencontrai partout que des phénomènes négatifs, et je ne notai que la perte de l'appétit et l'amaigrissement survenus depuis environ un mois.

La malade languit dans cet état pendant environ deux mois; elle s'affaiblit tous les jours davantage, au point de ne pouvoir plus quitter son lit. Vers la fin d'octobre, elle fut prise de diarrhée, et quelquefois elle vomit les quelques aliments qu'elle prenait encore. Bientôt les membres inférieurs s'œdématièrent, et je reconnus de l'eau dans la cavité abdominale; les poumons et le cœur étaient à l'état normal. L'examen du ventre ne me fit jamais reconnaître de tumeur; les urines, qui coulaient librement, traitées par l'acide nitrique, ne me donnèrent aucune trace d'albumine.

La malade succomba dans le dernier degré du marasme, vers la fin de novembre.

Elle n'eut de la fièvre que dans les deux derniers mois, et la couleur de la peau fut, jusqu'à la fin, telle que je l'avais vue le premier jour. La menstruation avait cessé dès le début. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 40.)

La seconde observation a plus d'importance, car elle renferme à la fois des renseignements biologiques et des renseignements nécroscopiques. Mais elle est encore entachée de ce vice qu'on est en droit de reprocher à un trop grand nombre d'observations venues d'Angleterre, et qui consiste dans l'insuffisance des détails et le peu de rigueur de la description.

Obs. — Betsy Tait, âgée de trente-six ans, fut admise, le 2 août 1856, à Dundee Royal Infirmary. Cette femme avait joui d'une bonne santé jusqu'aux six derniers mois, quand, après une exposition au froid, elle fut prise de toux avec expectoration. Environ deux mois après le début de cette affection, elle éprouva des frissonnements avec céphalalgie, douleurs lombaires; puis, quelques jours plus tard, elle s'aperçut que sa peau prenait une teinte brune augmentant graduellement. Un médecin lui avait donné des soins pendant les deux derniers mois, mais sans aucun avantage.

État actuel. La malade est émaciée. *La couleur de sa peau est celle du bronze;* elle offre, du côté droit de la face, un état de demi-paralysie qui lui donne une expression particulière quand elle parle. Elle accuse à la région du foie et à celle des reins une douleur qui augmente à la pression, spécialement à la région lombaire gauche. Il existe une matité évidente aux deux côtés des lombes. Toux accompagnée de mucosités spumeuses ou de matières mucoso-purulentes; mais pas de douleurs thoraciques. Le côté gauche de la poitrine rend un son mat, et la respiration y est rude et caverneuse. A droite, la respiration est puérile en bas et rude au sommet. Constipation; urines normales; langue sèche; pouls faible, à 108.

Le 3 août, *huile de ricin, vin de rhubarbe; sinapismes sur le côté droit du thorax.* La malade rendit une grande quantité de fèces très noirs.

Le 4, au matin, état comateux qui se termine par la mort, à dix heures du soir.

Autopsie, cinquante-trois heures après la mort. Cadavre très émacié. *Toute la peau du corps est couleur d'acajou foncé.* Adhérences anciennes tout autour du poumon gauche, qui contient des tubercules à tous les degrés de développement et une large caverne. Le poumon droit est également tuberculeux au sommet. Intégrité du foie et de la rate. Le cœur est petit, et sa fibre musculaire mollasse. *Les reins sont sains; mais les capsules surrénales sont plus développées qu'à l'état normal.* On constate à l'incision *que chacune d'elles contient une quantité* (a series) *de kystes remplis d'un liquide séreux clair dans lequel nagent de petits flocons. Il ne reste que très peu de substance corticale.* (*Medical Times and Gazette*, n° 327.)

Ainsi, quelques mots seulement sur la coloration de la peau, sur cette teinte qui ordinairement, quand elle tient réellement à une altération de la couche pigmentaire, n'est pas uniformément répandue sur toute la surface du corps, mais offre des nuances diverses ou se présente sous forme de taches ou de plaques plus ou moins distinctes. On ne dit ni le nombre approximatif des kystes trouvés à l'autopsie, ni leur grandeur, ni ce qu'était devenue la cavité *naturelle* des capsules. En lisant, dans l'exposé symptomatologique, que les deux régions lombaires étaient le siége d'une *matité évidente* (evident fullness), on s'attendait à trouver sur le cadavre un développement énorme de l'appareil rénal ou quelque tumeur dans le voisinage, et voilà que tout se borne, dans la description nécrologique, à cette vague indication: *les capsules sont plus développées que de coutume.* De tels défauts de concordance entre les différents termes d'une observation, dans un sujet où il est particulièrement souhaitable qu'on apporte un esprit sévère, sont de nature à compromettre la valeur des faits qui, par eux-mêmes, seraient les plus favorables aux opinions de M. Addison.

— M. Trousseau a pratiqué récemment à l'Hôtel-Dieu, d'après l'avis unanime de tous les médecins de l'hôpital réunis en consultation, la ponction du péricarde. L'existence d'un épanchement dans le sac séreux avait été mise en évidence par la rapidité avec laquelle s'était étendue la matité précordiale. Voici comment la Gazette des hôpitaux (n° du 18 octobre) rend compte des détails de l'opération:

M. Trousseau s'arrêta au procédé opératoire suivi il y a deux ans par M. Jobert dans un cas analogue. Il se servit du bistouri pour ouvrir la poitrine. L'incision fut faite au centre de la circonférence indiquée par la matité, au-dessous du mamelon, dans l'espace intercostal le plus voisin. La peau, les muscles furent coupés successivement avec la plus grande précaution. La plèvre, incisée à son tour, permit au doigt de pénétrer dans la cavité de la poitrine, où il fut arrêté par la résistance du péricarde distendu; les batte-

ments du cœur n'étaient point perçus. M. Trousseau coupa alors par couches successives, écartant à mesure avec la sonde cannelée les tissus incisés. Enfin, la pointe du bistouri pénétrant un peu plus avant, il jaillit une sérosité légèrement rougeâtre. L'incision fut alors prolongée d'un demi-centimètre seulement, à l'aide de la sonde cannelée, et il s'échappa par la plaie un flot de liquide de la même nature, dont on put recueillir environ 100 grammes dans une palette ; une assez grande quantité fut perdue dans les alèzes. Plusieurs sondes de gomme élastique introduites dans le péricarde n'ayant point amené au dehors d'autres liquides, on fit placer le malade sur le côté gauche, et il s'écoula alors à peu près 200 grammes d'un liquide jaune citrin, très différent de celui qui était sorti le premier, avec lequel il tranchait surtout par sa couleur ambrée.

Une injection iodée fut poussée dans la cavité. Mais, comme on put s'en assurer plus tard, il n'en pénétra rien dans le péricarde, et à peine la valeur d'une cuillerée dans la plèvre.

Le soir de l'opération, le malade fut pris d'attaques éclamptiformes, suivies d'hémiplégie. La mort eut lieu cinq jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouva *dans la plèvre gauche* un liquide citrin semblable à celui qui, pendant l'opération, s'était écoulé en second lieu après que le sujet eut été incliné sur le côté ; et M. Trousseau déclara lui-même que le premier liquide obtenu par la ponction était seul venu du péricarde. Celui-ci, qui avait le volume de la tête d'un adulte, contenait un liquide analogue à celui qui était sorti le premier. Il offrait en un point une tache violette entourée de suffusion sanguine d'aspect récent. Sa face interne, ainsi que toute la surface du cœur, étaient couvertes de fausses membranes réticulées. Le cœur était un peu plus volumineux que de coutume (1).

Il paraît que M. Trousseau se propose à l'avenir de n'attaquer le péricarde qu'après avoir pénétré par une large incision dans la cavité pleurale, où il laisserait écouler le liquide et l'abandonnerait après avoir fermé la plaie extérieure.

Quant à nous, nous ne suivrions ni l'un ni l'autre de ces procédés. Non pas que nous contestions l'opportunité d'une évacuation du liquide : c'est notre conviction, au contraire, que cette opération, parfaitement fondée en principe, peut entrer dans la pratique ; mais il faut que la pratique, si elle est sage, se résigne à subir les inconvénients attachés ici à la difficulté du diagnostic et aux dispositions anatomiques. Ou le diagnostic serait bien établi (et la percussion en donne souvent le moyen), et nous ponctionnerons, comme M. Aran, à la base de la pyramide que représente la matité ; ou le diagnostic serait incertain, et alors nous nous abstiendrions. Nous croyons d'ailleurs qu'une ponction avec un trocart capillaire, faite avec ménagement, et arrêtée à la profondeur où le liquide (s'il y en a) doit être atteint, n'aurait pas de graves dangers. Le cœur, qui a pu loger des balles dans l'épaisseur de ses fibres pendant des années, supporterait sans doute, sans trop de révolte, une petite ponction dans ses couches superficielles. Le liquide évacué, nous ne ferions pas autre chose, et nous ne nous déciderions à une injection iodée, que si l'épanchement se reproduisait, et même plusieurs fois. Dans ce cas, le diagnostic ayant été éclairci par la première opération, la ponction deviendrait un jeu, dont la répétition n'aurait plus rien de périlleux.

(1) Nous devons dire, en historien fidèle, que plusieurs des médecins présents doutent que l'opérateur ait même ouvert le péricarde et inclinent à croire que le liquide obtenu est venu tout entier de la plèvre. Nous parlons ici en connaissance de cause.
A. D.

Nous profiterons d'ailleurs de l'occasion pour nous élever contre l'aisance avec laquelle on ouvre aujourd'hui les cavités séreuses en général, la plèvre notamment, pour évacuer un liquide qui, le plus souvent, s'en serait allé lui-même par résorption. Nous voudrions que l'intervention chirurgicale fût réservée aux cas réfractaires et nous sommes convaincus qu'alors elle serait beaucoup moins souvent pratiquée.

A. DECHAMBRE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Note relative à l'influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins*, par M. *Budge*. J'ai trouvé, dit l'auteur, que l'extirpation d'une certaine portion du système nerveux, pratiquée sur un animal vivant, détermine la diarrhée. Ce sont les ganglions semi-lunaires et le ganglion mésentérique qui produisent cet effet. Des expériences très nombreuses sur des lapins m'ont toujours donné le résultat qui s'est reproduit constamment de la même manière.

Voici comment je procède dans ces expériences : Après avoir bien éthérisé l'animal, j'ouvre le ventre du côté gauche, je mets à nu l'artère aorte et la veine cave inférieure au-dessus des capsules surrénales, je coupe le nerf splanchnique droit, et j'extirpe alors les deux grands ganglions semi-lunaires placés sur la veine et le ganglion mésentérique situé devant l'artère mésentérique. Après cela, la plaie est cousue convenablement. Toute cette opération s'accomplit sans grande effusion de sang. Aucun des animaux d'ailleurs n'y survit plus de seize heures ; la plupart meurent dans l'espace de neuf heures. Chez eux, tout le rectum, au lieu d'excréments durs, est plein d'une masse molle ou même fluide. Le diamètre de l'intestin devient ordinairement presque trois fois plus grand que dans son état normal. De même, le cæcum ou le côlon sont remplis d'une masse fluide, comme on ne la trouve pas dans l'état normal.

Ce sont par conséquent deux phénomènes qui se montrent après l'extirpation des ganglions semi-lunaires et du ganglion mésentérique, savoir un mouvement augmenté dans les intestins et une sécrétion augmentée de mucosité.

Le résultat reste aussi le même, si l'on coupe, outre les ganglions, les nerfs pneumogastriques près de l'œsophage ; mais il ne se montre pas précisément, si l'on extirpe seulement un des ganglions mentionnés.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales*, par M. *Tavignot*. La question qui a trait à l'efficacité relative des différentes manières de traiter la tumeur lacrymale est loin d'être résolue par les hommes les plus compétents. Il ne pouvait guère en être autrement, car on ignorait jusqu'à la nature même de la maladie, et en s'attaquant à l'état catarrhal du sac et au rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, on ne s'adressait qu'aux résultats les plus palpables, aux effets les plus évidents de la maladie, et non à la maladie elle-même, laquelle procède, en réalité, d'un désaccord survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale. On devait échouer le plus souvent, et on échouait en effet, car personne ne s'en laisse imposer aujourd'hui sur la valeur des guérisons temporaires publiées autrefois comme des succès réels et définitifs.

La nouvelle méthode opératoire, basée sur la connaissance de la véritable nature de la maladie, se compose de trois éléments distincts, et dont l'association n'est nullement obligatoire d'une manière absolue, leur combinaison restant subordonnée à l'appréciation de chaque cas particulier. Ce sont :

1° L'excision des conduits lacrymaux dans le but de provoquer l'oblitération de leur partie antérieure ;

2° L'emploi des moyens dirigés contre l'état catarrhal de la muqueuse naso-lacrymale après l'ouverture de la partie antérieure du sac ;

3° L'ablation de la portion orbitaire de la glande lacrymale.

Il résulte de mes observations, dont une dizaine ont été livrées déjà à la publicité, que l'on obtient par cette méthode mixte, non-seulement des guérisons réelles et définitives, mais encore des guérisons très rapides, puisque la durée du traitement, chez mes malades, n'a guère varié qu'entre douze, quinze et vingt jours.

Hygiène. — M. *Devay* soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Du danger des alliances consanguines au point de vue sanitaire.* (*Comm.* : MM. Serres, Andral et Velpeau.)

Chirurgie. — M. *Meyer* envoie de Wismar (Mecklenbourg-Schwerin) un mémoire écrit en allemand sur le traitement des *scolioses* ou *déviations de la colonne vertébrale*, au moyen d'un bandage de son invention. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert.)

Médecine. — M. *Dyrmianski* envoie de Vladimir (gouvernement de Volhynie) deux Notes, l'une sur le sens qu'il faut attacher au mot *fièvre*, l'autre sur le *pansement des plaies gangréneuses.* (*Comm. :* MM. Serres, Andral et Jobert.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet *a*. Un rapport de M. le docteur *Leblanc-Bellevaux* (de Nevers), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Sulpice en 1856. — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aveyron. (*Commission des épidémies.*)—*c*. Un rapport de M. le docteur *Guiliani*, médecin major de l'hôpital militaire de Guagno (Corse) sur le service médical de cet établissement en 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Dordogne. (*Commission de vaccine.*)

e. Une lettre par laquelle M. le ministre prie l'Académie de rédiger un *projet de classification des causes des décès en France.* (*Comm. :* MM. Adelon, M. Lévy, Guérard.)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Un mémoire de M. le docteur *Dynwiarisky* (de Wladimir) sur le traitement efficace de l'hydrophobie. (M. Renault, *rapporteur.*)—*b*. Une lettre de M. le docteur *Demarquay*, chirurgien des hôpitaux, sur le traitement des kystes volumineux par des ponctions successives et des injections iodées.

« Après avoir fait, dit M. Demarquay, quelques ponctions de ces kystes, je me suis convaincu que la méthode généralement suivie avait quelque chose de défectueux. En effet, si l'on vide complètement une grande cavité, comme celle des tumeurs ovariennes, les parois abdominales et celles du kyste, longtemps distendues, n'ont pas le temps de revenir sur elles-mêmes : l'injection que l'on pratique à la suite de cette évacuation modifie mal les parois du kyste. J'ai pensé qu'il était avantageux de vider les kystes ovariens ou toute grande collection de liquide de la manière suivante : J'enlève d'abord la moitié du liquide ; huit jours après, quand les parois abdominales et le kyste sont revenus sur eux-mêmes, j'extrais les deux tiers du liquide restant, et finalement, au bout de quelques jours, je vide complètement le kyste, et j'injecte la solution iodée. »

Suivent plusieurs exemples de guérison obtenus par ce procédé.

— M. *le président* annonce que M. le docteur *Pamard* (d'Avignon), membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Trousseau*, après avoir résumé en quelques mots les opinions émises dans la dernière séance, par MM. Malgaigne, Cazeaux et Velpeau, se propose à son tour d'étudier l'allure naturelle des kystes de l'ovaire, d'examiner les principales méthodes de traitement dans leurs rapports avec le mode de terminaison de ces tumeurs et de formuler enfin quelques indications rationnelles basées non-seulement sur les données générales de la thérapeutique, mais encore sur un certain nombre de faits empruntés, dans l'espèce, soit à sa propre pratique, soit à l'expérience d'autrui.

« Dans toute question de thérapeutique, dit l'orateur, il faut, avant d'appliquer le remède, voir comment une maladie marche quand elle est abandonnée à elle-même, et s'abstenir si tout marche bien sans le secours de l'art. Mais quand on juge nécessaire d'intervenir, ce qu'il importe avant tout, c'est de bien prendre son temps et d'intervenir à propos.

Ces deux préceptes, applicables à toutes sortes de maladies, sont particulièrement vrais pour les kystes ovariens, ainsi qu'on le verra par la suite.

Et d'abord comment se comportent d'ordinaire les kystes de l'ovaire ? Dans le plus grand nombre des cas, ils ne constituent point une maladie, pas même une incommodité. Tous ceux qui ont ouvert beaucoup de vieilles femmes vous diront qu'ils ont trouvé chez presque toutes des kystes ovariens gros comme un œuf de pigeon, un œuf de poule, une orange même, et que ces tumeurs ont pu être portées pendant plus d'un demi-siècle sans incommoder et même sans être soupçonnées. Voilà donc toute une catégorie de kystes qui est hors de cause ; et c'est assurément la plus fréquente.

La discussion ne devra porter conséquemment que sur les kystes volumineux, apparents, plus ou moins incommodes et qui réclament aussi plus ou moins une opération.

Voyons donc quels sont les moyens que la nature emploie quelquefois pour débarrasser les femmes de ces tumeurs, et que les médecins ou les chirurgiens ont cherché à reproduire dans leurs modes de traitement ou leurs procédés opératoires.

1° *La résorption naturelle* des kystes ovariens semble, de prime abord, une chose assez simple. Pourtant je n'en ai pas observé un seul cas ; et je demanderai à ceux de mes collègues qui auraient été plus heureux que moi s'ils pensent que ces sortes de résorptions puissent se produire sans le concours d'une inflammation analogue à celle qu'on provoque au moyen d'une injection irritante.

Quelques auteurs, il est vrai, ont rapporté des cas de guérison par résorption du liquide. Southam (dans *Medical Gazette*, 1834), cite les résultats avantageux qu'il a obtenus au moyen de lotions iodées sur l'abdomen et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Mais personne n'ignore que les kystes de l'ovaire, comme les corps fibreux de l'utérus, sont sujets à de fréquentes oscillations amenées par le travail menstruel, et qu'on les a vus même souvent disparaître spontanément à l'époque de la ménopause. N'est-on pas exposé alors à attribuer au traitement une guérison qui est le résultat d'une action organique, d'une révolution fonctionnelle ?

2° L'*évacuation naturelle* des kystes ovariens peut se faire dans les intestins, la vessie ou le péritoine. C'est une espèce de ponction naturelle que les chirurgiens ont cherché à imiter par les ponctions que j'appellerai *continues*, c'est-à-dire celles qui sont suivies de l'établissement d'une fistule, comme dans le procédé de M. Barth, et qui permettent ainsi l'issue incessante de la liqueur morbide.

Blasius, Tilt et Kiwisch ont rapporté un assez grand nombre d'exemples de cette évacuation naturelle des kystes. Mais les cas de guérison radicale sont peu nombreux ; presque toujours la tumeur se reproduisait au bout d'un temps plus ou moins long.

3° L'*inflammation spontanée* des parois du kyste amène plus rarement encore la cure de cette tumeur. J'en ai cependant observé un cas avec MM. Paul Dubois et Jobert. Une dame portait un kyste ovarien gros comme la tête d'un enfant : trois premières ponctions avaient été pratiquées sans accidents ; mais à la suite de la quatrième, il survint une péritonite horrible avec un développement double du kyste. Grâce à un traitement approprié (émissions sanguines abondantes, frictions mercurielles, etc.), ces accidents s'amendent assez vite. Au bout de six semaines, la guérison es

complète, le kyste a disparu; depuis quatre ans il ne s'est pas reproduit.

Il est probable que le plus souvent l'inflammation du kyste amène sa rupture, l'épanchement du liquide dans le péritoine, et une péritonite mortelle.

4° Les *ruptures* du kyste sont encore assez fréquentes. Les trois faits de ce genre qu'il m'a été donné d'observer n'ont pas abouti à une terminaison funeste. En 1837, une de mes clientes se baisse sans précaution pour nouer ses bottines: son kyste se rompt; une péritonite grave survient. La malade guérit à la fois de sa péritonite et de son kyste. Il y a trois ans environ, j'ai vu, avec M. Paul Dubois, une jeune Anglaise de vingt-deux ans, affectée d'un kyste de l'ovaire: nous lui avons pratiqué trois ponctions à six mois d'intervalle. Un mois après la troisième ponction, elle s'assit brusquement; elle sentit sa tumeur se rompre, et elle eut une péritonite grave qui dura six ou sept jours. Elle retourna en Angleterre, et au bout de six mois le kyste n'était pas revenu; mais au septième mois la tumeur reparaît, se rompt de nouveau, et provoque des accidents de péritonite pour lesquels la jeune malade est encore en traitement.

Simpson, Bright, Addison, Camus, Lee, Froriep et M. Lasègue ont rapporté des cas analogues.

Presque toujours les kystes se sont reproduits, ou bien la péritonite qui suit leur rupture a enlevé les malades. C'est ce qui résulte d'une statistique dressée par Tilt, et des faits consignés par les auteurs que je viens de citer.

Dans les cas heureux, qui appartiennent toujours à des kystes simples, l'appareil inflammatoire terrible provoqué par la rupture se modère au bout de quelques jours, une diurèse considérable s'établit, et les femmes se tirent d'affaire, sans être à l'abri, je le répète, d'une récidive.

La rupture des kystes ovariens est donc une chose toujours grave, et je ne saurais être de l'avis de MM. Cazeaux, Bonfils (de Nancy) et Blundell, qui ont conseillé de l'imiter par un procédé chirurgical.

Je vais maintenant passer sommairement en revue les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été mises en usage contre les kystes ovariens.

Avouons d'abord que l'intervention *médicale* est nulle, et qu'ici le médecin doit céder sa place au chirurgien. Ce n'est pas, en effet, un médicament pharmaceutique qui convient à un kyste de l'ovaire, c'est une opération.

1° La ponction simple est une opération purement palliative; elle ne saurait avoir la prétention de guérir définitivement; elle n'est même pas toujours exempte de danger, comme on est trop porté à le croire. Écoutez les enseignements de la statistique à cet égard.

Southam, dans *Medical Gazette* de 1834, sur 21 cas de ponctions simples, trouve 4 morts dans le premier jour, 3 avant le premier mois, 14 avant l'année écoulée. Il y a donc les deux tiers d'opérées mortes avant la fin de la première année.

Lee, en 1847, rapporte 46 observations de ponctions simples: 3 femmes sont mortes dans les vingt-quatre heures, 6 au bout de quelques jours, 12 en un an, 2 au bout de trois ans, 1 au bout de six ans, 1 après quinze ans.

Sur 64 cas recueillis par Kiwisch en 1856, on trouve: 9 morts dans le premier jour, 6 après la seconde ponction, 15 à la troisième ou à la sixième ponction, 3 améliorations définitives, et une seule guérison.

Franck considère la ponction simple des kystes comme un moyen de consolation, *solatium*; il ajoute même que cette opération aggrave le plus souvent la maladie.

Il y a du vrai et du faux dans ce jugement de Franck. Tout dépend de l'interprétation que l'on donne à la statistique. Autrefois nous ne faisions la ponction des kystes qu'à la dernière extrémité, quand le volume en était excessif et qu'il compromettait déjà la vie par la gêne apportée aux fonctions les plus importantes. Dans ces cas, la mort ne peut être que fréquente.

Mais la ponction simple offre-t-elle les mêmes dangers si on la pratique en temps opportun? Depuis longtemps je me suis prescrit de faire cette opération quand le kyste n'apporte encore aucune gêne aux fonctions des organes voisins, c'est-à-dire quand il n'excède pas le volume d'une tête d'enfant, et que pourtant les progrès de sa dureté et de sa tension font prévoir un accroissement considérable et les dangers qui en seraient la conséquence.

Mais si le kyste est petit et qu'il demeure stationnaire, je m'abstiens; car, dans ce cas, l'opération serait inutile.

Je crois que ce sont là aussi les principes adoptés par M. Jobert.

Les avantages de cette pratique, c'est d'opérer sur des parois peu altérées encore et aussi plus rétractiles; c'est surtout d'offrir moins de surface à l'inflammation si elle survient.

La ponction palliative, pratiquée suivant les règles qui précèdent, est, à mon sens, une opération puissante, utile, innocente et qui doit être préférée à toute autre dans l'immense majorité des cas. Si elle avait toujours été faite en *temps opportun*, c'est-à-dire à l'époque où le danger de l'inflammation est peu considérable, elle n'aurait pas mérité la réprobation de Southam, de Lee, de Kiwisch et le stigmate de Frank.

2° Le procédé de l'inflammation ou des injections a fourni certainement quelques résultats avantageux; mais je n'ai jamais osé l'employer moi-même. Je connais des malades qui provisoirement s'en trouvent bien; mais j'en connais d'autres qui ont eu des récidives. Consultez les statistiques sérieuses, interrogez les chirurgiens non fanatiques, et vous verrez que la plupart des guérisons sont temporaires, et qu'au bout de deux, trois, cinq ou six mois les kystes se sont reproduits: d'où la nécessité d'une nouvelle opération.

La ponction des kystes avec le bistouri, accompagnée de l'effusion du liquide dans la cavité péritonéale, qui est une imitation de la rupture spontanée de ces tumeurs, me paraît un moyen fort dangereux et qui mérite d'être proscrit, bien qu'il ait été conseillé par MM. Cazeaux, Bonfils et Blundell. On s'étonnera peut-être que je condamne cette opération pour les kystes ovariens, moi qui l'ai préconisée et pratiquée pour les hydropisies du péricarde. Mais voyez la différence. Quand j'incise un péricarde, je sais que c'est de la sérosité pure qui va s'épancher de là dans la plèvre; cette membrane n'en souffrira pas, et la résorption s'opérera sans difficulté. Mais quand on incise un kyste de l'ovaire, peut-on prévoir quelle matière en sortira pour tomber dans le péritoine? J'aime mieux laisser à la nature l'endos de cette opération.

Quant à l'extirpation des kystes, M. Malgaigne vous en a déjà dit quelques mots. Je laisse à messieurs les chirurgiens le soin de la juger.

M. *Jobert*: Les opinions si différentes qui se sont déjà manifestées à cette tribune sur le traitement des kystes de l'ovaire, prouvent suffisamment combien cette question laisse encore à désirer et avec quel soin elle mérite d'être discutée au sein de l'Académie.

M. Trousseau vient de faire appel à l'autorité d'un certain nombre de savants étrangers, dont l'opinion ne paraît pas très favorable à la plupart des méthodes de traitement connues et usitées jusqu'ici. Mais notre honorable collègue n'a point parlé des travaux de quelques chirurgiens français qui se sont beaucoup occupés de cette importante question. Or, de nombreux exemples empruntés à ces praticiens et certains faits tirés de ma pratique, m'ont appris que les opérations chirurgicales ou les inflammations spontanées procuraient assez souvent des guérisons sûres.

Je ne ferai que rappeler en passant un cas singulier rapporté par Delpech; il est relatif à une femme qui guérit d'un kyste de l'ovaire après huit ou dix mois d'un traitement médicinal fort simple.

Je passe à l'examen des différents modes de traitements chirurgicaux.

1° La ponction simple, qui est sans danger quand le kyste est adhérent aux parois abdominales, devient une opération grave quand la tumeur est mobile et flottante, à cause de l'épanchement possible du liquide dans le péritoine. Delpech a vu mourir ainsi

une jeune fille quelques heures après l'opération. J'ai été témoin d'un fait du même genre à Paris.

On prévient cet accident en laissant la canule dans le kyste jusqu'à ce qu'une inflammation adhésive maintienne dans un contact permanent la paroi du kyste et celle de l'abdomen au niveau de la ponction.

Depuis que je me conforme à cette pratique, je n'ai eu à déplorer aucun événement grave.

Je dois dire que je n'ai jamais vu une seule ponction purement évacuative amener une véritable guérison ; mais j'ai obtenu une cure constante à la suite de ponctions multiples.

2° La ponction avec fistule avait été indiquée déjà par Delpech, qui s'était aperçu qu'on pouvait obtenir aisément des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. Le procédé imaginé, décrit et appliqué par M. Barth, rentre dans cette méthode. Sans doute, c'est un grand avantage que de pouvoir ainsi soutirer sans cesse le liquide du kyste au moyen d'une sonde ou d'une canule laissée à demeure. Mais malheureusement ce procédé ne met pas à l'abri de l'inflammation des parois, et la malade peut succomber épuisée par l'excès d'une suppuration qui ne tarit point, ainsi que Delpech en a cité une observation.

3° L'injection iodée dans les kystes ovariens n'expose à aucun danger, si on la pratique dans une tumeur simple, et si l'on a soin d'empêcher l'effusion du liquide dans le péritoine, en laissant la canule dans la plaie, comme j'ai l'habitude de le faire. J'ai pu opérer ainsi 30 malades sans voir survenir chez elles d'accidents graves. J'ai constamment observé dans ces opérations à peu près les mêmes phénomènes qui suivent une injection iodée dans la tunique vaginale pour l'hydrocèle. La tumeur devient d'abord plus volumineuse, le liquide augmente, puis il diminue rapidement ; le volume du kyste se réduit et persiste à l'état d'une boule dure qu'on sent un peu au-dessus de l'aine. Dans ce cas, la guérison est ordinairement permanente. Mais c'est là l'exception, je dois en convenir. Le plus souvent, j'ai vu la tumeur récidiver au bout d'un temps qui ne dépassait guère une année. Quelquefois, il est vrai, les malades revenaient avec un kyste de l'autre ovaire.

Quoi qu'il en soit, je regarde les injections iodées comme inoffensives, pourvu qu'elles soient pratiquées de manière à n'amener qu'une inflammation modérée.

Il est superflu d'ajouter que les injections sont inutiles, dangereuses même dans les cas de kystes pileux, mélicériques, cartilagineux ou cancéreux.

Mais le sont-elles également, comme on l'a dit, dans les kystes multiloculaires ? Je ne les ai jamais pratiquées dans ces sortes de kystes ovariens; mais j'ai fait des injections de teinture d'iode avec succès dans une tumeur multilobaire du corps thyroïde. L'inflammation de la poche injectée aura provoqué et favorisé sans doute, dans ce cas, le travail de résorption du liquide contenu dans les loges voisines. Ne pourrait-on pas obtenir des effets semblables sur les kystes ovariens multiloculaires ?

4° L'électricité par induction, dirigée sur l'ovaire au moyen d'aiguilles très fines, n'a produit aucun accident dans le seul cas où je l'ai essayée. Après cinq ou six applications, le liquide a paru se coaguler, la tumeur est revenue sur elle-même, et depuis deux ans elle a continué à s'affaisser.

Je dirai donc, pour me résumer, que la ponction simple ou suivie d'injections iodées n'est point dangereuse pour les kystes simples, quand on prend les précautions nécessaires pour éviter l'épanchement du liquide dans le péritoine ; que la ponction avec fistule, et le procédé de M. Barth qui s'y rattache, sont douteux dans leurs résultats ; que, enfin, la galvanopuncture est un bon moyen qui me semble digne d'être mis plus souvent en usage.

Présentation. — M. le docteur *Poterin du Motel* met sous les yeux de l'Académie une pièce anatomique consistant en une tumeur probablement de nature tuberculeuse, développée entre la moitié gauche de la protubérance, à laquelle elle n'adhérait que par quelques tractus vasculaires, et l'hémisphère correspondant du cervelet qu'elle comprimait : le lobule du pneumogastrique était réduit à l'épaisseur d'une lame mince : la racine sensitive de la cinquième paire était déplacée.

L'individu qui portait cette tumeur était frappé d'imbécillité depuis l'âge de dix-neuf ans, et il a succombé à cinquante-trois ans. Il n'a présenté aucun phénomène de paralysie du mouvement ni de la sensibilité, mais seulement des attitudes et des allures insolites. Le malade portait habituellement le corps penché en avant, la tête inclinée à gauche et agitée de mouvements de rotation. De temps en temps, et à des périodes très irrégulières, il avait des accès de frénésie vertigineuse, dans lesquels il poussait des cris de bête fauve, et développait en quelques instants la somme de mouvements accumulée dans ses longues périodes d'inertie.

La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1856.

Ligature de l'artère radiale.

M. *Richard* présente un malade auquel il a pratiqué la ligature de l'artère radiale pour un anévrysme de ce vaisseau siégeant dans le premier espace interosseux, sur la face dorsale du poignet. Ce malade s'était donné un coup de ciseau qui avait ouvert l'artère radiale ; l'hémorrhagie avait été arrêtée au moyen de la compression des deux artères de l'avant-bras, mais il s'était développé consécutivement un anévrysme du volume d'un œuf de dinde. M. Richard ayant constaté que la compression de la radiale suspendait complétement les battements dont la tumeur était le siége, se décida à ne lier que cette artère. Depuis l'opération, la tumeur est dure, et n'a cessé de diminuer de volume ; les battements, d'abord très rares, ont fini par disparaître complétement, et aujourd'hui on n'en retrouve plus aucune trace.

Cette présentation est suivie d'une discussion intéressante sur la conduite que doit tenir le chirurgien en face d'une plaie d'artère. Parmi les membres de la Société qui prennent part à cette discussion, les uns, avec MM. Boinet et Giraldès, sont d'avis que, dans ces cas, il faut suivre le précepte de Guthrie, c'est-à-dire rechercher avec soin les deux bouts du vaisseau divisé pour les lier, dût-on, pour les trouver, faire des débridements assez considérables. Cette conduite, adoptée par la majorité des chirurgiens quand il s'agit d'une plaie récente, a été conseillée également pour les plaies anciennes : M. Nélaton, dans un mémoire lu à l'Académie, s'est prononcé dans ce sens.

M. *Giraldès* est d'avis qu'il faut toujours pratiquer la ligature le plus près possible de la plaie, car en liant le vaisseau à distance on s'expose à des hémorrhagies, par suite du retour du sang par les collatérales. La ligature des grosses artères, dit-il, est une opération grave, pouvant entraîner des conséquences funestes et même la mort. D'autres membres de la Société sont moins exclusifs : M. Larrey veut qu'on pratique la ligature des deux bouts de l'artère divisée toutes les fois que cela est possible. M. Huguier croit que la conduite du chirurgien, en présence d'une plaie de la paume de la main, doit être différente suivant qu'il a affaire à une lésion de l'arcade palmaire superficielle ou profonde : dans le premier cas, la position superficielle du vaisseau lésé permet de faire quelques recherches, quelques débridements dont le but est de découvrir les deux bouts de l'artère pour les lier séparément. Il n'en est pas de même dans le second cas ; la situation profonde du vaisseau, les tissus importants qu'on pourrait léser en allant à sa recherche, le danger que présentent l'ouverture des gaînes tendineuses et la blessure des branches du nerf médian, l'imminence d'un phlegmon avec fusées purulentes le long de l'avant-bras, devront rendre le chirurgien sobre d'explorations. S'il survient un anévrysme faux consécutif, les faits devront servir de guide ; il faudra faire d'abord la ligature de l'artère principale de la tumeur, et ne lier l'autre que si la première opération est reconnue insuffisante. M. Morel-Lavallée pense que l'on devra exercer d'abord la compression au

niveau de la plaie et au-dessus ; que si elle n'a pas empêché le développement d'un anévrysme, il faudra faire en premier lieu la ligature de l'artère dont la compression exacte avec le doigt suspend les battements de la tumeur. M. Follin veut que, dans les cas de plaie non récente de la paume de la main, on ne s'évertue pas à chercher les bouts du vaisseau divisé, et qu'on pratique la ligature à l'avant-bras. Cette opinion est partagée par M. Chassaignac, qui s'en tient toujours à la pratique de Dupuytren, bien que la raison invoquée par ce dernier pour repousser la ligature des vaisseaux dans les tissus enflammés, c'est-à-dire le ramollissement des parois vasculaires, ne soit pas fondée. Ce qui empêche M. Chassaignac de suivre le conseil de Guthrie, c'est l'impossibilité où l'on se trouve souvent de trouver le vaisseau au milieu de tissus enflammés, qui sont devenus friables, qui s'écrasent, qui ont perdu leurs rapports normaux. Même dans les cas peu anciens, la ligature n'est pas toujours aisée ; nous voyons Guthrie être obligé de faire une incision de 7 pouces pour lier la péronière : une telle incision, dit M. Chassaignac, a presque la gravité d'une amputation. Quant aux hémorrhagies consécutives, on s'en rend presque toujours maître par les moyens secondaires.

M. *Broca* ne pense pas que l'argument de Dupuytren contre les ligatures dans des tissus enflammés soit renversé par l'observation ; à la vérité, sur le cadavre l'artère n'est pas divisée immédiatement par le fil; mais cela ne prouve point qu'elle eût résisté à l'impulsion du sang pendant la vie, et quelquefois, quand elle résiste le premier jour, elle peut céder le deuxième ou le troisième. Quant aux moyens hémostatiques secondaires, M. Broca insiste sur le mode d'application du perchlorure de fer. Ce liquide, dit-il, ne coagule pas le sang immédiatement : 45 secondes s'écoulent entre son application et la coagulation. Pour que le caillot soit solide, il faut qu'il pénètre dans l'intérieur du vaisseau. Afin d'atteindre ce but, il importe de suspendre la circulation, dans l'artère divisée, assez longtemps pour que le caillot soit convenablement solide ; M. Broca conseille, en conséquence, de comprimer pendant un quart d'heure au moins les artères de l'avant-bras après l'application du perchlorure de fer.

Amputation sus-malléollaire.

M. *Larrey* présente à la Société un Arabe amputé, il y a deux ans, des deux jambes par la méthode sus-malléolaire. Jusqu'à ce jour le malade n'a pu ni se servir de ses membres pour marcher, ni supporter le contact des membres artificiels. Le moignon droit est aujourd'hui cicatrisé, celui du côté gauche est encore ulcéré.— Le même chirurgien montre un autre malade qui, amputé primitivement au milieu de la jambe, dut, par suite de gangrène et de pourriture d'hôpital, être amputé plus tard une seconde fois, au lieu d'élection. A l'occasion de cette présentation, M. Legouest informe ses collègues que, dans la dernière guerre, les chirurgiens anglais pratiquaient les amputations à toutes les hauteurs, sans tenir compte du lieu d'élection, et M. Larrey raconte, d'après un chirurgien russe, que dans la campagne de Russie les médecins militaires de ce pays opéraient toujours le plus loin du tronc qu'il leur était possible, non pas en vertu d'un principe quelconque, mais seulement afin de se ménager la possibilité d'une amputation consécutive, dans les cas de pourriture d'hôpital, extrêmement fréquents à cette époque ; plusieurs malades ont été ainsi amputés jusqu'à trois fois.

— M. *Follin* fait une communication relative à l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique. (Voyez notre avant-dernier numéro.)

— M. *Gosselin* lit un rapport sur un mémoire de M. Legendre relatif au traitement de l'anus contre nature.

— M. *Verneuil* met sous les yeux de la Société le pied d'un malade qui avait subi la résection de la tête du premier métatarsien, avec conservation du gros orteil ; celui-ci ne s'est pas renversé, et le malade a pu mettre un soulier.

M. *Lenoir* rappelle un cas analogue qui a été suivi des inconvénients en question.

— M. *Broca* montre le fémur d'une femme amputée il y a sept semaines, par M. Guérin, par la méthode à lambeaux. La malade allait bien d'abord ; puis la plaie s'est rouverte, l'os a fait saillie au dehors et s'est nécrosé ; la malade a fini par succomber. A l'autopsie, on a constaté qu'elle portait des tubercules dans le poumon. A l'extrémité de l'os nécrosé il y avait déjà un bouchon osseux qui fermait le canal médullaire. La malade n'avait présenté ni les symptômes ni les lésions de l'infection purulente, et cependant on trouva une inflammation étendue de la moelle, remontant jusqu'au grand trochanter et que l'on ne peut attribuer au contact de l'air, vu l'existence du bouchon osseux. Malgré la suppuration de la moelle, et contrairement à l'opinion reçue, le périoste est parfaitement sain et n'est nullement décollé.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1856.

M. *Chassaignac* présente un malade dont il a dit un mot dans la dernière séance : c'est un homme auquel il a pratiqué la résection du premier métatarsien avec ablation du gros orteil. Pendant l'opération, il survint une hémorrhagie qu'il fut impossible d'arrêter. Se conformant aux préceptes donnés par les auteurs, M. Chassaignac fit une incision dans la plante du pied, mais ne réussit point à trouver le vaisseau qui fournissait du sang. Il pratiqua alors le tamponnement au perchlorure de fer, en comprimant les artères tibiale antérieure et postérieure. Le grand développement qu'avaient pris toutes les artères chez ce malade rendait cette compression facile. L'hémorrhagie fut arrêtée pendant cinq jours : le cinquième jour, survint une perte de sang ; une autre eut lieu dans la nuit, et une troisième le lendemain. M. Chassaignac s'assura que la compression exercée isolément, soit sur l'artère tibiale antérieure, soit sur l'artère tibiale postérieure, n'arrêtait pas l'écoulement sanguin, mais que la compression des deux artères à la fois suspendait l'hémorrhagie. En conséquence, il pratiqua la ligature de l'un et l'autre de ces vaisseaux. Le sang cessa de couler. Le quinzième jour, une hémorrhagie se déclara par la plaie faite pour la ligature de la tibiale antérieure. M. Chassaignac lia le même vaisseau un peu plus haut. Le malade est aujourd'hui guéri.

A l'occasion de ce malade, M. Chassaignac appelle l'attention sur les avantages que présentent, pour la compression des artères, des tubes de caoutchouc remplaçant les bandes ordinaires. Ces tubes, dont on entoure le membre, permettent de graduer exactement la compression, et de la porter au point précis nécessaire pour suspendre la circulation dans le vaisseau. L'élasticité de ce moyen de contention le rend supportable pendant longtemps.

M. *Broca* présente plusieurs malades amputés de la jambe. Le plus intéressant, sans contredit, est un ouvrier de M. Charrière, amputé au lieu d'élection, en 1842. Ce malade s'est fabriqué un membre artificiel qui lui permet d'exécuter tous les mouvements avec une facilité qui ne laisse rien à désirer, et de se livrer à des exercices très fatigants. C'est ainsi qu'il a pu faire sans inconvénients six lieues à pied. Le membre artificiel prend ses points d'appui sur les condyles du tibia et sur l'ischion ; l'articulation du genou n'a rien perdu de sa mobilité, et le moignon, quoique très court, est susceptible de tous les mouvements volontaires qu'on observe à l'état sain. M. Broca insiste sur cette particularité, qui établit une différence notable entre ce que présente ce malade et les résultats ordinaires de l'amputation de la jambe au lieu d'élection. En effet, les malades qui ont subi cette dernière opération marchent sur le genou et tiennent leur moignon fléchi à angle droit ou relevé contre la cuisse. Il en résulte que déjà, même après la guérison, l'articulation a en grande partie perdu ses mouvements, que c'est la rotule qui forme la base de sustentation dans la marche, d'où des tiraillements dans la cicatrice, des ulcérations, le développement de bourses séreuses accidentelles, comme l'a fait remarquer M. Larrey. Le fait de la conservation des mouvements du moignon, bien qu'exceptionnel, s'est présenté cependant un certain nombre de fois aux observateurs : MM. Larrey, Guersant, Chassaignac, Lenoir, ont vu des cas de ce genre.

Ce dernier chirurgien informe ses collègues qu'en Angleterre, depuis fort longtemps, un artiste fabrique des membres artificiels avec lesquels les mouvements du genou sont conservés, et qui reçoivent l'impulsion du moignon résultant de l'amputation au lieu d'élection. Ces faits paraissent à M. Broca de nature à changer radicalement la chirurgie des amputations du membre inférieur, dont il sera sans doute avantageux de conserver la plus grande longueur possible.

Le second malade présenté par M. Broca a été amputé par la méthode sus-malléolaire ; son histoire, racontée en peu de mots par M. Gosselin, qui a pratiqué l'opération, est la suivante : Il fut blessé, en 1848, d'un coup de feu qui lui brisa l'articulation tibio-tarsienne. En raison des occupations spéciales du malade, qui travaille chez M. Charrière et qui peut réparer lui-même sa jambe artificielle quand elle se dérange, M. Gosselin se décida pour l'amputation sus-malléolaire. Les suites de cette opération furent des plus mauvaises. Le moignon est le siége d'une ulcération persistante, qui, il est vrai, se cicatrise dans l'espace de huit à quinze jours quand le malade garde le repos, mais qui reparaît avec une grande facilité. De plus, des bouffées inflammatoires, ayant leur point de départ dans les os, se manifestent de temps en temps dans le moignon ; l'inflammation se termine chaque fois par la formation d'un abcès, et par l'élimination d'esquilles osseuses. Aussitôt qu'un travail semblable s'établit, le malade est obligé d'interrompre ses occupations et de rentrer à l'hôpital ; il est venu ainsi retrouver M. Gosselin cinq ou six fois depuis son opération. Les os de la jambe sont le siége d'une inflammation chronique qui ne permet point d'espérer une guérison prochaine ; le péroné s'est tuméfié au point qu'il a presque le volume du tibia. M. Verneuil fait observer que ce fait vient à l'appui de l'opinion qu'il a émise au sujet des amputations dans les cas de maladie de l'articulation tibio-tarsienne. M. Verneuil conseille l'amputation au lieu d'élection.

Les autres malades présentés par M. Broca sont : 1° Une femme amputée, en 1842, au tiers inférieur environ de la jambe. Le moignon est parfaitement cicatrisé. Mais ce cas ne rentre pas dans la catégorie des amputations sus-malléolaires proprement dites, ainsi que l'a fait observer M. Verneuil. 2° Un capitaine amputé à Inkermann, et qui porte un membre artificiel de M. de Beaufort.

M. *Laborie*, à propos de la discussion sur le traitement des plaies des artères, rapporte le fait suivant : Étant interne à l'hôpital Beaujon, en 1834, il a vu un malade qui s'était fait une plaie dans la paume de la main. La compression fut impuissante à arrêter l'écoulement de sang ; Blandin fit alors la ligature de la cubitale et de la radiale. Cette double ligature n'ayant donné aucun résultat, on pratiqua la ligature de l'artère interosseuse. De nouvelles hémorrhagies obligèrent à faire successivement la ligature de la brachiale et l'amputation du bras ; le malade succomba.

M. *Béraud* envoie à la Société de chirurgie une note sur deux faits qu'il a observés et qui sont relatifs aux résections du premier métatarsien avec conservation de l'orteil. Dans les deux cas, l'orteil a conservé sa mobilité, sans subir de déviation mettant obstacle à la marche.

Société impériale de médecine de Constantinople (1).

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 13 JUIN 1856. — PRÉSIDENCE DE M. FAUVEL.

Discussion sur le typhus.

M. *Mœring*, présent à la séance et invité par M. Arnaud à compléter sous le point de vue de l'identité ce qu'il a dit précédemment, prend la parole. Il a, dit-il, entrepris ses recherches en dehors de toute doctrine, et dans le simple but de recueillir ce que la nature présentait. Les affections, poursuit il, tour à tour appelées fièvre nerveuse, typhus, affection typhoïde, peuvent être considérées comme des entités morbides différentes, suivant les époques où on les examine. En d'autres termes, la question pour lui est historique. Ainsi, constituée sur les seuls symptômes, la fièvre nerveuse est une entité symptomatique. Plus tard, on a fondé la fièvre typhoïde sur les lésions anatomiques, une entité anatomique en est résultée. Puis, en Irlande, on n'a plus trouvé ces caractères anatomiques, et l'on est revenu aux symptômes. On a fait aussi différentes espèces de typhus, suivant les organes qu'il semblait plus particulièrement attaquer, de là le typhus abdominal, le typhus pulmonaire, etc. Dans cet état de choses, ajoute M. Mœring, il est difficile d'établir une comparaison, puisqu'il s'agit d'entités dont les éléments ont été puisés à des sources différentes. Dans tous les cas, quand on lui demande son opinion sur l'identité, il répond qu'il ne l'admet pas si tant est qu'il s'agisse de comparer le typhus actuel avec la fièvre typhoïde telle que M. Louis l'a décrite. Il est porté à croire, tout en faisant néanmoins ses réserves, que la fièvre typhoïde est, à proprement parler, une lésion anatomique produisant un ensemble de troubles nerveux, troubles nerveux que l'on trouve également à la suite des lésions anatomiques de quelques autres organes. Le typhus actuel ne présente pas de lésions anatomiques particulières au commencement. Les lésions anatomiques viennent plus tard. M. Mœring, sans rien affirmer positivement, est disposé à admettre que les phénomènes nerveux sont dus ici à la rétention des sécrétions.

La parole est accordée à M. *Verrollet*. M. Verrollot constate la controverse qui a existé dans la question du typhus, et infère du débat actuel que cette question n'est pas encore résolue. Observant sur un théâtre trop circonscrit, il a pu se faire une idée de l'épidémie sans qu'il lui ait été possible, néanmoins, d'élucider tous ses doutes sur plusieurs points importants. L'état où il se trouve lui permet seulement de motiver ses doutes.

Pour M. Verrollet, peu de maladies ont entre elles les ressemblances qu'a le typhus avec la fièvre typhoïde. Il énumère les caractères communs aux deux maladies, tirés surtout des symptômes, de la transmissibilité et des formes, et il avoue l'embarras où il s'est trouvé quand sont arrivés, l'année passée, dans son hôpital, les premiers cas de typhus. Il les prit pour des cas de fièvre typhoïde. Mais il ne tarda pas à remarquer quelque chose d'insolite dans les allures de la maladie et dans le peu d'action du traitement, qui était naturellement celui qu'il applique d'habitude à la fièvre typhoïde (frictions mercurielles sur le ventre, purgatifs salins, tisanes acidulées, antispasmodiques). Au commencement de l'année actuelle, il reconnut facilement les premiers cas, parce qu'il connaissait l'existence du typhus. Le traitement dont il vient d'être question fut néanmoins continué. Mais bientôt M. Verrollot fut obligé d'en chercher un qui eût plus d'efficacité. Les malades, provenant de bâtiments qui étaient affectés à l'évacuation des malades de la Crimée, étaient, en général, d'une bonne constitution. Les émissions sanguines furent essayées, elles eurent de l'avantage. M. Verrollot y joignit l'extrait thébaïque et les autres moyens usités en pareil cas, purgatifs, boissons alcalines, quinquina, antispasmodiques. Dans les cas trop rares, dit-il, où existait une périodicité, le sulfate de quinine lui a rendu des services. En même temps que la périodicité, se dissipaient les symptômes typhiques. M. Verrollot pense que l'opinion de M. Cazalas, pour des cas analogues, est fondée ; il trouve seulement que M. Cazalas a trop généralisé. Plusieurs fois la fièvre intermittente a succédé au typhus. M. Verrollot cite ici en détail une observation pour servir en quelque sorte de spécimen. Sur 130 malades, trois ont succombé inopinément ; les symptômes qu'il a observés font penser à M. Verrollot qu'il s'agissait là de fièvre pernicieuse. Dans plusieurs cas, cependant, où il a cru remarquer la périodicité, le sulfate de quinine est resté sans action.

M. Verrollot ne croit pas à la supériorité de son traitement sur les autres. Il en a parlé, parce qu'il a observé que celui qu'il adoptait dans la fièvre typhoïde n'a pas eu, dans le typhus, les mêmes effets. Il n'a pas guéri tous ses malades. Il n'a pas été plus heureux que ses confrères dont il connaît les résultats. Dans son service, la mortalité a été de 12 à 14 pour 100.

Après l'énumération des caractères communs, M. Verrollot passe à celle des caractères qui différencient les deux maladies. Entre autres, il insiste sur les qualités du sang qui, défibriné dans la fièvre typhoïde, est, dans le typhus, sans complication cachectique, fibrineux et couenneux ; il émet cependant cette assertion sous réserve. M. Verrollot insiste aussi sur les phénomènes abdominaux marqués dans la première, manquant le plus souvent dans le second. En partant de l'anorexie dans la convalescence, bien moins longue dans le typhus, il cite le fait d'un prêtre dominicain qui, trois jours après l'entrée en convalescence d'un typhus, dînait au réfectoire, et, après cinq jours, se promenait dans la rue. En somme, M. Verrollet trouve des différences sous le point de vue des symptômes, des caractères anatomiques, de la durée, de la terminaison, de la mortalité, des causes, et il conclut que les différences sont plus nombreuses qu'on ne le croirait au premier abord. Toutefois, son expérience personnelle a été trop limitée pour qu'il se croie autorisé à donner cette conclusion comme définitive.

M. *Jacquot* remarque que, dans l'épidémie, on a été peut-être trop avare des émissions sanguines. Il est porté à penser qu'elles seraient

(1) *Union médicale.*

avantageuses, comme d'ailleurs le lui ont assuré plusieurs praticiens du pays.

M. *Arnaud* demande à M. Verrollot si, dans le fait du moine dominicain, on pouvait admettre la fièvre typhoïde, et si ce qu'il a observé dans son service lui a paru confirmer l'opinion de l'identité.

M. *Verrollot* répond que la maladie du dominicain ne pouvait être que le typhus, et quant à la seconde question que, si sur un plus vaste théâtre, les faits étaient semblables à ceux de son service, il n'aurait pas hésité à rejeter l'opinion de l'identité.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Iodure de quinine contre les fièvres intermittentes chez les sujets scrofuleux; remarques de M. MORTON DOWLER.

Sur un nouveau traitement de la fièvre intermittente et de la dysentérie, par M. BERTHERAND.

L'idée d'associer l'iode à la quinine dans le traitement de la fièvre intermittente appartient à M. Panza, professeur de chimie à Naples, et c'est M. Giuseppe Manpedonia qui a fait les premières expériences. Il donnait de 4 à 8 grammes du médicament. Bien que le résultat ait été présenté comme assez favorable, nous croyons néanmoins que c'est là un pauvre service rendu à la thérapeutique. D'abord l'iodure de quinine, ou mieux l'*iodhydrate de quinine*, n'a pas le degré de solubilité qu'il faut chercher surtout dans les combinaisons où entrent les alcaloïdes du quinquina. Puis, il coûte le double du sulfate, et il en faut beaucoup plus. Enfin, en cherchant à atteindre par un même médicament deux buts aussi différents que ceux de couper la fièvre et de guérir la scrofule, on s'expose à les manquer tous les deux. L'action d'un fébrifuge doit être rapide ; celle d'un antiscrofuleux est nécessairement lente. Si c'est la scrofule qui retarde la guérison de la fièvre, il est inutile de donner la quinine avant d'avoir modifié la constitution organique. Si, au contraire, la fièvre est curable indépendamment de la scrofule, il faut se hâter de la guérir par les préparations quiniques les plus efficaces, surtout par le sulfate. Ce qui est vrai, c'est que parfois les antipériodiques ne réussissent qu'avec l'assistance de *toniques*; mais les toniques un peu actifs et les stimulants agissent promptement sur l'organisme, et l'on conçoit très bien qu'il puisse y avoir avantage à les employer concurremment avec un sel fébrifuge. Il en est autrement de l'iode, qui n'est pas un tonique mais un altérant.

Donc, même chez les scrofuleux, si l'on croyait voir dans l'affaiblissement général un obstacle à la guérison de la fièvre, ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de relever les forces par les toniques connus, et non de viser à corriger l'état scrofuleux par une mauvaise combinaison de substances médicamenteuses. La fièvre guérie, il serait temps de s'occuper des scrofules.

M. Dowler, en appelant en peu de mots l'attention des médecins sur la nouvelle préparation, présente quelques remarques qui viennent à l'appui des nôtres ; car, tout en se montrant mieux disposé que nous à l'égard d'un remède qu'il n'a pas essayé, il insiste sur l'obligation où l'on est souvent, dans la Louisiane, de joindre à la médication antipériodique l'emploi des toniques et des excitants pour venir à bout des fièvres d'accès. Dans cette contrée, dit-il, les intermittentes sont *traîtresses au dernier degré* (treacherous to te last degree). (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, juillet 1856, p. 30.)

— Le nouveau remède préconisé par M. Bertherand tout à la fois contre la dysentérie et la fièvre intermittente, et qui avait déjà été proposé à l'Académie de médecine en 1813 par le docteur Fave, ne mérite pas les mêmes reproches que le précédent. C'est un remède qui, jugé *à priori*, a tous les avantages et tous les inconvénients des remèdes empiriques. On ne peut en dire du mal avant de l'avoir vu à l'œuvre ; ni du bien, parce qu'il ne répond pas à des indications précises. Disons toutefois que, comme amère et astringente, cette composition peut être rapprochée d'une foule d'autres qui, sans valoir à beaucoup près les antipériodiques directs, exercent néanmoins une action évidente sur les accès. Voici cette préparation, qu'on prend, à ce que nous croyons, en une seule fois (l'auteur ne s'explique pas sur ce point) :

℞ Poudre d'écorce de chêne vert	3	grammes.
Parties spongieuses de l'églantier	1	—
Scille en poudre	19	centigr.
Vanille	5	—
Amidon	7	décigr.

Ce remède a été, comme nous l'avons dit, expérimenté dans la dysentérie et dans la fièvre intermittente.

19 individus d'âges divers, atteints de dysentérie, ont tous été radicalement et surtout promptement guéris, que l'affection fût aiguë ou chronique. Le cas le plus intéressant est celui d'un menuisier atteint depuis longtemps d'un flux dysentérique qui n'avait pas tardé à se compliquer d'hémorrhoïdes externes. Les souffrances étaient atroces, la maigreur extrême, les forces exténuées. Après un mois de l'usage quotidien de la poudre ci-dessus indiquée, cet ouvrier n'avait plus aucune perte sanguine intestinale, aucune tumeur à l'anus ; avec l'appétit, les forces étaient revenues assez complètes pour qu'il pût rendre à sa petite famille les secours de son travail journalier.

C'est surtout dans les cas de diarrhée simple ou sanguine, mais parfois abondante, qui épuise les enfants en travail de dentition, que la dose d'un paquet fractionné en plusieurs portions pour être administrées dans la journée, a paru rendre de très grands services.

En supprimant l'amidon dans la formule précitée, le docteur Fave employait ce remède dans le traitement des *fièvres* intermittentes, du *choléra*, en un mot des maladies endémo-épidémiques de l'Algérie, qu'il considère toutes comme d'origine *miasmatique*.

« 73 *fièvres* intermittentes, dit M. Bertherand, ont été traitées par ce moyen ; elles se rapportent, au point de vue :

» 1° Du *type*, à 49 quotidiennes, 21 tierces, 3 quartes.

» 2° Du *sexe*, à 51 personnes du sexe masculin, à 22 du sexe féminin.

» 3° De l'*âge*, à 14 individus au-dessous de dix ans ; à 32 de dix à vingt-cinq ans ; à 46 au-dessus de vingt-cinq ans.

» 4° De la *forme*, à 1 compliquée d'hémoptysie ; à 38 avec la forme gastro-hépatique ; à 19 avec diarrhée ou dysentérie ; à 9 avec hypérémie splénique ; à 1 avec hydropisie ascite ; à 3 avec hypérémie cérébrale ; à 2 pendant l'état de grossesse. Je me suis scrupuleusement gardé d'administrer la poudre en question dans les *fièvres* pernicieuses, n'osant point le faire avant que des expérimentations faites par de plus habiles eussent prouvé que, dans ces graves circonstances aussi, le sulfate de quinine a trouvé un succédané tout au moins équivalent.

» 5° De l'*ancienneté*, à 21 primitives ; à 17 appartenant à une première rechute ; à 22 ayant reparu pour la troisième fois ; à 10 pour la quatrième fois ; à 2 pour la cinquième fois ; à 1 reparaissant pour la septième fois. Ces 52 dernières, ayant trait à des récidives, avaient *toutes* été traitées une ou plusieurs fois par le sulfate de quinine, soit à domicile, soit dans les hôpitaux.

» 6° Des *résultats* du traitement. J'ai compté 69 guérisons rapides ; 3 rechutes (ces 3 dernières ont guéri définitivement par le même traitement peu de temps après) ; 1 insuccès complet, dans lequel le sulfate de quinine n'a pas eu plus d'efficacité.

» 7° De la nationalité, à 56 indigènes algériens, et à 17 Européens de diverses contrées. J'ai pu suivre assez longtemps les malades pour m'assurer que la guérison s'était bien soutenue.

» 8° De la *dose* du médicament. Ici, comme pour la dysentérie et la diarrhée, rien de fixe. Les affections qui avaient résisté plusieurs fois déjà à des traitements méthodiques par le sulfate de quinine, l'opium, des astringents, etc, ont réellement disparu, comme par enchantement, après l'ingestion d'une seule dose du remède. D'autres fois, au contraire, des flux intestinaux, des névropathies

intermittentes, apparaissant pour la première ou la seconde fois seulement, n'ont cédé qu'à 2, 4, 6 doses ; le type de l'affection, ses complications, l'âge, le tempérament, n'ont rien présenté de particulier à ce sujet. La *moyenne* des doses employées a été de 4. Rarement, malgré l'état de la langue et du pouls, des purgatifs, des vomitifs ou des émissions sanguines ont été concurremment employés. » (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 11e livraison, p. 335.)

Anévrysme diffus de l'artère fémorale, suite de plaie; ligature de l'iliaque externe, etc.; guérison, par M. Agard.

Une courte relation de ce cas va faire ressortir les difficultés et l'importance du diagnostic en pareille circonstance.

Obs. — Un homme de ving-sept ans reçut, le 7 décembre 1854, un coup de couteau à la partie antérieure de la cuisse, sur le bord interne du couturier, à 1 pouce et demi au-dessus du point où le bord de ce muscle croise l'artère fémorale. Il y eut une hémorrhagie abondante, suivie de syncope et de vomissements; mais on remarqua que le sang ne sortait pas par jet et offrait une couleur foncée.

Cinq jours après l'accident, il s'était développé au lieu de la blessure une tumeur si volumineuse, qu'elle doublait le volume du membre, chaude et pulsatile au centre. Le malade affirmait qu'il sentait le sang y couler. — Le 19, il y eut une hémorrhagie par une ouverture qui s'était déclarée à la surface de la tumeur. Plusieurs autres hémorrhagies s'effectuèrent ensuite, de manière à mettre la vie en danger.

Le blessé recevait les soins d'un médecin qui se proposait de diminuer d'abord le volume de la tumeur et de prévenir les hémorrhagies par l'application d'un bandage roulé, fortement serré, jusqu'à ce que le retour de ses forces lui permît de supporter la ligature de l'iliaque externe. Ce système fut suivi de succès jusqu'au 26; mais alors l'hémorrhagie s'étant reproduite et la faiblesse devenant extrême, un autre médecin fut d'avis de procéder, sans attendre, à la ligature de l'iliaque externe. Il fit d'abord exercer une compression constante, par les doigts des aides, sur l'artère, au-dessus de la tumeur, en vue de dilater les collatérales.

Le 30, on lia l'iliaque externe, suivant le procédé d'A. Cooper. Il ne s'écoula pas plus de 15 grammes de sang. Immédiatement après, le membre fut entouré de flanelle chaude renouvelée très fréquemment. Au bout de huit heures, la chaleur (qui avait considérablement commencé à diminuer, quarante minutes à partir de l'opération) y était rétablie.

Le 1er juin, on fit une large incision sur le sac fluctuant, qu'on vida ainsi d'une matière fétide mélangée de caillots sanguins.

Le 7, une hémorrhagie apparaît par cette incision. Le médecin l'agrandit, enlève une masse de caillots équivalant à près de 3 pintes, et établit dans le fond une compression qui arrête le saignement. Cependant, ne pouvant la maintenir constamment, on se décida à aller placer une ligature sur la fémorale profonde, un peu au dessous de son origine. L'hémorrhagie continuant, on lia la circonflexe externe, ce qui mit fin au saignement. Ces ligatures, accomplies avec des difficultés extrêmes, au milieu de tissus altérés, firent enfin cesser les pertes de sang; l'abcès se détergea, et le malade guérit.

L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas s'en rapporter aux commémoratifs, non plus qu'au siége de la plaie extérieure, éloignée, en apparence, de toute artère volumineuse. Si, sans tenir compte de ces circonstances, et prenant seulement en considération la formation rapide d'une tumeur pulsatile, on eût pratiqué de suite la ligature, le malade aurait sans doute été préservé des accidents qui compromirent son existence. (*The American Journal of the Medic. Sciences*, avril 1856, p. 388.)

Sur la muqueuse olfactive de l'homme, par le professeur A. Ecker.

La muqueuse olfactive, en raison de son extrême altérabilité, ne peut être étudiée convenablement que peu de temps après la mort. Les têtes de suppliciés ont souvent été utilisées dans ce but. Voici ce que l'auteur a constaté récemment sur un criminel décapité à Fribourg.

1. *Cloison.* — La membrane de Schneider, gorgée de liquide, très vasculaire, est séparée, par une limite peu distincte, de la portion de muqueuse qui reçoit les filets du nerf olfactif; cette dernière, plus mince, pâle, de couleur jaune rougeâtre, et moins riche en vaisseaux, s'étend de la paroi supérieure des fosses nasales à 9 lignes au-dessous; son étendue d'avant en arrière est d'environ 1 pouce et demi. Elle présente, à sa partie supérieure et postérieure, une région qui se distingue du reste par sa couleur franchement jaune, que l'auteur croit seule mériter le nom de *région olfactive*, et qu'il appelle *locus luteus*; cette région a un diamètre d'environ 7 lignes et se trouve un peu déprimée.

Epithélium. 1° La partie inférieure et antérieure de la muqueuse est couverte d'un *épithélium pavimenteux*.

2° L'*épithélium vibratile*, abstraction faite des formes intermédiaires, commence, comme l'a indiqué Henle, sur une ligne qui s'étend du bord libre des os du nez à l'épine nasale antérieure du maxillaire supérieur; au-dessus de cette ligne, toute la muqueuse de la cloison est couverte d'un épithélium vibratile, à l'exception du *locus luteus*. Entre les cellules vibratiles, qui ont environ 0mm,09 de longueur, et qui sont pourvues de cils assez longs et très distincts, d'un noyau et d'un pédicule assez long, mais non bifurqué, on en trouve d'autres qui ont en général la même longueur, mais une largeur un peu plus grande, et qui sont privées de cils à leur extrémité libre. Celle-ci est tantôt rétrécie et close, et tantôt comme ouverte, privée de paroi, ce qui permet de voir le contenu granuleux de la cellule faisant saillie au dehors.

3° L'épithélium du *locus luteus* est tout différent des précédents: les cellules qui le composent, sont allongées et se continuent, au-dessous de leur noyau elliptique muni d'un nucléole distinct, en un long filament qui, d'espace en espace, se renfle généralement en forme de nœud, et qui, assez fréquemment, présente des courbures dans lesquelles sont logées les cellules de remplacement. Ces cellules se détruisent facilement, et on les rencontre rarement intactes sur le cadavre; mais elles se distinguent par les caractères suivants :

a. Elles ne portent point de cils vibratiles.

b. Leur portion supérieure est remplie de nombreuses *granulations pigmentaires jaunes*, accumulées surtout vers l'extrémité libre de la cellule : c'est ce qui explique la couleur jaune du *locus luteus*.

c. L'extrémité du filament terminal se divise en plusieurs branches : au point de division se trouve ordinairement un renflement finement granulé. La division est dichotomique et se répète plusieurs fois; sur le trajet des filaments se trouvent des renflements en forme de nœuds, et entre ces cellules, qu'Ecker appelle *cellules olfactives*, il y en a d'autres qui lui paraissent servir à remplacer les précédentes (*cellules de remplacement*). La couche la plus profonde, enfin, recouvrant immédiatement la muqueuse, est formée de cellules arrondies ou irrégulières, parfois pourvues de prolongements, et entre lesquelles pénètrent les filaments des cellules olfactives.

II. *Parois latérales du nez.* — 1° Ici encore, la portion inférieure et antérieure de la muqueuse est couverte d'un *épithélium pavimenteux*; 2° l'épithélium vibratile commence au-dessus d'une ligne qui, du bord libre des os du nez, s'étend sur le plancher des narines, à quelques lignes en arrière de l'épine nasale antérieure; l'extrémité antérieure du cornet inférieur, ainsi que la portion antérieure du méat inférieur, est encore pourvue d'épithélium pavimenteux; 3° la muqueuse du cornet supérieur n'était couverte qu'en partie d'épithélium vibratile; la portion non vibratile s'étendait de la paroi supérieure des narines à environ 4 lignes au-dessous, et différait essentiellement du reste par sa couleur, qui était la même que celle du *locus luteus*. A ce niveau seulement existaient les cellules olfactives décrites plus haut. (*Zeitschr. f. Wissensch. Zool.*, vol. VIII, 2e cah.)

Sur la résorption de la racine des dents dont la couronne est saine, par le docteur Moritz Heider.

Tout le monde sait qu'à l'époque où les dents de remplacement commencent à se développer, les racines des dents de lait, situées au-devant d'elles, sont résorbées progressivement et disparaissent

sans laisser aucune trace. Cette résorption est intimement liée au développement des dents de remplacement, et lorsque des vices de forme ou de siége éloignent plus ou moins ces dernières de leur position physiologique, on voit les dents de lait persister un temps souvent fort long et nécessiter l'intervention de l'homme de l'art. Il est certain, d'un autre côté, que les vaisseaux du follicule nouveau sont les agents de cette résorption. L'inspection attentive des surfaces de la racine ancienne montre que c'est toujours par la face tournée vers la dent nouvelle que la résorption a lieu ; souvent aussi il est évident que deux dents de remplacement ont contribué à cette résorption.

Le même phénomène peut se présenter à l'occasion d'une dent permanente, si derrière elle se développe une dent. L'auteur de cette note possède dans sa collection 6 dents de remplacement, dont les racines ont été résorbées de cette manière plus ou moins complétement. Sur les unes, la racine postérieure de la seconde molaire inférieure a été résorbée par suite du développement de la couronne de la dent de sagesse ; dans les autres, la racine de l'incisive latérale a été résorbée par suite du développement de la canine supérieure. Les surfaces de résorption, dans tous les cas, sont exactement les mêmes que sur les dents de lait ; les 6 dents mentionnées présentent les divers degrés de la résorption.

Ce qui s'observe ainsi à l'état anormal sur les dents de remplacement, nous donne la preuve que le phénomène de la résorption de la racine des dents de lait ne présente rien de spécial et dépend simplement de la pression exercée sur cette racine par la dent de remplacement, absolument comme nous voyons le tissu osseux disparaître graduellement sous l'influence d'une tumeur qui le comprime en se développant. (*OEsterreichische Zeitschrift*, n° 8.)

Recherches sur l'influence de la circulation sanguine sur les mouvements de l'iris, par KUESSMAUL.

Les expériences de Küssmaul ont été faites sur des lapins et des chiens ; elles ont montré que la congestion artérielle a une autre action que la congestion veineuse, la soustraction de sang artériel que les émissions sanguines veineuses. En arrêtant et en rétablissant alternativement le cours du sang dans les carotides, l'auteur a vu, dans le premier cas, le globe oculaire s'enfoncer dans l'orbite, l'ouverture palpébrale diminuer d'étendue, la pupille se rétrécir, l'œil tourner sur son axe, de manière que la pupille fût portée plus en dedans, la membrane clignotante avancer sur l'œil : les muqueuses de l'œil et l'iris devenaient plus pâles, mais non le fond de l'œil ; dans le second cas, les phénomènes inverses avaient lieu. Les mêmes recherches sur le tronc brachio-céphalique du lapin, l'artère sous-clavière gauche étant liée préalablement à son origine, ont montré que, pendant la compression de ce tronc, les muqueuses de l'œil, le grand cercle de l'iris et le fond de l'œil sont plus pâles ; immédiatement après que l'afflux sanguin vers la tête fut interrompu, le globe oculaire se retira notablement dans l'orbite, la fente palpébrale se rétrécit ou s'oblitéra complétement, et l'iris se contracta d'une manière extraordinaire ; quelque temps après (huit à vingt secondes dans quelques cas), les parties revinrent à leur premier état. Le cours du sang artériel étant rétabli, non-seulement les muqueuses se colorèrent de nouveau, mais elles devinrent plus rouges, le grand cercle de l'iris se remplit de nouveau de sang, le fond de l'œil prit une teinte rouge magnifique ; il y eut, dans tous les cas, saillie du globe oculaire, élargissement de la fente palpébrale et de la pupille. (*Würzb. Verhandl.*, t. VI, 1er cah.)

Du peenash ou vers dans le nez, par le docteur TARUCK CHANDER LAHORY.

Peenash est un mot qui vient, dit-on, du sanscrit et qui signifie simplement *maladie du nez*. Dans les provinces nord-ouest de l'Inde, on applique ce nom à une affection nasale, dont un caractère fréquent, mais non constant, est la présence de petits vers logés dans la lame criblée de l'ethmoïde et qui rongent les parties molles. Les os propres du nez, privés à la longue de leurs moyens d'attache et de soutien, s'affaissent et le nez devient camard. Les narines sont le siége de vives douleurs, d'un écoulement ichoreux et de fréquentes hémorrhagies. A un degré plus avancé, les os tombent et laissent une cavité hideuse, assez semblable à celle que produit la destruction syphilitique. Parfois les vers pratiquent, de dedans en dehors, un grand nombre de trous qui donnent à la partie l'aspect d'un rayon de miel.

L'auteur croit que cette maladie consiste primitivement en une ulcération chronique de la muqueuse nasale, propre aux gens débilités et aux scrofuleux, et déterminant la sécrétion d'humeurs purulentes dont la décomposition à l'air donne lieu à la génération des vers. Le traitement se compose d'injections térébenthinées ou avec l'infusion de feuilles de tabac, d'altérants et de toniques.

Les vers en question ont la queue *spirale*, il y a généralement onze spires paraissant unies les unes aux autres par des articulations simples qui permettent à l'animal de se mouvoir avec rapidité. Les yeux et la bouche peuvent être distingués à l'œil nu. (*The Indian Annals of Medical Sciences*, octobre 1855.)

Aliénation mentale avec chorée dans un cas de rhumatisme articulaire, par le docteur MESNET.

OBS. — Un jeune homme de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux, se livrant avec excès au coït, tourmenté depuis quatre mois par une perte d'argent et la crainte de l'autorité paternelle, fut pris, au commencement de février, d'un point de côté à gauche (début d'une pleurésie caractérisée) ; puis, quelques jours après, de douleurs vives dans les genoux et dans les lombes ; puis enfin d'un dérangement intellectuel consistant d'abord dans de l'hébétude, des réponses lentes, des phrases inachevées, de la difficulté à trouver les mots et, plus tard, dans un délire aigu, avec violences, hallucinations de la vue et de l'ouïe, conceptions délirantes, croyance à des soupçons, à des machinations. Il y avait depuis quinze jours des périodes alternatives de rémission et d'exacerbation, quand M. Mesnet vit le malade, à la fin du mois de février. A partir de ce moment, on voit, d'une part, le rhumatisme articulaire revêtir des caractères de plus en plus significatifs, passer de l'épaule au genou, du genou à l'articulation tibio-tarsienne, du pied à la main, et s'y manifester par de la rougeur et de la sensibilité à la pression ; d'autre part, les symptômes de rhumatisme s'apaiser dès que le délire prenait plus d'intensité, et reparaître plus aigus dès que le délire diminuait. De plus, le 6 mars, commencèrent à se montrer des mouvements choréiques, prononcés surtout dans le bras droit, et qui, eux aussi, diminuaient ou augmentaient à l'inverse des désordres intellectuels. Vers le 11, le délire aigu commence à faire place à un état d'hébétude analogue à celui du début ; en même temps les symptômes rhumatismaux vont en s'amoindrissant ; on constate le 21, un bruit de souffle systolique, mais ce bruit existait, sans doute, depuis quelque temps. Les mouvements choréiques deviennent moins forts, se limitent au côté droit. Enfin, dans les premiers jours d'avril, toute trace de rhumatisme, toute trace de chorée disparaissent ; l'intelligence revient plus lentement ; mais le 13 la raison est complète ; le malade a repris sa gaieté et son entrain.

La *médication quinique* a été employée avec succès contre le rhumatisme. (*Archives générales de médecine*, juin 1856.)

— L'influence du rhumatisme sur la production du *délire aigu* est bien connue, surtout depuis les travaux de MM. Bourdon, Vigla et Briquet. Valleix en cite aussi un exemple dans son GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN. Tantôt le rhumatisme détermine une méningite véritable, comme il détermine une pleurésie ou quelque autre phlegmasie : c'est la méningite rhumatismale. Tantôt il produit seulement cette forme de délire appelée *délire aigu*, qu'on voit apparaître dans plusieurs affections fébriles, notamment dans l'érysipèle, et qui ne s'accompagne pas d'altérations appréciables des méninges. Or, dans le cas dont il s'agit, il nous paraît, autant qu'à M. Mesnet, impossible de rapporter les accidents cérébraux, soit à une méningite, soit à un simple délire. C'est là une forme caractérisée d'aliénation. Le lecteur en sera plus convaincu encore, s'il veut bien se reporter à l'observation originale, qui est très détaillée, et dont nous n'avons fait que reproduire les traits essentiels. Le rhumatisme n'est pas moins évident, et il n'est pas jusqu'à la chorée qui ne contribue, pour sa part, à en démontrer l'existence, puisqu'il est aujourd'hui démontré, par un excellent travail de M. Germain Sée, qu'il existe une relation étroite entre la chorée et le rhumatisme.

Toute la question est donc de savoir s'il y a eu aussi rapport entre l'affection rhumatismale et l'aliénation : question importante au point de vue pratique, puisque le traitement de l'aliénation y est directement intéressé. A cet égard, il ne nous semble pas qu'on puisse conserver de doute. Le sujet n'était sous le coup d'aucune prédisposition héréditaire; on s'en est formellement assuré; de sorte que l'aliénation chez lui était tout accidentelle. En outre, la succession alternative, tant de fois répétée, des exacerbations rhumatismales et des exacerbations du délire est une circonstance d'une haute signification.

Si cette interprétation est juste, le cas observé par M. Mesnet est peut-être le seul de ce genre qui soit consigné dans les annales de la science.

Étiologie et nature du bouton de Biskara,
par M. A. Netter.

On sait les dissidences qui règnent sur l'étiologie du bouton d'*Alep*. L'opinion de Volney, qui attribuait la maladie à l'usage de l'eau de la *Coïk* est encore prédominante ; mais elle est combattue par le même ordre d'arguments qu'on oppose à ceux qui rapportent aussi le crétinisme à l'action de certaines eaux. On objecte que le bouton ne se montre pas dans des villages alimentés par la Coïk et marqués en rouge sur la carte de Guilhon (Beylan, Ansari, Bellarhamon), tandis qu'on le rencontre loin de cette rivière, dans le Sind, à Orfa, au Diarbékir, etc. Or une question du même genre est posée relativement à l'étiologie du bouton de *Biskara* (Algérie). La plupart des auteurs qui ont pu observer cette maladie sur les lieux attribuent la plus grande part d'action étiologique aux eaux du pays, sans contester néanmoins l'action des vicissitudes atmosphériques. La température de Biskara atteint en été le chiffre de 47 à 52 degrés à l'ombre et de 67 au soleil. La sécheresse est extrême. Les habitants boivent énormément d'une eau contenant une grande quantité de substances salines, qui diminue en hiver par suite des pluies. Le linge imprégné de sueur laisse voir, par la dessiccation, une poudre blanchâtre, cristalline, d'aspect salin. Or l'endémie commence à se manifester dans le quatrième trimestre de l'année, se maintient dans le premier trimestre de l'année suivante, se réduit à quelques cas dans le deuxième, et disparaît totalement dans le troisième. On voit par là que le trimestre où l'endémie cesse complétement est celui des plus grandes chaleurs (juillet, août et septembre). Si donc la température joue ici quelque rôle, ce ne peut être que comme prédisposition. Quant à l'influence de l'eau, il faudrait, pour qu'on pût se prononcer, avoir des données positives, d'une part, sur les variations de la quantité de sel tenue en dissolution, et, d'autre part, sur la distribution géographique de la maladie.

M. Netter explique de la manière suivante le fait du développement de l'endémie dans les derniers mois de l'année : « Les habitants de Biskara, dit-il, sont sous l'influence d'une diathèse spéciale, provenant de la nature de l'eau économique, chargée de certains principes; ceux-ci sont éliminés en été en grande partie par les sueurs, qui les déposent sur la peau et la chemise sous forme de poussière blanchâtre; plus tard, en octobre, sous l'influence d'une température plus douce et même *froide* pour le pays, pour me servir des expressions de M. Massip, la transpiration diminue d'une manière très notable, les pores de la peau se resserrent, et le principe étranger, au lieu d'arriver au dehors, *se dépose* dans l'épaisseur même du derme. »

Ce n'est qu'une théorie ; mais, étant admis le fait de l'absorption de substances nuisibles avec l'eau de la boisson, cette théorie n'a rien d'insoutenable. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 24 juillet 1856.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie médicale, ou Précis de médecine théorique et pratique, par L. Bayle. T. I^er^, in-8. Paris, 1856, chez Germer Baillière.

Manuel de pathologie et de chirurgie médicales, par Ambroise Tardieu. 1 vol. in-18 de 776 pages. Deuxième édition. Paris, chez Germer Baillière.

Dans l'impossibilité d'analyser des ouvrages qui sont déjà eux-mêmes des analyses, ou, pour parler plus exactement, des résumés, nous dirons au moins de quel esprit ils sont animés, suivant quelle méthode ils ont été coordonnés et jusqu'à quel point ils atteignent leur but.

Deux genres d'esprit se font jour dans les traités de pathologie : l'esprit nosologiste et l'esprit anatomique. A ce sujet, M. Tardieu, dont le livre entier respire l'organicisme, écrit dans son avant-propos : « La nosologie doit remplacer les systèmes, et toute une question de doctrine est désormais contenue dans le mode de classification qu'adopte l'auteur d'un traité de pathologie. C'est pourquoi nous avons dû rejeter, dans la distribution des maladies, l'ordre purement anatomique. » De son côté, M. Bayle, le vitaliste, qui déclare lui-même que son livre « est conçu et rédigé dans l'esprit du vitalisme hippocratique », M. Bayle a suivi aussi la méthode nosologique. Nous-même, enfin, regardons cette méthode comme la meilleure de toutes dans l'état actuel de la science. Comment se rencontre-t-on sur ce point après des points de départ si différents? Ceci demande une courte explication.

Si nous pouvions pénétrer dans la trame des tissus et assister à tous les changements moléculaires qui s'y succèdent, très certainement chaque trouble fonctionnel pourrait être rattaché à un trouble organique; mais l'organicisme n'entraîne pas de nécessité la classification anatomique, comme on le croit un peu légèrement. D'abord, il n'est personne qui ne reconnaisse que les lésions visibles de nos tissus et de nos humeurs ne suffisent pas à rendre compte de tous les symptômes morbides, et il faut bien que ce désaccord soit représenté dans une classification. En second lieu, les dérangements organiques, à supposer qu'ils fussent tous appréciables, n'en auraient pas moins des modes divers auxquels correspondraient des affections (*affectus*) également diverses, et qui engendreraient conséquemment des *espèces morbides* multiples; et comme le même mode pourrait se rencontrer dans des organes différents, aux pieds aussi bien qu'à la tête, une classification anatomique qui procéderait d'organe à organe, qui étudierait d'abord les maladies du cerveau, puis celles du poumon, puis celles du cœur, aurait encore les inconvénients qu'on lui reproche aujourd'hui, et qui sont de morceler les modes pathogéniques, de diviser les familles morbides, en disséminant, par exemple, les phlegmasies dans tous les compartiments du cadre, au lieu de les réunir toutes en une même classe. Enfin, une même lésion du composé organique, une altération donnée du sang, une disposition anormale donnée du cerveau, peuvent, sous l'influence de conditions accessoires d'âge, de tempérament, de conditions anatomiques, etc., donner lieu à des formes symptomatologiques différentes, qui appartiennent de droit à la nosologie pure. On voit par là comment, en fait de classification, on peut être nosologiste et se déclarer ennemi de la méthode anatomique, sans être infidèle à l'organicisme. Le vitalisme est plus à son aise encore, puisque les modes de réaction de l'organisme contre les causes morbides, sous l'empire de la force vitale, constituent pour lui les diverses expressions de la pathologie. Inutile d'insister sur ce point. La nosologie convient aux vitalistes et aux organiciens, parce que c'est une méthode neutre, parce que c'est un *pis-aller*.

On peut deviner, par ce qui précède, dans leur entier, les deux ouvrages ci-dessus annoncés. — Dans celui de M. Bayle, un exposé du vitalisme hippocratique ; des considérations très développées de pathologie générale, sur l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la séméiotique, la thérapeutique : le tout

formant près de la moitié du volume ; puis l'histoire des fièvres et celle des phlegmasies, imprégnées l'une et l'autre de vues hippocratiques, et commençant la série des vingt et une classes dans lesquelles l'auteur range toute la pathologie. — Dans l'ouvrage de M. Tardieu, quelques pages seulement de prolégomènes destinés à définir la maladie, à expliquer ce que sont l'étiologie, les phénomènes morbides, les lésions organiques, le diagnostic, le pronostic, le traitement ; puis la description des maladies, divisées seulement en dix classes. Chose remarquable, il n'y a pas de différence essentielle, malgré le nombre différent des classes, entre les éléments même des deux classifications. M. Tardieu range sous le titre de *maladies constitutionnelles* plusieurs affections que M. Bayle range dans des classes distinctes ; le premier rapproche, avec moins de raison, des *phlegmasies des membranes séreuses*, le rhumatisme, que M. Bayle sépare de toutes les autres espèces ; mais les espèces admises sont à peu de chose près les mêmes pour les deux auteurs. Quant à la manière dont la tâche a été remplie de part et d'autre, nous devons dire que les histoires pathologiques de M. Tardieu sont beaucoup plus complètes et plus avancées que celles de M. Bayle. Celui-ci rachète ce désavantage par des considérations sur la pathologie générale, qui, bien qu'*élémentaires*, conformément au titre de l'ouvrage, seront d'un grand profit pour l'élève et pour le praticien. A. DECHAMBRE.

VII.

VARIÉTÉS.

Au sujet des récriminations récentes de quelques organes de la presse médicale contre les expériences sur les animaux vivants, on lira avec intérêt ce passage de l'*Introduction* de Legallois à des EXPÉRIENCES SUR LE PRINCIPE DE LA VIE, publié en 1812.

« Je désirerais bien, avant de finir cet avant-propos, disculper un peu les physiologistes qui font des expériences sur les animaux vivants, des reproches de cruauté qu'on leur a si souvent adressés. Je ne prétends pas les justifier entièrement, je voudrais seulement faire entendre que la plupart de ceux qui leur font ces reproches pourraient bien eux-mêmes en mériter de semblables. Par exemple, est-ce qu'ils ne vont pas, ou qu'ils n'ont jamais été à la chasse ? Et comment le chasseur qui, pour son plaisir, mutile tant d'animaux, et souvent d'une manière si cruelle, serait-il plus humain que le physiologiste qui se voit forcé de les faire périr pour son instruction ? Que les droits que nous nous attribuons sur les animaux soient légitimes ou non, il est certain que peu de personnes se font scrupule de détruire par toutes sortes de moyens ceux qui leur causent quelque incommodité, fût-elle légère, et que nous ne nourrissons la plupart de ceux qui nous entourent que pour les immoler à nos besoins. J'ai peine à comprendre comment nous aurions tort de les tuer pour nous instruire, quand nous croyons avoir raison de les tuer pour nous en repaître, et surtout quand, par un raffinement de gourmandise, nous ne leur donnons la mort qu'après leur avoir fait subir des opérations douloureuses et des tourments de longue durée. »

Le lundi 3 novembre commenceront les cours et les examens de la Faculté de médecine de Paris ; mais la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu que le samedi 15. M. le professeur Natalis Guillot prononcera l'éloge de Requin.

Les registres d'inscription seront ouverts à partir du 3 novembre.

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu le mercredi 29 courant, à midi précis, dans une des salles de la Faculté.

— Une circulaire de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, invite les préfets à procéder, avant l'expiration de l'année, à la révision de la statistique médicale faite en 1853.

— On parle depuis assez longtemps de supprimer l'hôpital des Cliniques, qui fait face à l'École de médecine. Nous croyons savoir, en outre, qu'il est sérieusement question, si ce projet se réalise, de remplacer cet hôpital par l'Académie de médecine, au moyen de travaux d'appropriation qu'on dit faciles à exécuter.

— La *Société médicale de secours mutuels* de Forli a émis le vœu qu'il soit élevé sur la place de cette ville un monument à Morgagni. La GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES fait appel à tous les amis de la science ; mais la souscription n'est pas encore ouverte.

— Le docteur Ramsay, de la Géorgie (États-Unis), qui, par ses statistiques obstétricales, avait excité du trouble à une réunion de l'Association médicale américaine, en 1851, et qui avait ensuite fondé un journal intitulé le VÉSICATOIRE (*The Bister*), a été arrêté sous la prévention de faux certificat.

— A la Villa-Real de Santo-Antonio (Portugal), on a compté, en juin dernier, 46 cas de choléra, dont 23 décès, et en juillet 60 cholériques et 18 morts. Mais à la fin de juillet l'épidémie était en décroissance.

— M. Henri Schedel, le collaborateur de M. Cazenave dans la rédaction de l'*Abrégé pratique sur les maladies de la peau*, est mort récemment par suite d'une chute faite dans une ascension du mont Pilate (Suisse).

— Le rapport de la commission chargée du recensement de l'Irlande établit que, pour la période de 1841 à 1851, la dysentérie a été la principale forme épidémique et la plus meurtrière : elle a enlevé 93,232 personnes ; tandis que, dans la période de 1821 à 1841, la *dysentérie* et la *diarrhée* réunies n'avaient donné que 10,744 morts. Les décès par suite de fièvre ne s'étaient élevés, dans cette dernière période, qu'à 112,072, tandis que, de 1841 à 1851, le chiffre des décès rapportés à la même cause est de 222,029.

— Par décision de M. le sénateur chargé de l'administration du département du Rhône, l'*Association médicale de prévoyance* de ce département est classée, sous le n° 126, parmi les sociétés de secours mutuels.

— Le n° 11 du COURRIER DES ÉTATS-UNIS, journal de New-York, écrit en français, contient un spirituel article sur les deux grandes préoccupations actuelles de la population, aussi effrayée de la fièvre jaune que ravie de l'ouverture de l'opéra. Il paraît que l'existence de la fièvre jaune à New-York était encore douteuse à la date du 13 septembre.

— M. le docteur Thore père, l'un des plus habiles et des plus honorables praticiens des environs de Paris, vient de succomber à une attaque d'apoplexie. Depuis plus de cinquante ans M. Thore exerçait la médecine à Sceaux, où il laisse un fils dont nos lecteurs ont souvent pu apprécier le mérite par les intéressantes observations qu'il a publiées dans la *Gazette*.

— M. le docteur Barraud, ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur à l'École de médecine de Lyon, vient de mourir dans cette ville à l'âge de quarante-cinq ans.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Paris ; il est intitulé *Revue étrangère médico-chirurgicale*, et est spécialement destiné, ainsi que son titre l'indique, à donner la traduction des travaux publiés dans la presse médicale étrangère.

— Le choléra continue à régner en Espagne, mais il n'a nullement pris un caractère alarmant ; il est presque nul à Madrid.

Nous avons reçu de notre vénéré et savant confrère de Troyes, M. Bédor, une lettre sur le *mariage des hystériques*, dont nous-même avons fait récemment l'objet de quelques considérations. Nous publierons cette lettre dans notre prochain numéro.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — N° 40. Sur la trachéotomie dans le croup, par le professeur *Roser*. — Indications sur le climat de l'Égypte et ses rapports avec les tubercules, par *A. Reyer*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N°s 38 et 39. Ramollissement de la cornée, par *Hirschler*.

Dublin Medical Press. — N° 917. Traitement de la scarlatine, par *Tweedy*. — — Cas de plaies d'armes à feu, par *Johnston*.

Dublin Quarterly Journal. — Août. Sur la phlébite consécutive à l'accouchement, par *M'Clintock*. — Abcès des os, par *Homilton*. — Maladies des reins, par *Kennedy*. — Clinique (extraits des manuscrits d'*Abraham Colles*). — Des symptômes dangereux dans la fièvre, et sur la revaccination, par *Cummins*. — De quelques affections de la cornée, par *Browne*.— Difformités des enfants, suite d'adhérences avec le placenta, par *Montgomery*. — Sur la péricardite, par *Law*. — Difformités, suites de brûlures, par *Rynd*. — Sur la pneumonie, par *Gordon*.

Edinburgh Medical and Surgical Journal. — Août. *Prolapsus ani*, par *Syme*. — Enseignement et exercice de la médecine aux États-Unis, par *C. Stewart*. — Clinique médicale, par *Coirdner*. — Cas de grossesse extra-utérine, par *D. Johnston*. — Cas d'anévrysme de l'aorte ; résorption du sternum et d'une portion des côtes, par *Myrtle*.—Anévrysme poplité ; rupture six semaines avant la mort, par *le même*. — Cancer multiple, par *Laycock*. — Empoisonnement d'un enfant de quatre jours par *deux* gouttes de laudanum, par *T.-A.-G. Balfour*. — Cas de bronchocèle congénital, par *Crichton*. — Septembre. Chirurgie en Crimée, par *Macleod*. — Sur la glycérine, par *Lauder Lindsay* — Contribution à la pathologie du cerveau, aux fièvres, par *R. Boyd*. — Cas remarquable d'hydrocèle, par *J. Lister*. — Jumeaux adhérents et vivants, par *B. Balfour*. — Plaies d'armes à feu et d'instruments tranchants, par *Mackay*.—Plaie d'arme à feu ; culasse d'un fusil logée dans la mâchoire supérieure, par *Fraser*. — Fistule intestinale ; mort, par *M. Bell*.

Medical Times and Gazette. — N° 316. Empoisonnement par le chlorure de zinc, par *F.-C. Webb*.—Considérations toxicologiques sur le procès Palmer, par *T. Nunneley*.—317. Trachéotomie pratiquée avec succès après la cessation du pouls et de la respiration, par *C. Bader*. — 318. Traitement de l'écoulement uréthral et de la spermatorrhée par la potasse caustique, par *J. Lizars*. — Sur les morts à la section des aliénés de l'hôpital de Haslar, par *Wilson*. — Accouchement compliqué d'hydropisie de l'amnios, par *Cramshaw*.— Mortalité de la métropole, par *Fox*. — 319 Remarques climatologiques, par *Moore*. — 320. Suicide par la strychnine, par *R. Adams*. — Plaies d'armes à feu ; extraction de la balle logée dans la cavité crânienne ; guérison, par *J. Long*. — Mortalité de la métropole, par *Fox*. — 321. Maladies des organes respiratoires dans l'Inde, par *A. Cordon*.— Fissure du palais, par *Field* — 322. Observations de vertige et d'épilepsie, par *W. Ogle*. — Sur le procédé de M. Wutzer, pour la cure radicale de la hernie inguinale, par *J. Stretton*. — 323. Statistique des fièvres de l'Inde, par *Gordon*. — Cas d'hydrophobie, par *Teale*. — Cas de périostite idiopathique, par *J. Long*.— 324. Cicatrisation et occlusion de l'orifice et destruction partielle du col de l'utérus par l'usage des caustiques, par *Rigby*. — Esquisses ophthalmoscopiques, par *P. Frank*.

The Lancet. — N° 3. Contribution à l'anatomie chirurgicale, par *Knox*. — Chirurgie de Crimée, par *Burgess*. — Ganglions et nerfs de l'utérus et du cœur, par *Snow Beck*. — Genre de la mort par l'action de la strychnine, par *J. Baydon*. — Quelques cas de hernie, par *Tyrrell*. — Grossesse compliquée de tumeur pelvienne, par *Mitchell*. — Influence des professions sur la mortalité, par *Snow*.— Sur l'affection tuberculeuse, par *Miller*. — Empoisonnement par l'aconit et l'ellébore noir, par *Massey*. — Cas d'obstruction intestinale, par *Hastings*. — Syncope sénile, par *Beales*. — Clinique. — 5. Règles sur les secours aux noyés, par *Marshall Hall*.— Gonglions et nerfs de l'utérus et du cœur, par *Snow Beck*. — Procédé d'opération du strabisme, par *Holthouse*. — Sur l'affection tuberculeuse, par *Miller*. — Tumeur fibroïde du coccyx, opération, guérison, par *Richardson*. — Clinique. — 6. Noyé traité avec succès par une nouvelle méthode d'insufflation, par *Hadden*. — Syphilis secondaire ; nouvelle préparation d'iode, par *Christophers*. — Traitement du renversement de l'extrémité du gros orteil, par *Broke Callway*. — Clinique.— 7. Importance de l'uniformité dans la bonne construction des instruments pour les recherches météorologiques, par *J. Hogg*. — Ligature de l'iliaque externe, par *P. Brookes*.— Instrument pour insuffler les poumons des enfants asphyxiés, par *Wilson*. — Action des tubercules sur certaines membranes muqueuses, par *Martin Duncan*. — Cas de hernie scrotale étranglée, par *Furness*. — 8. Sur la spermatorrhée, par *Wilson*.— Sur l'hydrophobie, par *Ratcliffe*.—Sur l'uréthroplastie, par *H. Thompson*. — Traitement de la dysentérie chronique, par *Ellis*. — Luxation de radius en arrière, par *Oliver*. — 9. Harmonies organiques, par *Knox*. — Hydropisie ovarienne ; injection iodée, par *Edwards*. — Empoisonnement par les sulfates de cuivre et de fer, par *Cockburn*. — Abcès diffus au voisinage du genou, par *Marston*. — Corps étranger dans l'œil, par *J. Martin*. — Rupture de l'artère méningée, par *Walson*. — Traitement du renversement du gros orteil, par *Lovegrove*. — 10. Harmonies organiques, par *Knox*. — Sur l'hydrophobie, par *Ratcliffe*. — Hystérie simulant une maladie du cœur, par *Burrowes*. — Fracture de la base du crâne, par *Fussel*. — Trachée séparée du larynx par un coup de pied de cheval, par *R. Robertson*. — Observation de maladies de l'humérus, par *Webb Richmond*.— Nouveau procédé d'opération de la fistule anale, par *Ancell Ball*. — Grosse concrétion du rectum, par *J. Jones*. — 14. Harmonies, etc. — Spermatorrhée, par *Wilson*. — Empoisonnement par la strychnine, par *Jones*. — Hydropisie congénitale, par *Thomas*. — Absence de la vésicule du fiel, par *Harle*.

Charleston Medical Journal and Review. — 1856. Juin. Distributions naturelles du règne animal, par *L. Burke*. — Observations de maladies utérines, par *Cleckley*. — Cas de fongus hématode, par *J. Douglas*. — Clinique médicale, par *Cornell*. — Obstruction intestinale par la semence de melon d'eau, par *Bailey*. — Scarlatine et son traitement, par *Douglass*.

New Orleans Medical and Surgical Journal. — 1856. Juillet. Topographie, climat et maladies de Washington (Texas), par *Heord*. — Fièvre jaune à Pass Christian (Mississipi), par *Calvert*. — Traitement de la fièvre typhoïde, par *R. Smith*.— L'art de guérir opposé au couteau, par *Freese*. — Jumeaux, dont un monstre, par *Cammage*. — Abcès du foie, par *B. Dowler*. — Iodure de quinine contre la fièvre intermittente, par *Morton Dowler*.

The American Journal of the Medical Sciences.— Avril. Épidémies de fièvre jaune à Norfolk et Portsmouth (Virginie), en 1855, par *J.-D. Bryant*. — De quelques maladies auxquelles sont sujets les émigrants en Californie, par *W.-P. Buel*. — Décomposition de l'iodure d'amidon par les liquides animaux, par *J.-C. Dalton*. — Contributions à l'urologie, par *Hammond*. —Remarques sur les maladies de la rate, par *C. Tebault*.—Physiologie du sommeil, par *H. Byford*. — Causes de la fièvr par *Casselberry* — Anévrysmes diffus de l'artère fémorale, s ite de blessure : ligature de l'iliaque externe ; guérison, par *Agard*. — Cas de blessure de l'artère occipitale et de la veine jugulaire : ligature de la carotide, par *Packard*.— Ovariotomie pratiquée avec succès, par *E.-P. Bennett*. — Déchirure centrale du périnée ; passage de l'enfant à travers cette déchirure, par *J.-F. Lamb*.

The Indian Annals of Medical Sciences.— Avril 1856. Sur la quinine et les antipériodiques, par *J. Macpherson*. — Barberry et ses préparations, par *Stiven*. — Propriétés fébrifuges du barberry, par *C.-R. Francis*. — Statistique sur quelques maladies des Indes, par *E.-J. Waring*.— Sur les eunuques, par *Ebden*. — Influence morbide des végétaux gâtés, par *Bettington*. — Sur l'école de médecine d'Hydrabad, par *C. Smith*. — Diarrhée dysentérique avec dégénérescence graisseuse du foie, par *G. Mackay*.— Maladie produite par le *Dracunculus* à Mairwara, par *M. Creenhow*.—*Drocunculus* et traitement employé par les naturels, par *A. Minas* — Fièvres régnantes à Bellary et à Mysore, par *F. Day*. — Rapport médical sur les fusiliers de Madras, par *Garrison* et *Atkinson*.— Statistique médicale des régiments européens dans l'Inde, par *W. Eyre*.

Livres nouveaux.

Du tétanos, par le docteur *Jules Gimelle :* broch. in-8 de 144 pages, 1856. Paris Hennuyer (à Batignolles).

Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie, par M. le professeur *Bouchardat*, 3e édition, considérablement augmentée. 2 vol. grand in-18 de 1476 p. Paris, G. Baillière. 14 fr.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par M. le docteur *Ambroise Tardieu*, 2e édit., corrigée et augmentée. 1 vol. grand in-18 de 792 p. Paris, G. Baillière. 7 fr.

Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, par MM. *H. Bouley* et *Reynal*. Tome II. Un volume in-8 de 748 pages Paris, Lobé. 7 fr. 50

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, et de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un Précis sur les eaux minérales, d'un Mémoire thérapeutique, de Notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. le professeur *Bouchardat*. 8e édition, augmentée. 1 vol. in-18 de 548 p. Paris, G. Baillière. 3 fr. 50

Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus, par le docteur *A. Netter ;* mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 1er septembre 1856. In-8 de 32 p. Strasbourg, Berger-Levrault.

Traité élémentaire de physiologie humaine, contenant les principales notions de la physiologie comparée, par le docteur *J. Béclard*. 2e édit. considérablement augmentée. Un vol. in-8 de 1130 p., avec 203 fig. Paris, Labé. 12 fr.

Traité des maladies du testicule, par le docteur *Curling*, traduit de l'anglais sur la 2e édition, avec des additions et des notes, par M. le docteur *L. Gosselin*. Un vol. in-8 de 640 p., avec 45 fig. Paris, Labé. 8 fr.

Traité de pathologie générale, par le docteur *Ed. Monneret ;* 2 vol. in-8 de XXXII—638 et de 688 p. Paris, Béchet jeune. 15 fr.

A Treatise on Therapeutics and Pharmacology of Materia Medica (Traité de thérapeutique et de pharmacologie), par *C.-B. Wood*. 2 volumes in-8, Philadelphie. 58 fr. 50

Clinical Lectures on Paralysis, certain Diseases of the Brain, and other Affections of the Nervous System (Leçons cliniques sur la paralysie, sur certaines maladies du cerveau et autres affections du système nerveux), par *R. B. Todd*, 2e édit., 12, Londres, Churchill. 8 fr. 50

Diseases of the Nervous System (Maladies du système nerveux), par *A.-E. Small*, et Treatise on the Diseases of the Skin (Traité des maladies de la peau), par *C.-E. Toothaker*. In-8, Philadelphie. 7 fr.

Human Physiology, Statical, und Dynamical, or the Conditions and Course of the Life of Man (Physiologie de l'homme, statique et dynamique, ou les conditions et le cours de la vie de l'homme), par *J.-W. Draper*. In-8, New-York. 35 fr.

On Some Points in the Anatomy of the Liver of Man and Vertebrate Animals (Sur quelques points de l'anatomie du foie chez l'homme et les animaux vertébrés), par *L.-J. Beale*. In-8, Londres, Churchill. 9 fr.

Beitræge zur rationellen Therapie nebst Beleuchtung der Prager und Wiener Schule (Contributions à la thérapeutique rationnelle avec une critique de l'école de Prague et de Vienne), par *Th. Wittmaack*. In-8, Berlin, Hirschwald. 6 fr. 25

Die Einflüsse der Vaguslæhmung (l'Influence de la paralysie du nerf vague), par *G. Volentin*. In-8, Francfort, Meidinger et Comp. 6 fr.

Erster Versuch einer allgemeinen und vergleichenden Thier-Chemie (Premier essai d'une chimie animale, générale et comparative), par *J.-C. Schlossberger*, 1er vol. La chimie des tissus du règne animal. In-8, Leipzig, Winter. 17 fr. 50

Klinik der Knochen und Gelenkrankheiten (Clinique des maladies des os et des articulations). 1re partie, Lehrbuch der Fracturen, Luxationen und Bandagen, par *Ravoth*. In-8, Berlin, Hirschwald. 17 fr. 50

Lehrbuch der Augenheilkunde (Traité des maladies des yeux), par *J. Pitz*. 1re et 2e Liv. In-8, Prague, André. 4 fr.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde (Traité des maladies de l'oreille), par *W. Rau*. In-8, Berlin, Peters. 8 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis.

PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

Prix : 24 francs par an

TOME III. PARIS, 31 OCTOBRE 1856. N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial en date du 16 octobre 1856, il est créé dans la ville de Moulins une École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, aux clauses, charges et conditions souscrites par le conseil municipal dans sa délibération du 17 mai 1856.

Ladite école sera organisée dès que les bâtiments qui lui sont affectés auront reçu les appropriations convenables et qu'il aura été reconnu, après vérifications contradictoires, que l'établissement est pourvu des collections et du mobilier nécessaires à l'enseignement des sciences appliquées, conformément au règlement du 26 décembre 1854.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 25 octobre 1856, il est créé un emploi de directeur des autopsies près la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté en date du 25 octobre 1856, M. Ouvrard, professeur de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est mis en disponibilité.

Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers :

Professeur titulaire de pathologie externe, M. Daviers, professeur de chimie et de pharmacie à la même école ;

Professeur adjoint de pharmacie et toxicologie, M. Farge, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques à la même école ;

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Dumont, docteur en médecine ;

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, M. Guichard, docteur en médecine ;

Pour les chaires de sciences accessoires, M. Drouet, pharmacien de première classe.

M. Guichard, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 30 octobre 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Parmi les questions en instance auprès du tribunal académique, un bien petit nombre auraient pu invoquer des droits plus sérieux à l'obtention d'un tour de faveur que le traitement des kystes de l'ovaire. Le début obscur de cette maladie, sa marche lente, la profondeur de son siége, le peu de réaction qu'elle développe, tout, jusqu'à cette place incertaine qu'elle occupe dans le domaine de la thérapeutique entre les prétentions de la médecine et celles de l'art opératoire, tout a contribué à livrer son traitement aux doutes, aux hésitations, à une mollesse malheureusement moins blâmée que blâmable, ou à des témérités cent fois pires encore.

En cet état, le premier appel devait être entendu. Il l'a été; et l'opportunité, du moins, ne manquera pas à ces débats solennels. Mais, à notre avis, et s'il faut s'en rapporter au résultat des premières journées, ce sera là une épreuve préparatoire bien plus propre à montrer les lacunes de l'art que ses ressources. Et M. Cazeaux, l'un des orateurs cependant qui ont touché de plus près et avec le plus de décision au problème pratique, aura surtout bien mérité de la science en signalant le pressant besoin d'une statistique complète, qui, malgré l'exhibition fort respectable de quelques souvenirs cliniques sans date ni détails, est encore à présenter (1).

Peu de sujets, en effet, — il faut le dire à l'excuse des orateurs qui se sont hasardés à donner le bon exemple, — peu de sujets imposent à qui voudrait le traiter à fond un ensemble plus difficile à réaliser de connaissances diverses. Les kystes ovariques, — la plus bénigne peut-être des maladies incurables — frappent tout d'abord le clinicien par ce double caractère d'une innocuité assez généralement admise, et aussi d'une ténacité non moins justement reconnue. Avant de porter la main armée sur une tumeur de ce genre, tout praticien est donc préalablement tenu de peser les chances, soit bonnes, soit mauvaises, qui résultent de la temporisation, puis, tout à côté, celles qu'engendre l'intervention chirurgicale. C'est dans ces trois termes philosophiquement confrontés, c'est dans cette étude comparative de l'issue naturelle avec le sort créé par l'art, qu'est la seule solution accep-

(1) Nous produirons à cet égard quelques documents dans notre prochain numéro.

table, ainsi que l'a très sagement rappelé M. Verneuil. (Voy. le dernier numéro, p. 748.)

La discussion académique, il faut l'espérer, éclairera successivement ces divers points; mais il serait aisé de démontrer que, jusqu'à présent, elle les a plutôt mis en saillie qu'en lumière. Ainsi, quant aux conséquences des kystes traités par la simple paracentèse, M. Velpeau opine que, « dans beaucoup de circonstances, cette opération suffit pour permettre aux femmes de parcourir le temps de la vie moyenne. » Et je n'ai eu cependant qu'à jeter les yeux sur les observations de Schreiber (*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, 1846) pour apprendre que de 4 femmes atteintes de ces kystes, 2 sont mortes deux ans et 1 quinze mois après le début de la maladie. Il est assez difficile de croire au hasard qui aurait fixé un terme si rapproché à la durée de leur existence naturelle.

L'honorable professeur prouve lui-même, par un exemple frappant, le danger de l'affection livrée à elle-même: « Une femme, raconte-t-il, que j'étais sur le point d'opérer par l'injection iodée, mourut au moment où l'on allait la transporter à l'amphithéâtre. » Et il insiste, avec beaucoup de sens, sur l'erreur qu'on aurait pu commettre au détriment de ce mode de médication, auquel on aurait certainement attribué l'événement fatal si celui ci avait seulement tardé de quelques heures. Ceci est fort juste. Mais nous prenons le fait, nous, à un point de vue différent; et, rapprochant l'effet de sa cause, nous ne croyons pas nous aventurer inconsidérément dans le domaine de la déduction, en disant : Si cette femme est morte, c'est qu'elle était malade; si elle était malade, son kyste n'y était probablement pas étranger. Il est impossible, en effet, de se figurer une exhalation séreuse ou purulente continuelle, une compression incessante et progressive des viscères essentiels à la vie, l'immobilité substituée à l'action, l'impression morale suite d'un mal que tout vous démontre incurable, sans s'attendre à des conséquences pathologiques dont la gravité ne saurait être niée. M. Cazeaux a tracé le tableau le plus vrai et le plus significatif de cet état, qui n'est pas, si vous le voulez, une maladie déterminée, mais qui certes ne saurait être appelé non plus du nom de santé.

Qu'importe que nombre de femmes, comme l'a dit M. Moreau, puissent prolonger leur existence jusqu'à vingt ou trente ans, au moyen de ponctions palliatives répétées à peu près chaque année? Est-ce vivre que de traîner une langueur inactive et découragée, semée de dégoût et d'angoisse, d'une *vacuation* passagère à une réplétion dont l'époque devient chaque fois de plus en plus rapprochée, sans autre espoir que l'exemple contestable de ces terminaisons spontanées dont M. Trousseau a résumé en ces termes l'effet définitif : « Presque toujours les kystes se sont reproduits, ou bien la péritonite qui a suivi leur rupture a enlevé les malades. » Certes, si quelques pauvres créatures, sans ressort moral ou abruties par l'indigence, acceptent volontiers un pareil sort, avec les compensations qu'y apporte la charité publique, pour la plupart des femmes, au contraire, souffrir un pareil sort, c'est mourir avant l'heure. Qu'on veuille bien y songer, la vie n'est pas exclusivement dans l'exercice tel quel des fonctions assimilatrices; ce n'est pas cette vie-là seulement que le médecin a charge de prolonger et de défendre. Misérable contrefaçon de l'existence réelle, ce n'est pourtant que celle-là qu'il sauve, quand il repousse, en vue de n'y porter aucune atteinte, les chances de résurrection véritable que l'intervention chirurgicale offrirait à ses clientes.

Un autre motif, un motif puissant, concourt encore à armer le chirurgien. C'est l'inutilité patente des *médicaments* proprement dits. Cette vérité, proclamée sans aucune opposition par M. Trousseau, en pleine Académie, n'est pas assez répandue. Par timidité, ignorance, incurie, on s'exagère et le danger de l'opération et le pouvoir des drogues. Que de chirurgiens, et des plus haut placés, s'abaissent, sur ce point, à feuilleter le formulaire, au lieu d'ouvrir la trousse! Telle était, entre autres, la pratique constante de Dupuytren. Les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, la compression, étaient, dans son service, dispensées avec une prodigalité digne d'un meilleur emploi. On entremêlait le tout de ponctions qui avaient, disait le professeur, l'avantage d'activer l'effet résolutif des remèdes. Aussi la paracentèse était-elle faite dans ce but, à des termes de moins en moins éloignés, mais, en réalité, parce que le ventre se remplissait avec une rapidité croissante. On se rappelle l'art magique que le grand homme, trompé peut-être lui-même, mettait à persuader ses malades de la réalité d'une amélioration. Je vois encore une femme, qui passa quinze mois au nº 9 de la salle Saint-Jean, en traitement d'un kyste ovarique. Le résultat de chaque ponction démontrait, disait-on, un pas évident vers la cure. De pas en pas, elle succomba néanmoins, en voie de guérison (dit la relation officielle), mais véritablement aux seuls progrès du mal (1).

On peut pressentir, — et nous ne les cachons point, — nos tendances vers une thérapeutique dont les moyens soient plus en rapport avec le but qu'elle se propose. Est-ce à dire pour cela que nous voulions faire disparaître dans tous les cas, coûte que coûte, les affections de ce genre, quels que soient leur espèce, leur degré de gravité intrinsèque et la somme d'incommodités qui en résulte actuellement? Non, sans doute; comme toute indication, plus que toute autre, peut-être, celle-ci a ses règles, ses écueils, ses incertitudes; car les deux termes en présence ne sont presque jamais identiques, puisqu'il s'agit d'une maladie à forme essentiellement variable et d'une intervention opératoire que les méthodes et les procédés ne se disputent pas en moins grand nombre.

Or, c'est justement cette balance des effets de la maladie avec ceux de l'art, ce travail d'appropriation du remède au mal, que nous voudrions voir sérieusement entreprendre par l'Académie; il offre assez d'utilité, il promet assez de labeur pour tenter des esprits actifs. Mais nous devons en avertir la Compagnie, elle serait au-dessous de sa mission, elle tromperait l'attente publique, si chaque séance devait être remplie de discours médités d'avance, sans que l'auditeur pût saisir dans tant d'honorables efforts ni lien ni but commun. Ce n'est pas d'une exhibition, quelque brillante qu'on la suppose, de professions de foi isolées, que se compose une discussion. Ce n'est pas ainsi que l'Académie a marqué son rang dans les débats instructifs par lesquels elle a réellement commencé de vivre, il y a tantôt vingt ans. Il faut qu'un orateur réponde à l'autre, qu'une opinion quelconque consente à tenir compte des opinions émises avant elle; car une solution n'est possible que si la majorité s'est dessinée; et l'on ne saurait deviner où elle se trouve, si chaque membre semblait prendre à tâche de n'exprimer ni réfutation ni adhésion. Nous espérons que, satisfaction étant maintenant donnée à l'exposé (tou-

(1) Une histoire analogue et non moins curieuse est celle des tumeurs blanches du service de Lisfranc. On notait si fréquemment sur les feuilles d'observation une diminution de quelques centimètres dans le volume du genou que, au bout d'un certain temps, toutes ces diminutions additionnées, le malade ne devait plus avoir de genou du tout. C'est, du reste, ce qui lui arrivait souvent un peu plus tard dans quelque autre service, où il allait se faire couper la cuisse. A. D.

jours fort précieux à entendre) de leur expérience personnelle, nos honorables confrères commenceront enfin à croiser ce fer pacifique dont nous attendons le choc pour nous éclairer.

Tant de questions — capitales ou secondaires — poussent, arrêtent ou dirigent en sens divers la main qui veut ici prendre un parti, que nous aurions à peine la place nécessaire pour les énumérer seulement. On est assez d'accord que certains kystes doivent être respectés. Pour les uns, c'est leur bénignité même qui les protége, et M. Gimelle en a rapporté mardi de nouveaux et remarquables exemples. Mais M. Trousseau, qui a surtout insisté sur le caractère bénin de certains kystes, conviendra lui-même qu'on n'avancerait guère la solution pratique en mettant en ligne de compte, dans cette classe, ceux dont la présence n'a été reconnue qu'à l'autopsie, ou en concluant des kystes bénins à ceux qui ne le sont pas. Il en est d'autres qui échappent à l'action chirurgicale par leur composition solide. Si des tumeurs consistantes, des tissus hétérogènes sont constatés ou même soupçonnés dans la masse morbide, on juge prudent de s'abstenir. Jusqu'à présent il n'y a eu qu'une voix pour condamner les tentatives d'extirpation faites en Amérique et en Angleterre ; M. Piorry y est encore revenu dans la dernière séance. Nous demanderions cependant à connaître, à peser, les motifs qui ont dicté ce jugement sommaire. Ces opérations ont eu trop d'éclat pour qu'on puisse d'un mot jeter le blâme sur les hommes éminents qui leur ont dû de beaux succès. Quand on voit les docteurs Astlee et Peaslee (*American Journal of the Medical Science*, janvier 1844 et juillet 1851), réussir, chacun dans un cas d'ablation simultanée des deux ovaires malades, on doit, ce nous semble, se sentir moins disposé à refuser, pour certaines circonstances, à côté du trocart, une petite place au bistouri.

Pour la ponction — simple ou curative — il y a avant tout une période d'opportunité. Mais elle peut n'être pas la même dans les deux cas. M. Trousseau veut qu'on évacue le kyste de bonne heure, toutes les fois qu'on peut prévoir, par ses progrès, un accroissement considérable. Il y a là quelques réserves à faire. D'abord, il n'est question ici que de la ponction palliative. La ponction avec injection n'est point en cause, car M. Trousseau — qui la juge cependant — avoue n'avoir jamais osé l'employer lui-même. Par conséquent, on ne ponctionne que pour soulager la malade. Or, une tumeur, au point de développement indiqué, incommode-t-elle beaucoup? Non, car ce volume d'*une tête d'enfant*, qui suffit à M. Trousseau pour juger la ponction nécessaire, est justement le degré de réduction qui paraît au contraire, à M. Cazeaux, constituer, après l'opération de kystes très volumineux, un état qu'*on peut*, dit-il, *considérer comme une guérison*.

D'ailleurs, ce n'est pas toujours impunément qu'un médecin, incapable d'emprunter à l'éminent professeur son habileté aussi aisément que ses préceptes, exécuterait la ponction hâtive que recommande M. Trousseau. M. Jobert a cité deux cas de mort, dont un observé par Delpech, à la suite de ponction dans un kyste mobile et flottant, comme ils le sont assez souvent à cette première période. Il faudrait au moins, dane ces cas, recourir aux sages précautions qu'a rappelées M. Piorry et qui sont d'assurer, autant que possible, la complète évacuation de la poche au moyen d'une sonde en gomme élastique faisant office de siphon. Encore ne parviendrait-on pas toujours, par ce moyen, à empêcher certains liquides visqueux et épais de demeurer au fond de la poche et de se répandre après coup dans le péritoine.

Enfin, c'est un fait admis de tous que l'impulsion rapide donnée par chaque ponction à l'activité de la sécrétion séreuse. L'évacuation prématurée du liquide peut donc, très souvent, rendre l'exhalation plus active, précipiter par conséquent le terme fatal de tel kyste qui, abandonné à lui-même, ne se serait rempli que lentement et aurait permis une longue existence.

Ne toucher à ces tumeurs que pour les guérir, telle serait notre devise, s'il pouvait y avoir de formule absolue en pareille matière. La ponction simple peut-elle être comptée parmi les moyens curatifs ? Non, car les exceptions, s'il y en a, ne doivent pas régler la pratique. La ponction avec une canule à demeure, c'est la suppuration du kyste, qui pourrait bien être retardée par des injections répétées d'eau tiède, mais qui finirait toujours par s'établir. La seule méthode qui, bien maniée, offre le double avantage de l'innocuité et de l'effet curatif, c'est celle des injections iodées ; et la contestation, en ce qui les concerne, ne peut porter, selon nous, que sur la question de savoir s'il convient ou non de les associer, comme le fait M. Barth, à l'évacuation permanente et continue du liquide. Il faut espérer que cette question sera moins négligée qu'elle l'a été jusqu'ici. Mais la méthode des injections iodées, il faut le dire, n'est pas suffisamment connue de la plupart de ceux qui prétendent à l'honneur de s'en constituer les juges. A part MM. Jobert, Cazeaux et Gimelle, s'il est permis d'apprécier la compétence du tribunal par la valeur des considérants auxquels il paraît vouloir s'en tenir, nous doutons que la cause soit suffisamment instruite. Car la plupart des objections dirigées contre l'injection iodée se trouvent déjà détruites, les *desiderata* exprimés à l'occasion de sa prétendue insuffisance étant remplis dans le livre de M. Boinet. On peut en prendre une idée par l'argumentation de M. Malgaigne, argumentation suivie d'une conclusion défavorable à la méthode. « On a rapporté, dit-il, un assez grand nombre de succès obtenus par ce moyen, mais j'aurais voulu que ces guérisons eussent été vérifiées par une commission de l'Académie. » L'occasion présente ne saurait être plus belle pour accéder à ce vœu, et nous sommes sûr que M. Boinet qui a rapporté 10 cas de guérison (dont 7 datent de six, neuf, quatorze, quinze, dix-huit mois, deux ans et six ans), ira avec empressement au-devant des désirs de son collègue.

« J'ai vu, continue M. Malgaigne, quelques-unes de ces opérations suivies d'un petit retrait de la tumeur ; mais *je crois* que ce mouvement ne tarde pas à s'arrêter, et le volume du kyste devient stationnaire. »

Mais le retrait du kyste n'est point nécessaire pour qu'il guérisse. Ce n'est pas uniquement par rétraction et adhésion de leurs parois que les kystes ou cavités séreuses peuvent guérir après l'injection iodée. M. Boinet a encore eu le mérite de démontrer que l'action curative consiste essentiellement dans la production d'un changement physiologique, grâce auquel la membrane cesse sa sécrétion pervertie. La conservation des mouvements articulaires, le jeu des intestins resté intact après la cure, par l'iode, d'une hydarthrose ou d'une ascite, prouvent qu'il en est réellement ainsi.

« Du pus peut être retenu dans la cavité de la poche ainsi rétractée, ce qui réclame une nouvelle ponction et de nouvelles injections. »

Eh bien! il y a ici à prendre un parti auquel M. Malgaigne ne peut pas n'avoir point songé ; si de nouvelles injections sont nécessaires, tout simplement il faudra les faire!

« On peut avoir affaire à un kyste multiloculaire, ou en-

core à un kyste renfermant des masses de matière hétéromorphe. »

Ici il y aurait, en effet, impuissance de la méthode. Mais l'essayer n'aurait en rien aggravé l'état du malade, puisque la ponction simple (après laquelle on reconnaîtrait à coup sûr l'inutilité de faire l'injection) est justement le remède auquel vous donnerez la préférence, que vous auriez donc employé vous-même.

Nous aurons probablement occasion de revenir sur ces divers points; c'est avec un vif intérêt que nous accueillerons les données nouvelles qui seront certainement fournies par la discussion, sur l'une des maladies les plus fréquentes, les plus incommodes et les plus dignes aussi d'être rappelées à l'attention des thérapeutistes.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des polypes (concrétions polypiformes) du cœur, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite et fin — Voir les numéros 41 et 42, t. III.)

Obs. — *Rhumatisme aigu modéré. — Endocardite, Pneumonie; concrétions dans les cavités gauches du cœur; oblitérations de l'artère sous-clavière gauche, de l'aorte, des iliaques, etc., sans gangrène.*

Madame M..., âgée de vingt-neuf ans, grande, mince, maigre, sanguine, irrégulièrement menstruée, habituellement bien portante, se couvrant peu, même dans les temps froids, porte une tumeur dans la région du foie, dont l'origine remonte à l'époque de sa première grossesse, il y a huit ans.

Vers la fin du mois de novembre 1836, après quelques jours de malaise, un jour de fatigue, peut-être aussi l'impression d'un courant d'air sur le corps échauffé : fièvre, face rouge et turgescente, œil brillant; douleurs aux épaules; plusieurs articulations des doigts gonflées et douloureuses, rouges; pouls plein et fréquent, peau chaude, *un peu de gêne vers la région du cœur : quelques battements irréguliers; pas de voussure ni matité, mais bruit de souffle très fort et prolongé au premier temps, et dont le maximum d'intensité paraît correspondre aux orifices gauches.* Impossibilité de se coucher sur le côté gauche.

Deux saignées de trois palettes chacune, le 26; sang fortement couenneux. Soulagement marqué, mais grande faiblesse, imminence de syncope. Diminution du bruit de souffle; douleur épigastrique. (Douze sangsues à l'épigastre.)

Persistance pendant quelques jours d'un état fébrile peu intense et irrégulier, dont les intermittences sont marquées par une grande faiblesse; petite toux sèche, laryngée, sans lésion pulmonaire. Augmentation et extension du bruit de souffle, qui semble envelopper le cœur et revêtir le caractère du frottement. (Vésicatoire sur la région du cœur.) Diminution de l'état fébrile; affaiblissement notable du bruit de souffle; cessation presque complète des douleurs rhumatismales. Appétit vivement prononcé. Dessiccation spontanée du vésicatoire. Convalescence.

Quelques jours après, recrudescence, combattue par la diète. Quelques grains de calomel donnent lieu à une irritation momentanée des gencives, à une diarrhée de plusieurs jours. Cessation de ces accidents; persistance du bruit de souffle, avec moins d'intensité. Retour de la convalescence; alimentation bien supportée et réparatrice.

Le 19 décembre, environ un mois après l'invasion de la maladie, bon état. La malade passe plusieurs heures assise sur son lit, occupée d'un rangement de linge, et devant se lever le lendemain.

Vers sept heures du soir, *tout à coup*, douleurs déchirantes dans les membres inférieurs, surtout les jambes et les pieds, avec réfrigération de ces parties; face pâle, grippée, anxieuse, cris, agitation, pouls petit et concentré.

Ma première pensée est qu'il s'est établi une oblitération artérielle; mais la persistance des battements dans les artères crurales fait prévaloir l'idée d'une recrudescence de rhumatisme. L'application de sachets remplis de son chaud amène du calme après quatre à cinq heures de tortures atroces.

Les jours suivants, persistance de la douleur, avec un peu moins d'intensité, mais encore cruelle, exacerbante, plus vive la nuit que le jour. Calme obtenu par les préparations de morphine, qui laissent après elles un malaise général, une sorte d'étiolement.

Le 24 décembre, une consultation a lieu. On constate le bruit de souffle, qui descend intense au côté droit de la colonne vertébrale, jusqu'au bas de la poitrine. On admet la possibilité d'une endopéricardite. On trouve beaucoup d'obscurité dans la maladie. Continuation des adoucissants.

Pendant huit jours, pas de changements. Un soir, exacerbation violente et semblable à celle qui a marqué le début de la douleur.

Dans les premiers jours de janvier, accès fébriles quotidiens, revenant le soir, et bien caractérisés par les trois stades. Intermission marquée par une faiblesse extrême, une sorte d'anéantissement.

Bouillon de bœuf et potage substitués au bouillon de poulet, auquel on doit revenir parce que l'estomac supporte mal les autres aliments.

Cependant la douleur se calme sous l'influence des préparations de morphine, des narcotiques extérieurs; la fièvre se calme et cesse spontanément. Diarrhée provoquée par l'eau de Seltz, mais de courte durée. Amélioration.

Le 15 janvier et jours suivants, retour des accès fébriles quotidiens, mais irréguliers, combattus par quelques grains de sulfate de quinine mal supporté par l'estomac. La fièvre redouble; un accès a lieu dans la journée, un autre le soir.

Sulfate de quinine, 30 centigrammes, associé à quelques gouttes de laudanum, en lavement.

Le lendemain, abattement, découragement, douleurs plus vives.

Le vingt-deuxième jour, consultation nouvelle. On constate l'état du cœur. L'examen de la poitrine ne fournit aucun signe positif de tubercule. Cependant, la durée de la maladie, l'état du cœur, la mauvaise constitution de la malade, engagent à porter un pronostic grave. Aucun diagnostic positif n'est établi. (Continuation des adoucissants.)

Resté près de la malade et peu satisfait des résultats de la consultation; revenant à ma pensée première, que je n'avais pas perdue de vue; ne trouvant pas dans la durée, le siége, la nature des douleurs, en l'absence de phénomènes inflammatoires locaux, les caractères d'un rhumatisme, je procède à un nouvel examen des artères, que j'avais commis la faute de ne pas renouveler depuis l'invasion de la douleur. Je constate *une absence de battements dans les vaisseaux cruraux*; ces artères forment une corde inerte sous le doigt. Au-dessous de ces points, pas de battements; pour en sentir, en remontant, il faut dépasser la bifurcation de l'aorte.

Chaleur des membres inférieurs évidemment moindre que celle du corps. Malgré cela, sensations passagères de chaleur brûlante aux pieds.

Veines des pieds réduites à quelques filets rougeâtres, que l'on vide par la pression et qui se remplissent aussitôt.

Peau de ces parties plus pâle qu'aux bras. Aucun symptôme de gangrène prochaine.

Mouvements lents à cause de la douleur, surtout à l'articulation coxo-fémorale, plus difficiles aux pieds.

La douleur occupe les pieds, et surtout les deux premiers orteils; elle a des intermissions momentanées, des exacerbations cruelles, surtout la nuit. Vive, lancinante, déchirante, elle s'exaspère quand on touche ou qu'on essaie d'écarter les orteils. Le

poids des couvertures est insupportable. Les jambes et les cuisses en sont exemptes.

La température et les qualités des corps avec lesquels les pieds sont en contact ne sont appréciées qu'après plusieurs secondes.

État général assez bon, malgré la gravité du pronostic. Quelques mouvements fébriles irréguliers. Amaigrissement profond.

Les jours suivants, amélioration et diminution des douleurs sous l'influence de bains alcalins et de l'extrait d'opium donné à doses fractionnées. Douces frictions avec le baume tranquille sur le membre.

Le 2 février, accès fébrile précédé d'un violent frisson. Deuxième accès la nuit suivante; douleurs plus vives; tuméfaction du ventre avec matité et fluctuation aux parties déclives; légère infiltration des pieds; diarrhée. Depuis plusieurs jours, urines brunes et rares.

Les jours suivants, fièvre variable; l'amaigrissement continue; affaiblissement, démoralisation. Apparence de battements dans les artères crurales. Au-devant de l'arcade crurale droite, battements très marqués d'une artériole. Veines saphènes plus pleines et se distendant au-dessous du point où on les comprime. Chaleur des extrémités inférieures relevée et égale à peu près à celle du reste du corps.

Le 10 février, en examinant le pouls au bras gauche, je le trouve *nul. Pas de dureté ni de rénitence* le long de l'artère brachiale. Veines du bras un peu affaissées; coloration et température de la peau égale à celle du côté opposé. Quelques douleurs vives, mais passagères, dans le membre; la malade, au milieu de souffrances plus vives, n'en avait pas parlé; elles augmentent la nuit. Celles des pieds sont néanmoins beaucoup diminuées; on peut presser et écarter les orteils sans les provoquer.

Faiblesse, émaciation, vomissements et diarrhée; petite toux avec émission de quelques crachats *couleur chocolat;* accès de fièvre irréguliers: tels sont les phénomènes qui précèdent la mort, arrivée le 18 février, cinquante jours environ après l'invasion des douleurs des pieds, sans agonie, sans trouble intellectuel.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. — Cadavre émacié, pas de roideur, pas d'infiltrations, pas de gangrène.

Quelques onces de sérosité sanguinolente dans les plèvres.

Engouement du bord postérieur du poumon droit.

Adhérences celluleuses anciennes au sommet du poumon gauche; la majeure partie de cet organe est hépatisée, second et troisième degré. Pas de tubercules.

Ganglions mélaniques autour de la racine des bronches, dont la muqueuse est rouge.

Appareil circulatoire. — Ici se trouvent les lésions les plus remarquables.

1° Le péricarde, libre d'adhérences, contient 3 onces environ de sérosité sanguinolente. Il n'offre pas de fausses membranes; mais il est opalin dans presque toute son étendue, sans épaississement ni plaques blanches; il est seulement un peu blanchâtre et moins transparent que dans l'état normal.

2° Le cœur paraît un peu plus volumineux que ne le comporte la force du sujet, et surtout l'émaciation du cadavre; ses ventricules paraissent un peu dilatés; mais les valvules mitrales ou tricuspides, aortiques ou pulmonaires, sont dans l'état normal, sauf les circonstances dont il sera question plus loin. L'endocarde de l'oreillette gauche a une teinte opaline, jaunâtre; celle du ventricule est saine. Près de l'orifice aortique, se remarquent seulement quelques points jaunâtres, sans épaississement. La membrane qui tapisse les cavités droites est également saine, sauf celle de l'oreillette, qui est aussi moins polie que dans l'état ordinaire, et offre une teinte jaunâtre, opaline, sans épaississement.

3° *Concrétions fibrineuses.* — La base du feuillet antérieur de la valvule tricuspide est surmontée, du côté de l'oreillette, par une tumeur du volume d'une petite noisette, verruqueuse, inégale, de couleur jaunâtre, composée de couches irrégulières de fibrine condensée, et intimement adhérente avec la membrane de l'oreillette, qui, dans ce point, est un peu épaissie, plus jaune et plus friable que dans le reste de son étendue. Ces adhérences peuvent cependant être détruites avec le manche d'un instrument. Je l'ai fait en partie, voulant conserver à la pièce anatomique ses principaux caractères.

4° La partie gauche du sommet de cette tumeur est unie avec une lame de fibrine jaune ferme et condensée, très cohérente, de 15 à 20 lignes de hauteur et de 10 de largeur. L'une de ses faces est recouverte de cruor récent et bien distinct d'elle. Cette lame, libre et flottante dans l'oreillette, est soutenue en haut par des prolongements de même nature, qu'elle envoie dans les veines pulmonaires. En bas, outre l'adhérence qu'elle a contractée avec la tumeur, elle envoie un prolongement rubané mince qui s'épanouit entre les tendons valvulaires auxquels il adhère, se recourbe ensuite vers l'orifice aortique, et se prolonge dans l'aorte jusque vers son passage à travers le diaphragme. Ce ruban fibrineux, qui peut avoir 12 à 15 pouces de longueur, est libre dans l'aorte; il n'envoie qu'un prolongement très court dans un des vaisseaux du cou. Sa forme, sa couleur jaune grisâtre, lui donnent une certaine ressemblance avec un tænia, aux articulations près. C'est de la fibrine ferme, condensée, et sans traces de sérosité. C'est évidemment un caillot ancien, comme l'indiquent et sa structure et ses adhérences.

5° L'artère sous-clavière gauche, à partir de son origine jusqu'à la naissance de la mammaire interne, est oblitérée par un caillot qui la remplit comme la matière d'une injection, et pénètre un peu dans la mammaire, dont il bouche l'orifice. Ce caillot, allongé, cylindrique, est composé de couches de fibrine jaunâtre, grisâtre ou rougeâtre, assez ferme, sèche, adhérente. Il adhère à la paroi vasculaire par une sorte de fluide visqueux que l'on voit filer en le détachant; sa surface est rouge rosé. L'extrémité supérieure de ce caillot est arrondie et libre; elle paraît du côté de l'aorte, à l'origine de l'artère; son extrémité inférieure, libre également, est comme tronquée, et pourrait bien avoir fourni un autre caillot que l'on retrouve plus bas dans l'artère brachiale En effet, l'extrémité inférieure de ce vaisseau est oblitérée dans l'étendue de 15 lignes environ par un caillot en tout semblable à celui de la sous-clavière. Au niveau de ces caillots, la membrane artérielle est un peu teinte en rouge. Les autres artères du bras sont libres.

Les vaisseaux du cou et du bras droit n'offrent pas d'altération.

6° En descendant dans l'aorte, on retrouve de nouveaux caillots, de nouvelles oblitérations. Il faut arriver, pour cela, jusqu'aux artères lombaires; deux de ces vaisseaux, les troisièmes, sont bouchés par des caillots longs de quelques lignes, fibrineux, et formant sur l'orifice de ces artères une sorte de petit champignon. On dirait deux clous dont la tête serait saillante dans l'aorte. Une autre artère lombaire est également oblitérée, mais le caillot ne fait pas saillie dans l'aorte. Ces caillots sont d'ailleurs analogues à ceux des artères du bras, et se comportent de la même manière avec la paroi vasculaire.

7° Enfin, nous arrivons à la bifurcation de l'aorte. La fin de cette artère, les iliaques, les iliaques primitive et externe des deux côtés, offrent à l'extérieur une teinte ardoisée dans plusieurs points. Ces vaisseaux, d'ailleurs, sont remplis par une matière solide, et comme s'ils avaient été injectés.

La fin de l'aorte est un peu aplatie, contractée, et bouchée par un caillot qui adhère à ses parois. Ce caillot est aplati d'avant en arrière, il a 7 à 8 lignes de hauteur, et se trouve posé à cheval sur l'éperon résultant de la bifurcation aortique; puis il se continue de chaque côté avec la fibrine qui remplit les artères iliaques.

L'iliaque gauche est oblitérée dans l'étendue de 5 pouces, à partir de son origine. Le caillot qui la bouche, rougeâtre d'abord dans l'étendue de 15 à 18 lignes, et volumineux au point que l'artère en paraît dilatée, devient ensuite jaunâtre en s'amincissant, en même temps que l'artère s'atrophie jusqu'à l'origine de l'hypogastrique. Cette portion jaunâtre est formée d'une fibrine plus ancienne. Au-dessous de l'origine de l'hypogastrique, le caillot redevient plus volumineux, coloré en rouge brun; il est évidemment plus récent.

8° Des adhérences existent partout; analogues à celles de l'artère axillaire, elles sont surtout intimes au niveau de la coarctation

de l'iliaque, endroit où le caillot jaunâtre semble faire corps avec le vaisseau, et paraît ramolli dans un point, ainsi que les membranes vasculaires avec lesquelles il est en contact ; dans tous les autres points, c'est une fibrine colorée ou incolore, sèche et compacte, dépourvue par conséquent de sérosité.

L'origine de l'artère hypogastrique est oblitérée par un prolongement du caillot, et correspond à la partie contractée du vaisseau.

Le reste du vaisseau, suivi jusqu'à la partie moyenne de la jambe, est libre, de sorte qu'au-dessous de l'arcade crurale il n'y a plus trace d'oblitération.

Les iliaques droites sont également oblitérées ; mais ici la lésion est plus compliquée.

Dans l'étendue de 1 pouce, le caillot, d'un gris ardoisé, est plus mince que du côté opposé à la même hauteur, fortement adhérent, et l'artère est un peu contractée sur lui. Plus bas, dans l'étendue de 8 à 10 lignes, le caillot semble avoir disparu, mais le canal artériel est presque oblitéré; ses parois sont épaissies, jaunâtres, et un peu ramollies. Au-dessous de ce point, et au niveau de l'artère hypogastrique, existe un renflement du volume d'un grosse noisette, grisâtre extérieurement, formé par une dilatation des tuniques artérielles, amincies, ramollies et friables, et contenant un caillot fibrineux du volume indiqué par le renflement, caillot kystiforme, creusé par une cavité vide susceptible de loger un pois, à parois lisses et rougeâtres. Le tissu de cette production, qui est isolée du reste du caillot obturateur, est jaunâtre et formé de fibrine sèche, adhérant aux parois de la cavité dans laquelle il est logé. Une circonstance remarquable, c'est que la cavité de ce kyste communique avec l'origine de l'artère hypogastrique, qui est libre.

Immédiatement au-dessous de cette tumeur, l'artère est contractée, amincie dans l'étendue de 2 à 3 lignes, puis elle est de nouveau dilatée, dans l'étendue de 2 pouces, par un caillot fibrineux, noirâtre, adhérent, caillot qui a communiqué aux parois artérielles sa teinte ardoisée. Plus bas, les vaisseaux cruraux sont libres, et l'on ne retrouve plus trace de caillot.

L'oreillette droite contient une concrétion de fibrine jaune, d'un aspect graisseux, ferme, cohérente, sèche, suspendue par quelques filaments qui passent derrière des colonnes charnues, un peu plus épaisse que celle de l'oreillette gauche, dont elle a les dimensions à peu près ; elle s'élargit et s'amincit en traversant l'orifice auriculo-ventriculaire, intriquée avec les tendons valvulaires. Après avoir traversé l'orifice auriculo-ventriculaire, elle envoie à gauche et en avant des prolongements minces qui adhèrent aux parois du ventricule, puis se recourbe dans l'artère pulmonaire, où elle forme un ruban jaunâtre long de 3 pouces, et assez analogue, au premier aspect, à un ver plat. C'est, du reste, une fibrine condensée, sèche et évidemment ancienne.

9° Les parois des artères présentent quelques faits à noter. La membrane interne de l'aorte offre une teinte légèrement rougeâtre, diffuse ; elle est parsemée de petits points jaunes, isolés ou agglomérés, ou disposés en lignes longitudinales ou transversales, assez analogues, à la couleur près, à la ponctuation rouge des inflammations. Ils me paraissent situés sous la membrane interne. Du reste, la paroi vasculaire n'est point épaissie. Cette membrane n'est point ramollie à l'extérieur, même au niveau des points oblitérés, il n'existe aucune injection, aucune inflammation du tissu cellulaire ambiant.

La membrane en contact avec les caillots, à l'exception de quelques points dont il a été question, est un peu teinte en rouge, mais n'est ni épaissie, ni ramollie, ni recouverte d'exsudation pseudo-membraneuse. Le moyen d'union des caillots est une substance visqueuse, appréciable seulement quand on les détache.

Aux artères iliaques, il y a des points où les membranes sont altérées, épaissies et ramollies. Ces points correspondent précisément aux endroits les plus rétrécis de ces vaisseaux, à ceux sans doute qui ont été les premiers oblitérés. Les vaisseaux de la cuisse sont parfaitement sains, un peu atrophiés.

Les artères rénales, mésentériques, les veines cave, iliaques, hypogastriques, sous-clavière, n'ont offert aucune lésion. Le temps ne nous a pas permis de rechercher par quelles voies anastomotiques la circulation avait continué dans les membres dont les artères étaient oblitérées, ou du moins quels étaient les vaisseaux les plus dilatés. Le siége de l'oblitération étant connu, l'anatomie normale pourra facilement suppléer à cette lacune.

Ajoutons que les tissus des membres dont les vaisseaux étaient oblitérés, étaient dans l'état naturel.

Abdomen; péritoine. — Il contient quelques livres de sérosité citrine; profondément, entre les circonvolutions intestinales, il offre quelques replis blanchâtres, rayonnés, sans traces d'anciennes adhérences.

L'épiploon est parsemé de granulations graisseuses d'une teinte de brun foncé tirant sur le vert.

La muqueuse digestive offre partout une teinte d'un blanc grisâtre; quelques taches rouge-brun existent seulement près du pylore. Quelques plaques gaufrées, grisâtres, non saillantes, près de la valvule cæcale; orifices des follicules du gros intestin assez prononcés et dilatés. Du reste, pas d'épaississement, ni ulcérations, ni ramollissement.

Le foie est volumineux, flasque et friable, injecté superficiellement. Sa vésicule contient une bile verdâtre. La tumeur dont il a été question est située à droite de la vésicule, à laquelle elle est unie par des liens celluleux. Cette tumeur est un peu bosselée, transparente ; elle occupe la face concave du lobe droit du foie ; elle a le volume d'une pomme ordinaire, est remplie de sérosité limpide, et ses parois sont formées par un tissu fibro-séreux. Sa face interne, lisse, présente quelques granulations jaunâtres adhérentes.

La rate est assez volumineuse ; elle n'offre d'ailleurs rien de remarquable, si ce n'est que sa face convexe est creusée par un tubercule jaunâtre, du volume d'une noisette.

Les reins sont volumineux, infiltrés; la substance corticale est très pâle, décolorée, friable; la tubuleuse est d'un brun assez foncé.

Réflexions. — En suivant l'ordre et la filiation des faits, nous voyons dans cette observation un rhumatisme aigu fébrile, d'une moyenne intensité, mais avec détermination vers le cœur, dès le début de la maladie.

Il reste sur le cadavre des traces non douteuses de péricardite; et la nature des caillots que l'on trouve dans le cœur, les adhérences intimes de l'un de ces caillots avec le feuillet valvulaire ne laissent aucun doute sur l'ancienneté de ces productions. Pour expliquer le bruit de souffle si rude et si intense qui a été l'un des premiers symptômes de l'affection rhumatismale, et qui a persisté jusqu'à la mort, il n'y a qu'une seule lésion : c'est la production rubanée qui se prolongeait des cavités gauches jusqu'au bas de l'aorte thoracique. La lésion et les symptômes sont dans une dépendance mutuelle.

Ainsi une endopéricardite avec formation de polypes a marqué le début du rhumatisme.

Cependant la fièvre cesse, les accidents se calment, la convalescence paraît assurée; le bruit de souffle seul persiste. C'est dans cet état de choses que, sur le point de se lever, la malade est prise *tout à coup* (circonstance presque solennelle dans les obstructions veineuses comme dans les obstructions artérielles) de douleurs atroces dans les membres inférieurs, avec abaissement notable de la température. En traitant de l'oblitération des artères, je ferai ressortir les faits qui, dans cette observation, ont trait à ces lésions vasculaires. Je me borne à signaler ici la filiation qui existe entre le rhumatisme, l'inflammation cardiaque, la production des polypes, la projection probable de quelqu'une de ces productions dans les artères des membres inférieurs, comme cause d'oblitération.

Cependant je n'oserais affirmer que le déplacement de

caillots ait été la cause unique des obstructions multiples observées chez cette malade. La fièvre plus ou moins régulièrement périodique qui a marqué la seconde phase de sa maladie a pu être sous la dépendance d'une artérite qui aurait eu pour effet des obstructions secondaires. Néanmoins, pour la première crise, il ne me semble pouvoir exister aucun doute ; l'instantanéité des accidents, au moment où tout annonçait le retour à la santé, me paraît la preuve incontestable que l'oblitération des artères des membres inférieurs a commencé par un caillot projeté du cœur.

Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet, me proposant de traiter d'une manière spéciale de l'obstruction artérielle dans un prochain article.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Considérations sur la bicornité de l'utérus et la superfétation.

Dans un article récent du WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT, etc., M. Lumpe rappelle qu'il a publié en 1843 un cas de matrice biloculaire rencontré à l'autopsie d'une femme en couche morte d'une utéro-péritonite quatre jours après un accouchement à terme. La matrice était divisée en deux compartiments par une cloison qui descendait jusqu'à l'orifice interne. Cet orifice et la cavité du col étaient simples et à l'état normal. La cavité droite, qui ne contenait pas de fœtus, était élargie et garnie d'une *decidua* mince, riche en vaisseaux ; les parois de cette cavité étaient ramollies. L'auteur rapporte ensuite un nouvel exemple de bicornité.

L'importance du sujet nous a engagé à prendre occasion du fait raconté par M. Lumpe, pour emprunter à un journal américain une observation analogue qui elle-même a donné lieu, à l'un des représentants les plus distingués de la presse médicale des États-Unis, de relever d'autres exemples déjà publiés de superfétation et de présenter quelques remarques sur la question. Tous ces faits, pour n'être pas très récents, n'en sont pas moins instructifs. Nous les ferons suivre de nos propres remarques.

Voici d'abord l'observation de M. Lumpe.

OBS I. — *Grossesse dans une matrice bicorne ; accouchement prématuré ; résultat heureux pour la mère et l'enfant.* — Une femme âgée de trente ans, mariée depuis dix ans, se plaignant de difficultés menstruelles et d'un léger écoulement vaginal, se soumit à l'examen de M. Lumpe. Il trouva les parties génitales externes tout à fait régulières, mais le vagin séparé en deux parties égales par un *septum* commençant à l'entrée et détaché dans les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure, peut-être par le coït. Ce *septum* présentait une doublure parfaite de la membrane muqueuse du vagin, et était sur le devant, le long de l'urèthre, pour ainsi dire emboîté dans une bandelette parfaitement visible. Par la séparation de la paroi postérieure ce septum pendait comme un voile flasque, et couvrait, quand on examinait avec le doigt, tantôt le col droit, tantôt le col gauche; de sorte qu'à une exploration superficielle on aurait pu ne pas s'apercevoir de la bicornité. L'exploration avec deux doigts donna seulement l'explication du fait : on arrivait de chaque moitié du vagin à un col un peu réduit mais parfaitement conformé. Les deux cols, d'égale grandeur, se trouvaient au même niveau et à égale distance du septum ; ils divergeaient du point de leur union vers les deux côtés sous un angle presque droit ; ils étaient parfaitement symétriques, munis d'un petit orifice fendu en biais qui permettait l'introduction de la sonde. Par le toucher on ne parvenait pas à trouver une démarcation exacte au corps de l'utérus, mais le fond paraissait distinctement fléchi à droite et à gauche exactement comme pour les deux cols.

Bien que ne doutant pas de la séparation parfaite des deux moitiés de l'utérus, M. Lumpe se proposait, à la première occasion, d'en acquérir la certitude par un sondage plus exact. Mais il ne revit plus la malade, et il n'espérait plus compléter son observation, lorsqu'il fut mandé un jour en toute hâte chez une femme qui venait d'accoucher et dont le placenta tardait à venir. A son arrivée il reconnut avec une agréable surprise la femme chez laquelle il avait diagnostiqué, à une époque antérieure à la grossesse, un utérus bicorne. En détachant le placenta fixé dans le fond de la corne gauche, il eut l'occasion de vérifier en détail la difformité qu'il avait reconnue auparavant. Il trouva une cavité tournée à gauche en forme de cornue, se laissant difficilement traverser par la main, quoiqu'il n'y eût pas de striction ; le placenta avait une forme longitudinale. La corne droite non imprégnée avait cependant subi une telle hypertrophie, qu'elle s'élevait à la moitié de la gauche. La portion vaginale de la corne droite était entièrement effacée, et l'orifice était masqué par une petite fossette plate, entourée d'un anneau en forme de bourrelet.

Le travail s'était déclaré au commencement du neuvième mois, et l'accouchement s'était fait naturellement avec un développement de douleurs assez fortes. L'enfant (une fille) était faible, mais vivace et bien développé. Les règles avaient manqué pendant la grossesse; seulement aux troisième et quatrième mois il s'était montré une petite quantité de liquide pâle, sanguinolent. Les suites de couches furent tout à fait normales. (*Wochenblatt der Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, n° 33.)

La série des degrés de division de l'utérus, depuis l'état rudimentaire de cette anomalie jusqu'à son état le plus complet, rapprochée des fonctions de l'organe gestateur, offre un intérêt capital, que les faits nombreux publiés jusqu'à présent sont loin d'avoir satisfait pleinement. A ce titre, le nouveau cas observé par M. Lumpe mérite d'autant mieux d'être noté qu'il fournit un exemple assez rare de l'anomalie à son degré le plus parfait ; qu'il n'a pas empêché la conception, laquelle n'a eu lieu toutefois qu'après dix ans de stérilité ; que la grossesse est arrivée presque jusqu'à terme, ce qui prouve que la corne non imprégnée n'avait pas troublé l'expansion et le développement organique de la corne imprégnée. De là l'absence de rupture utérine ou d'avortement, fort à craindre en pareils cas ; ce qui a fait dire à Meckel que, parmi les cas d'utérus divisé susceptible d'être imprégné, il s'en trouve un grand nombre où les femmes meurent pendant ou après l'accouchement. Dans le cas présent, malgré la cessation de la sécrétion mensuelle, ce qui peut faire supposer la formation d'une *decidua*, on conçoit la possibilité d'une seconde grossesse avant que la première ait atteint son terme, ce qui contribue plus à embrouiller qu'à résoudre la question si difficile et si controversée de la superfétation.

L'observation que nous voulons placer à côté de celle de M. Lumpe est due à M. Kannon (de Mississipi). En voici l'analyse.

OBS. II. — *Utérus double imprégné dans ses deux cavités.* — Le 28 décembre 1853, M. Kannon était appelé par deux confrères auprès de madame X..., qui était accouchée dans la matinée du même jour, et qui conservait encore toutes les apparences de la grossesse, bien que la matrice fût vide et le placenta sorti. Une prostration marquée, qui avait suivi la naissance du premier enfant, fit d'abord supposer une déchirure de la matrice et le passage du fœtus dans la cavité du péritoine ; mais l'introduction de la main, qui ne put découvrir aucune trace de déchirure, fit naturellement naître la pensée d'un utérus double, et l'examen ne tarda pas à confirmer cette supposition. En effet, on trouva, en haut et en avant, près des bords de la symphyse pubienne, l'orifice d'une autre matrice et la tête d'un fœtus reposant directement sur les pubis. Comme il n'y avait, de la part de la matrice, aucun effort d'expulsion, et que les remèdes employés en pareil cas restaient sans effet, on essaya de faire la version. Mais la position de cette seconde matrice rendant cette opération très difficile, et ayant reconnu, pendant les manœuvres, que l'enfant était mort, M. Kannon eut recours au crochet, et amena au dehors un enfant de six à sept livres.

Cette dame était déjà mère de cinq enfants ; mais, dans aucune de ses grossesses antérieures, les deux utérus n'avaient été imprégnés simultanément. La cloison qui séparait les deux cavités utérines était horizontale ; le col, situé en arrière et plus bas, était à sa place naturelle, tandis que celui qui était situé en avant était dans une position très élevée. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, mai 1855.)

M. Bennet Dowler, le savant éditeur du journal américain, fait suivre cette observation d'une notice fort intéressante sur l'*utérus double* et la *superfétation*. Parmi les faits qu'il reproduit, plusieurs sont peu connus et méritent de l'être. Le premier qu'il rapporte est emprunté à la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 17 mars 1854. Nous devons savoir gré à l'honorable journaliste américain

de ne pas s'être borné à indiquer le recueil d'où nous l'avons extrait, comme on le pratique trop souvent pour se procurer la puérile satisfaction de paraître riche aux dépens de son voisin, qu'on se donne le facile mérite de copier en évitant de le citer. Cette manière peu scrupuleuse de s'approprier traductions, analyses et réflexions même d'autrui, est assez répandu pour légitimer cet appel fait en passant à la probité scientifique et à la dignité confraternelle.

Le second fait est un cas de *jumeaux de différente couleur* observé par le docteur A.-F. Attaway, du comté de Madison (Georgia), et publié dans le numéro de juin 1854 du *Southern Medical and Surgical Journal*. Le mélange et le contact quotidien, dans les États du sud de la République, de la race blanche et de la race noire, doivent être de temps à autre l'occasion de faits semblables au suivant, et bien plus propres que ceux qui se produisent dans les populations de même couleur, à élucider la question de la superfétation. C'est, en outre, un témoignage en faveur des cas analogues observés antérieurement, dont on a essayé de contester l'authenticité.

Obs. III. — Madame C..., femme blanche, déjà mère de trois enfants, mit au monde, le 16 janvier 1854, deux jumeaux à peu de distance l'un de l'autre. Le premier né était noir, et avait toutes les apparences d'une paternité africaine. M. Attaway, ne voulant pas d'abord suggérer une telle idée, expliqua cette apparence par un état de cyanose. Au bout d'une heure, le second enfant était né : ses cheveux clairs, sa peau blanche et ses yeux bleus formaient un contraste frappant avec la couleur du premier. La mère et les enfants ayant exigé, pendant plusieurs semaines, des soins médicaux, M. Attaway put suivre la persistance et le développement des différences si marquées entre ces deux enfants. Au retour de la santé de la mère et de ses jumeaux, voyant les caractères du type africain se prononcer de plus en plus, il se décida à provoquer une explication franche sur les circonstances de la conception. Après quelques hésitations, la mère lui fit le récit suivant, qui semble exempt de réticence : Cinq jours après la cessation de sa dernière époque, elle avait eu un rapport sexuel avec un blanc ; trois jours après, par conséquent huit jours après la menstruation, un rapport avec un noir. Elle assurait qu'elle n'avait eu avec celui-ci d'autres rapports que plus d'un mois après. La date de l'autre conception est moins précise, ayant eu avec le blanc plusieurs rapports dans le cours du mois qui suivit sa dernière époque.

Le troisième fait, observé par le docteur Thielmann, est tiré du *British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, octobre 1854, et extrait, par M. Barnes, du *Med. Zeitung*.

Obs. IV. — Une paysanne, âgée de vingt-cinq ans, accouchée, à vingt et vingt-trois ans, chaque fois d'une fille, devint enceinte, pour la troisième fois, en juillet 1852. La menstruation se montra trois fois après la conception. Le 26 mars 1853, elle commença à souffrir des premières douleurs du travail, et, dans la matinée du jour suivant, elle accoucha d'une fille petite, mais vivace. La délivrance eut lieu d'une manière normale ; les lochies ne coulèrent que quelques jours, et la sécrétion laiteuse fut si insuffisante, qu'elle ne put suffire à alimenter l'enfant. Huit jours après son accouchement, elle reprit ses occupations de ménage, et continua à sentir les mouvements d'un second enfant dans le côté gauche du ventre. Le 18 mai, c'est-à-dire cinquante-deux jours après la naissance du premier enfant, les douleurs se déclarèrent, et se terminèrent par la naissance d'une seconde fille vivante. A dater de cette époque, la sécrétion laiteuse devint assez abondante pour fournir une alimentation suffisante aux deux enfants. M. Thielmann assure que le fait a été officiellement constaté.

M. Dowler cite en abrégé un assez grand nombre d'autres faits plus ou moins analogues à ce dernier, que nous ne mentionnons pas, bien que plusieurs aient une valeur au moins égale à ceux que nous venons de rapporter, parce qu'ils sont généralement connus, et consignés, pour la plupart, dans la thèse si justement estimée du docteur Cassan, relative aux cas d'*utérus double* et de *superfétation* (1826), d'où ils ont passé dans les traités d'accouchement, de médecine légale, etc.

Remarques. — La question si embarrassante de la superfétation n'est point une affaire de pure curiosité : il s'y rattache des intérêts graves de moralité, de désaveu de paternité, de succession, etc., qui expliquent les efforts qu'on a faits pour la résoudre. On se fait d'abord difficilement une idée des difficultés qu'on rencontre. Sans parler des cas dont l'authenticité a paru suspecte ou au moins insuffisamment garantie, ce qui arrive de temps à autre dans les grossesses gémellaires, où l'un des fœtus, vivant ou mort, est expulsé plus ou moins de temps avant l'autre; l'absence de caractères bien précis du fœtus à terme ; la possibilité de la grossesse retardée par l'un des fœtus, sont autant de circonstances de nature à jeter de l'incertitude sur les faits observés.

Un certain nombre de ces faits échappent pourtant à toute espèce d'objection ; ce sont ceux d'utérus doubles imprégnés simultanément ou à des époques plus ou moins rapprochées ; ce sont ceux, plus rares, de grossesse utérine venant après une grossesse extra-utérine. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, il n'y a pas à proprement parler superfétation.

Restent les faits où l'anomalie d'un double utérus n'est pas mentionnée ou n'a pu être constatée. On a pris, à l'égard de ceux-ci le parti de les interpréter d'une façon qui semblait péremptoire, en mettant à profit la connaissance qu'on avait de la membrane caduque. On admettait que des rapports sexuels très rapprochés, le même jour ou à quelques jours de distance, pouvaient animer successivement deux ovules en train de descendre dans l'utérus. Les conditions dans lesquelles la double conception est supposée intervenir ici, ne diffère pas essentiellement de la grossesse gémellaire, et mérite à peine le titre de superfétation. La caduque, considérée comme membrane de nouvelle formation, sinon préexistant à la descente dans l'utérus de l'ovule fécondé, la suivant au moins de très près, et fermant hermétiquement les orifices des trompes et du col, semblait établie sur des observations si précises, qu'on pouvait, avec toute apparence de raison, rejeter comme appartenant à des utérus doubles, méconnus ou à des grossesses gémellaires ces prétendus cas de superfétation. Mais l'ancienne théorie de la formation de la caduque étant aujourd'hui reconnue fausse, l'interprétation fondée sur des dispositions qui n'existent pas tombe d'elle-même, si la nouvelle manière de concevoir la caduque, qui semble cette fois être l'expression de la vérité, ne donne pas à cette interprétation un appui équivalent. C'est ce que nous allons examiner en peu de mots.

La muqueuse utérine, en se transformant en membrane caduque, laisse libres les orifices du col et des trompes. Lorsque l'œuf se greffe tout près de l'orifice utérin de l'une des trompes, celui-ci peut être obstrué, comme je l'ai vu dans deux cas, mais l'autre reste parfaitement libre; et, quand l'insertion est éloignée du l'un et de l'autre, les deux trompes sont également perméables dans toute leur étendue. Comme l'évolution et la déhiscence des vésicules ovariennes peut exceptionnellement avoir lieu dans le cours de la grossesse, il s'ensuit que des ovules peuvent descendre dans la cavité utérine jusqu'à l'époque où les deux feuillets de la caduque, mis en contact par le développement de l'œuf, commencent à contracter des adhérences.

Voyons maintenant ce qui se passe dans le canal formé par le col utérin. Quand nous disons qu'il reste libre, nous voulons dire seulement qu'il n'est pas fermé par une disposition de la caduque. Il est réellement obstrué par une substance gélatineuse sécrétée dans sa cavité. Mais cette barrière, qui peut, à la vérité, se reproduire facilement et promptement, est de sa nature essentiellement amovible ; elle peut être facilement dissoute, expulsée par de faibles contractions. Aussi ne semble-t-elle mettre aucun obstacle aux écoulements sanguins et aux flux séreux leucorrhéiques, quand il s'en forme exceptionnellement dans l'utérus ou dans la cavité du col pendant le cours de la grossesse. Outre qu'il semble facilement perméable, on ne saurait affirmer que le bouchon gélatineux ait une existence constante ; car, à une époque avancée de la grossesse, le doigt ne le rencontre pas ou n'en a pas la sensation lorsqu'on fait avancer son extrémité à travers la cavité du col jusque sur les membranes.

Pour dire toute notre pensée, nous avons été surpris de ne point rencontrer des considérations analogues à celles qui précèdent dans les auteurs qui ont eu occasion d'écrire depuis quel-

ques années sur la superfétation, et de les voir continuer à l'interpréter comme si une révolution n'avait pas traversé l'histoire de la membrane caduque. Il y a là un témoignage flagrant d'irréflexion. Ainsi, tout en reconnaissant la propriété qu'a la cavité du col de sécréter une matière gélatineuse qui l'obstrue et constitue un obstacle sérieux, et le plus souvent efficace, à la propagation de la semence jusque dans l'utérus et les trompes, nous sommes forcé de reconnaître que cet obstacle est bien loin de donner une garantie absolue. Nous concluons donc que la superfétation, dans le sens véritable de ce mot, est possible pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, et que, si les faits les plus concluants invoqués en sa faveur n'établissent pas son existence d'une manière certaine, ils la rendent au moins très probable.

JACQUEMIER.

IV.

REVUE CLINIQUE.

KYSTE VOLUMINEUX DE L'OVAIRE, PONCTION ET ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE PERMANENTE, INJECTIONS IODÉES, MORT, AUTOPSIE.

Pendant notre internat, nous avons pu observer, dans le service de M. Briquet, une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. La relation de ce fait, intéressant sous plusieurs rapports, nous a paru emprunter un intérêt particulier à la discussion qui est soulevée dans ce moment devant l'Académie de médecine. Nous commencerons par exposer le fait dans tous ses détails et nous terminerons par quelques réflexions.

OBS. — Marie Bleq..., trente-neuf ans, couturière, entrée à l'hôpital le 30 novembre 1855, donne les détails suivants sur les antécédents relatifs à sa santé. Elle se portait habituellement très bien. Toujours bien réglée depuis l'âge de dix ans, elle fut mariée à vingt-trois ans; l'année suivante elle accouchait de son premier enfant; le travail fut laborieux. A vingt-cinq ans elle mit au monde un deuxième enfant, au milieu des champs et dans l'espace de quelques minutes. La vie de cette femme était assez pénible; elle passait les nuits à prendre des perdreaux, il lui arrivait souvent de coucher sur la terre humide.

Les premiers symptômes relatifs à la maladie qui l'amène à l'hôpital remontent à sept années: à cette époque, cette femme constata dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une petite tumeur extrêmement mobile, indolente; en même temps apparurent des vomissements qui durèrent environ deux mois. Quelques mois plus tard, la malade consulta plusieurs médecins; le ventre était plus gros et, quoique les règles persistassent, on pensa à l'existence d'une grossesse.

Le ventre continua de grossir pendant cinq années; il présentait, il y a deux ans, un volume plus considérable que maintenant. A cette époque, la malade fut prise de douleurs vives, qu'elle compare à celles de l'enfantement et qui durèrent deux jours. Accablée de fatigue, elle s'endormit, mais bientôt, tombée de son lit, elle s'éveilla, constatant l'issue au travers du vagin d'une quantité considérable de liquide. Le ventre perdit son volume, des accidents généraux se montrèrent, mais tout rentra vite dans l'ordre, et trois mois après son accident, cette femme reprenait son métier de braconnière.

Cette guérison spontanée dura six mois; ensuite le ventre augmenta considérablement de volume et en fort peu de temps. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans, l'abdomen n'a cessé de grossir pour arriver au développement qu'il présente aujourd'hui.

État actuel, 30 novembre 1855. La malade, petite, d'une constitution nerveuse, est maigre, sèche, quoique le système musculaire soit encore assez développé; sa santé est bonne, elle a bon appétit, digère bien; elle se plaint de respirer difficilement et d'avoir un ventre trop gros et trop lourd à porter. L'abdomen fait une saillie considérable; c'est un cône dont le sommet serait vers l'ombilic plutôt qu'un développement de tout le ventre. De l'appendice xiphoïde à la symphyse du pubis on compte 60 centimètres dont 28 au-dessus de l'ombilic et 32 au-dessous. Une ligne passant par les deux épines iliaques et l'ombilic mesure 48 centimètres.

La peau du ventre a sa coloration normale; elle est luisante, très tendue. Le palper fait reconnaître une tumeur complétement hors du bassin et dépassant de chaque côté les épines iliaques. L'utérus paraît occuper une situation normale; la paroi antérieure du vagin présente à gauche un léger relief qui fait partie de la tumeur.

La fluctuation est très évidente dans tous les points de la tumeur.

La percussion pratiquée de haut en bas donne une sonorité très manifeste jusqu'à une distance de 14 centimètres au-dessus de l'ombilic; depuis ce point jusqu'au pubis il y a matité absolue. Transversalement on trouve une sonorité tympanique sur les côtés et en arrière. Enfin on obtient des changements dans la sonorité et la matité chaque fois qu'on modifie la position de la malade.

Diagnostic. — Kyste séreux de l'ovaire, sans complications.

Le 5 décembre, on pratique la ponction sur la ligne médiane à 8 centimètres au-dessus du pubis. Il s'écoule 4 litres d'un liquide clair, limpide, analogue à celui de l'ascite. Ce liquide se coagule par la chaleur, précipite par l'acide nitrique; traité à chaud par la liqueur cupro-potassique, il donne une coloration d'un beau violet.

La canule est laissée à demeure et fermée. Légère compression du ventre au moyen d'une large bande de diachylon.

Le 6, dans la soirée, la malade a eu quelques frissons et un peu de fièvre. Ce matin pas de changement dans le pouls; 2 litres de liquide bien transparent sont évacués de l'intérieur du kyste.

Le 7, aucun accident; on fait écouler un demi-litre d'un liquide trouble rougeâtre.

Le 9, quelques cuillerées d'un liquide puriforme sortent par la canule. Le kyste paraît revenu beaucoup sur lui-même. On sent une masse dure située sur la ligne médiane; la canule n'est pas libre dans la cavité, il semble qu'elle soit passée à travers la masse dure.

Le 10, dans la soirée, la malade a eu des frissons; le liquide du kyste est purulent, un peu odorant; injection d'eau tiède.

Le 11, liquide purulent, injection d'eau tiède, quelques ganglions douloureux au pli de l'aine du côté droit.

Le 12, liquide du kyste purulent et fétide; injection de teinture d'iode au tiers: état général bon.

Le 13, le liquide est moins fétide; nouvelle injection, compression du ventre.

On continue de faire chaque jour une injection iodée dont on laisse une bonne partie dans la cavité du kyste; mais plus on va, plus l'injection pénètre difficilement; il semble que la paroi du kyste vienne s'appliquer sur l'orifice de la canule: le liquide est toujours plus ou moins fétide; il renferme des détritus d'un blanc jaunâtre.

En même temps la santé générale s'altère; une diarrhée séreuse que rien ne peut arrêter vient épuiser les forces de la malade.

Le 31, on remplace la canule par une sonde de gomme qui pénètre plus aisément et qui facilite l'injection.

Les jours suivants, l'état général va s'aggravant, la diarrhée continue, le pouls est très petit, très faible. Le 15 janvier, un érysipèle se montre sur la face; enfin, le 19, la malade succombe.

Autopsie. Les différents organes sont sains, pas d'abcès métastatiques.

Les parois du gros intestin sont considérablement épaissies, elles ont près de 1 centimètre; elles sont dures et présentent à leur face interne de nombreuses ulcérations.

Le kyste a son point de départ dans l'ovaire droit; il est très rétracté, ses deux parois antérieure et postérieure sont très rapprochées. L'aspect général est celui d'une galette qui aurait 18 centimètres verticalement et 15 centimètres dans le sens transversal. La surface extérieure du kyste tient complétement à la paroi antérieure de l'abdomen, elle adhère de plus à quelques anses de l'intestin. Les parois du kyste sont fibreuses, d'une épaisseur qui varie suivant les points; généralement elles n'ont que quelques

millimètres, mais dans trois points il y a de véritables masses. De ces trois tumeurs, deux répondent à la face postérieure du kyste, une à la face antérieure. Cette dernière a été complétement traversée par la ponction; ces masses sont formées d'éléments fibreux analogues à ceux qui constituent les parois du kyste.

La face interne du kyste est tapissée par une sorte de membrane d'une couleur jaunâtre, très résistante et d'une épaisseur qui varie de 1 millimètre à 5 millimètres. Des parcelles de cette membrane se trouvent dans le liquide que contient le kyste. Cette membrane est évidemment formée par une combinaison d'iode et de matière organique. Elle ne renferme aucun vaisseau; on la sépare assez facilement de la paroi du kyste.

Réflexions. — La lecture de cette observation peut fournir matière à quelques remarques. Il y a là un exemple rare de rupture d'un kyste de l'ovaire au travers du vagin avec récidive au bout de six mois.

Le kyste était très volumineux puisqu'il contenait environ 7 litres de liquide : c'est là une condition défavorable pour le traitement; mais ce kyste renfermait un liquide complétement séreux, ses parois étaient minces dans la plus grande partie de leur étendue, enfin sa position hors du bassin le rendait plus accessible à l'instrument et facilitait l'établissement des adhérences avec la paroi abdominale: toutes conditions très favorables pour le succès de l'opération. Cependant la malade a succombé aux accidents de l'infection putride. Faut-il en accuser le procédé employé? C'est là une question difficile à résoudre (1). Le contact du kyste avec l'air extérieur a-t-il été la cause de cette altération du liquide contenu, altération que des injections iodées journalières n'ont pu empêcher? Je laisse à d'autres le soin de se prononcer, mais je veux attirer l'attention des médecins sur un point qui me paraît nouveau. J'ai décrit à la face interne du kyste une sorte de membrane que je considère comme formée par la combinaison de l'iode avec les matières albumineuses qui s'épanchent à la surface du kyste. Cette membrane, que j'ai déjà observée dans d'autres cas, peut prendre des proportions considérables comme épaisseur. Elle paraît non organisable; peut-être serait-elle un obstacle à la guérison du kyste, sa résorption devant être très lente. J'ai déjà posé cette question dans ma thèse inaugurale ; elle me paraît importante.

Certes, le coagulum d'iode et d'albumine s'absorbe peut-être par suite du passage de l'iode à l'état d'iodure ou d'iodate solubles; mais comme l'absorption est lente, il y a peut-être inconvénient à faire chaque jour un nouveau coagulum au moyen d'une nouvelle injection; c'est du reste ce qui semble ressortir de l'examen d'un kyste traité par les injections journalières. Cette membrane iodo-albumineuse doit agir comme corps irritant, sans compter une certaine proportion d'iode restée en suspension dans le liquide de l'injection, qui irrite encore les parois du foyer. F. Dolbeau.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1856.

Physiologie. — *De l'influence de la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou choc précordial*, par M. le docteur *Hiffelsheim*. — Ce travail a pour objet une série d'expériences entreprises dans le but de vérifier, sur des animaux vivants, la théorie des mouvements du cœur, que M. Hiffelsheim a exposée dans ses deux précédents mémoires, où il a établi que le cœur bat parce qu'il éprouve un mouvement de recul lors de la sortie du liquide par les orifices artériels.

Mais il fallait, dit l'auteur, voir si l'interruption de la circulation des artères du cœur entraînerait la disparition du choc précordial. A cet effet, après avoir constaté ce choc chez un animal (lapins, chiens) dans sa station normale, je le renverse, et j'introduis dans la trachée une sonde pour la respiration artificielle; puis j'ouvre le flanc droit, en perdant le moins de sang possible. A cet effet, on conserve intactes les parois près de l'aisselle, du sternum et près de la colonne vertébrale. Après m'être assuré, la poitrine étant ainsi ouverte en partie, que le cœur ne bat plus sensiblement, l'animal étant sur son dos, et, au contraire, très normalement quand il est sur ses pattes, je lie successivement les veines caves avec des serres-fines à larges mors ; le choc du cœur, diminué par l'une des veines, s'éteint lorsque toutes deux sont liées. Pour les yeux, rien n'est modifié dans les changements de forme du cœur, c'est-à-dire ses mouvements relatifs. Il faut redresser l'animal sur ses pattes pour constater, soit la présence, soit l'absence du choc précordial dans ses conditions anatomiques à peu près normales. Si alors j'enlève encore successivement les serres-fines, je sens le choc et l'ébranlement thoracique renaître, puis reparaître complétement. On peut ainsi renouveler l'opération dix fois en une heure. Les ligatures en fil donnent des résultats plus absolus en oblitérant très complétement les vaisseaux, mais la répétition prend trop de temps. La ligature de l'aorte et de l'artère pulmonaire donne le même résultat, mais compromet bien plus vite l'existence de l'animal.

Aussitôt que l'on ouvre la poitrine, chez un certain nombre d'animaux, on voit les mouvements du cœur se ralentir très notablement. Au bout d'une ou deux minutes d'insufflation d'air, les contractions reprennent leur rhythme normal.

En appliquant un courant continu de la pile de Pulvermacher, j'ai vu ces mouvements se ranimer bien plus énergiquement. Généralement, lorsque l'opération est faite dans de bonnes conditions, l'animal vit une heure. La ligature des deux veines caves, quand elle est complète, entraîne la mort en quatre minutes. Celle de l'aorte n'exige pas la moitié de ce temps.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie voit avec bonheur, au nombre des membres présents à la séance, M. *Regnault*, dont la santé lui a inspiré naguère de si vives inquiétudes.

Anatomie. — *Observations sur la structure de la rétine de certains animaux*, par M. *Henri Müller* (de Würzbourg). L'auteur a confirmé par de nouvelles recherches cette opinion déjà émise dans son ouvrage sur la rétine, à savoir, que cette partie fournit des caractères microscopiques dont on peut faire usage pour la distribution systématique des animaux vertébrés, à ce point qu'il est souvent possible de déterminer la classe, l'ordre et même le genre d'un animal, d'après un petit morceau microscopique de sa rétine. Ainsi M. Müller a trouvé que dans les esturgeons la couche des cônes et bâtonnets est composée d'après le type des oiseaux. Dans les cyclostomes, il n'y a que des cônes simples, pas de bâtonnets ; dans les plagiostomes, au contraire, il n'y a que des bâtonnets et pas de cônes. Un autre point remarquable est la présence de fibres nerveuses à double contour dans la rétine, chez le lapin, l'esturgeon et les plagiostomes. Enfin, il a observé dans les yeux de plusieurs chiens que le nerf optique est encore blanc à son entrée dans l'œil, et que, seulement dans la rétine, les fibres nerveuses deviennent pâles et transparentes. L'auteur pense que chez les lapins et les chiens, où la rétine est opaque et blanche dans toute l'étendue des fibres à double contour, la perception de la lumière doit être empêchée ou troublée aussi loin que cette particularité des fibres

(1) Voir sur ce point au *Premier-Paris*, page 771.

s'étend ; et de même, l'effet ophthalmoscopique du fond de l'œil, surtout de l'entrée du nerf optique, doit présenter des modifications remarquables dans tous les animaux où existe un état pareil, comme on le sait depuis longtemps pour le lapin. (*Comm.:* MM. Flourens, Milne Edwards, Valenciennes.)

CHIRURGIE. — *Traitement des fractures de la jambe, au moyen d'appareils hémipériphériques en plâtre, rendus favorables par la suspension*, par M. *Perier*. — Ces appareils, susceptibles de modification suivant les cas (et cependant il n'y a pas eu nécessité, dans dix applications, de les modifier d'une manière importante), embrassent toute la partie postérieure de la jambe et ne dépassent que de peu la moitié de la hauteur de ses faces latérales ; ils se relèvent à partir des malléoles, pour accompagner et soutenir la moitié de la face plantaire. Ils ont pour avantages principaux : 1° dans toutes les fractures de la jambe, de donner, par une contention toujours égale et uniformément répartie, tout ce qu'on peut demander à l'extension et à la contre-extension permanentes ; de n'exercer aucune constriction ; de faire disparaître la douleur ; de rendre impossibles les raccourcissements après application ; de pouvoir être enlevés sans aucun effort, sans destruction même d'une de leurs parties ; 2° dans les fractures intra-articulaires, de permettre, dans une certaine mesure, ces mouvements partiels du pied qui combattent heureusement la disposition à l'ankylose plus particulière à ces fractures ; 3° dans les fractures compliquées, de permettre, sans mobilité, comme aussi sans déplacements, sans altérations de l'appareil, l'emploi des irrigations, des applications topiques, des émissions sanguines locales, les débridements, les recherches d'esquilles, etc. (*Comm.:* MM. Velpeau, Cloquet, Jobert de Lamballe.)

CHIRURGIE. — *Note sur un nouvel instrument destiné à faciliter plusieurs des opérations qui se pratiquent sur les yeux, et notamment l'opération de la cataracte*, par M. *Castorani*. — Cet instrument, que l'auteur appelle *fixateur de l'œil*, sert à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire. Il peut servir également pour pratiquer la pupille artificielle, etc. Le manche de l'instrument étant convenablement placé, il suffit à l'opérateur de pousser un bouton pour que les deux branches de la pince s'avancent vers le fond de l'orbite, écartent les paupières et saisissent l'œil entre leurs mors, le maintenant ainsi fixé sans qu'on ait besoin du secours d'un aide. Cet instrument peut donc être utile aux médecins de campagne, qui souvent ne peuvent opérer une cataracte, faute d'un aide intelligent. (*Comm.:* MM. Velpeau, Jobert de Lamballe.)

CHIMIE. — *Note sur la coloration du papier sensible à l'ozone*, par M. *Cloëz*. — Contrairement aux assertions de M. *Bineau*, M. Cloëz a constaté par deux expériences : 1° que l'huile essentielle de térébenthine, qui a préalablement subi l'action de l'oxygène colore le papier aussitôt le contact, sans intervention de l'oxygène ; 2° que l'huile essentielle d'amandes amères, qui absorbe l'oxygène et produit de l'acide benzoïque, ne colore point le papier sensible à l'ozone.

D'autre part, contrairement à l'avis de M. *Scoutetten*, M. Cloëz établit expérimentalement que la coloration du papier réactif est indépendante de la présence des végétaux, et qu'elle est le résultat *d'une action simultanée de l'air, de la vapeur d'eau et de la lumière sur le papier*; action qui rentre dans celles que M. *Chevreul* a fait connaître dans ses recherches chimiques sur la teinture.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Détermination quantitative du soufre des eaux minérales*, note de M. *J. Maxwell Lyte*. — La présence des hyposulfites dans un grand nombre de sources rend inexact le procédé de M. *Dupasquier* (par la dissolution titrée d'iode), employé jusqu'ici pour estimer la quantité de soufre contenue dans les eaux sulfureuses. L'auteur propose de lui substituer un procédé qui consiste à précipiter le soufre à l'état de sulfure d'argent, au moyen de l'hyposulfite double d'argent et de soude dissous dans un excès d'hyposulfite de soude. Ce réactif se prépare en dissolvant le chlorure d'argent dans une dissolution d'hyposulfite de soude, et il se conserve bien pendant longtemps, surtout avec l'addition d'une ou deux gouttes d'ammoniaque.

MÉDECINE. — M. *Schnepf* adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. *Gendrin*, un historique des différents travaux qui ont eu pour objet l'application de l'auscultation au diagnostic des affections des organes de l'ouïe.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Cantal, des Pyrénées-Orientales, d'Eure-et-Loire, de la Haute-Saône, de la Haute-Marne, du Loiret, de la Somme et du Gard. (*Commission des épidémies.*)— *b*. Un rapport de M. le docteur *Debrest* sur le service médical des eaux minérales de Châteldon (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) *c*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Cantal et du Gers. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Pellarin*, chirurgien de la marine, sur les cas de fièvre jaune épidémique observés à bord de l'*Iphigénie*, du 5 au 23 janvier 1856. (*Commissaires :* MM. Mêlier et Giraudin.) — *b*. Une observation de M. le docteur *Morel* (d'Auteuil), sur un cas d'hydrophobie développée chez un enfant de cinq ans. (M. Renault, *rapporteur*.) — *c*. Un mémoire sur l'exfoliation de la muqueuse utérine chez la femme et dans quelques animaux domestiques, par M. le docteur *Girardet* (de Tours). (*Commissaires :* MM. Bouley et Depaul.) — *d*. Deux observations, l'une de kyste ovarique, l'autre d'hydropisie ascite, suivis de mort après l'emploi des injections iodées, par M. le docteur *Bouchard*, médecin en chef de l'hospice de Saumur. (M. Barth, *rapporteur*.) — *e*. Le résumé d'un travail sur la cataracte capsulaire, par M. le professeur *Henry Müller* (de Wurtzbourg. (M. Malgaigne, *rapporteur*.) — *f*. Un instrument construit par M. *Charrière* fils, d'après les indications de M. le docteur *Aug. Mercier*, et destiné à l'extraction de fragments de sondes et autres corps flexibles tombés dans la vessie. (M. Ségalas, *rapporteur*.)

— M. *Moreau*, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre l'opinion trop exclusive que lui a prêtée M. Trousseau ; il déclare n'avoir pas préconisé l'abstention pour tous les kystes ovariens, mais seulement dans le plus grand nombre des cas.

— M. *Velpeau* dépose sur le bureau un mémoire de M. le professeur *Gély* (de Nantes), relatif au traitement abortif des bubons vénériens. Les faits consignés dans ce travail ont été recueillis pendant l'hiver de 1852-1853 dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Nantes. Ils démontrent qu'on peut aujourd'hui introduire dans le traitement des bubons vénériens un principe véritablement utile et qui doit se formuler ainsi : « Il est possible d'arrêter dans sa marche le bubon vénérien et même de le faire avorter. On y parvient à l'aide de l'ouverture prématurée pratiquée par simple ponction avec le bistouri et mieux encore avec la lancette. C'est dès le début de l'engorgement aigu, quelquefois dans les trois ou quatre premiers jours de son existence que doit être pratiquée la ponction : elle est d'autant plus franchement abortive qu'elle est plus précoce. Elle peut cependant encore être utile plus tard. » C'est, le plus souvent, dans la couche cellulaire interposée entre le ganglion et la peau que se forment les premières gouttes de pus, en général dans un point unique et circonscrit. M. Gély n'a jamais introduit de sonde cannelée ni aucun corps étranger dans l'ouverture ; il n'a jamais exercé aucune pression sur le ganglion. (Le travail de M. Gély est renvoyé à la *Commission* chargée de l'examen du mémoire de M. Broca.)

— M. le *Président* annonce, au nom du bureau, que MM. *Beau* et *Roche* sont adjoints à la commission chargée de présenter un *projet de classification des causes des décès en France*.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Guérard*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport sur un *appareil destiné à la préparation de l'eau acido-carbonique*.

Après quelques observations présentées par MM. *Boullay*, *Gaultier de Claubry*, *Bouchardat*, *Londe* et *Guibourt*, et sur l'invitation de M. le *secrétaire perpétuel*, M. le rapporteur modifie la première rédaction de sa conclusion et propose la suivante :

« Répondre à M. le ministre que l'appareil de M. *Chaussenot* pour la préparation sur table de l'eau gazeuse paraît remplir toutes les conditions désirables, sans cependant offrir des qualités qui le

rendent préférable à d'autres appareils auxquels l'Académie a précédemment accordé son approbation. » (*Adopté*.)

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Piorry*, après quelques considérations générales sur les ovaires et les tumeurs de ces organes, discute la valeur, l'opportunité et les principales indications des différentes opérations qui leur ont été appliquées.

1° Les tumeurs de l'ovaire, peu volumineuses et mobiles, pourraient à la rigueur être excisées ; cependant, à cause des dangers qui l'environnent, l'*excision* ne devrait être tentée que dans les cas où les moyens physiques de diagnose, l'organographisme surtout, prouveraient que le mal augmente avec promptitude et que déjà des accidents sérieux surviennent. M. Piorry ne conseille pas cette opération : elle est tellement téméraire, qu'il faut avoir une audace *américaine* pour la pratiquer.

2° Ces tumeurs sont-elles bien constatées comme des kystes, la matité y est-elle absolue, touchent elles aux parois abdominales, est-il possible, par les caustiques et par les ponctions, de les fixer et de les rendre adhérents, alors ponctionnez largement, et injectez avec confiance de la teinture d'iode iodurée ou de l'alcool.

Ces injections sont sans doute applicables aux grands kystes à parois minces. Depuis longtemps, dit M. Piorry, j'ai proposé, comme M. Demarquay, de pratiquer d'abord l'évacuation de la sérosité et de n'avoir recours à l'injection que quand il ne reste qu'une faible quantité de liquide dans la cavité, dont les parois sont alors revenues sur elles-mêmes. On peut même tenter encore l'injection, mais sans grande chance de succès, quand des productions solides, inégales, épaisses coexistent avec le kyste.

3° La ponction palliative convient aux kystes volumineux, adhérents ou non, lorsqu'ils causent des accidents de compression dangereux. On y aura recours aussi pour les kystes ovariques multiloculaires; mais il faudra, avec le trocart, déchirer les cloisons.

Les kystes ovariques purulents ou hydatifères exigeraient de larges incisions sur des points adhérents, l'évacuation complète du pus ou des entozoaires, puis des injections alco-iodurées.

D'ailleurs, il me semble que, dans tous les cas, l'évacuation des liquides contenus doit être aussi complète que possible. Pour l'obtenir, j'ai l'habitude, après la ponction, d'introduire dans la tumeur et par la lumière de la canule une sonde de gomme élastique qui fait l'office de siphon. Il suffit de plonger dans l'eau l'extrémité libre de cette sonde pour empêcher l'entrée de l'air dans la poche.

Deux précautions d'une importance extrême doivent être prises si l'on veut diminuer les chances fâcheuses de l'opération elle-même ; la première, de s'assurer par la percussion s'il existe un ou plusieurs kystes, quelle est leur forme, quelles sont leurs connexions, et surtout si une anse d'intestin ne se trouve pas située entre la tumeur et l'enveloppe abdominale.

La seconde précaution consiste à faire coucher les malades après l'opération, et pendant vingt-quatre heures au moins, sur le côté du corps opposé à la ponction, pour éviter que les liquides du kyste s'écoulent dans le péritoine, et déterminent une péritonite promptement mortelle, comme je l'ai observé dans un cas. Depuis dix ans que je suis cette pratique, je n'ai vu que très rarement des péritonites générales succéder à la ponction abdominale.

M. Piorry termine sa communication par des propositions dont voici les principales :

« Des tableaux statistiques de succès ou de revers, pris en masse et sans le détail anatomique minutieux de chaque fait partiel, exposent aux plus étranges déceptions. Avant de songer à combattre par un moyen quelconque un kyste de l'ovaire, il faut appeler à son aide toutes les connaissances anatomiques et physiologiques, toutes les méthodes de diagnostic, à l'effet de déterminer le siége exact, la forme, le volume, l'épaisseur, les rapports de la tumeur, soit avec les viscères, soit avec les parois; la présence des adhérences, l'unité ou la pluralité des kystes, l'épaisseur des parois, la nature des liquides, etc. C'est de cette sorte qu'après avoir particularisé les cas, on arrivera à pratiquer les injections d'iode, non pas comme un moyen banal et empyrique, mais comme une excellente méthode dans les cas particuliers. — Le choix d'une méthode, d'un procédé opératoire, doit surtout reposer sur la connaissance exacte des lésions et des organes qu'il s'agit de traiter. »

M. *Gimelle* : « Les kystes de l'ovaire causent, en général, si peu d'accidents lorsqu'ils sont récents ou qu'ils restent stationnaires sous un petit volume, que les femmes ne s'en aperçoivent, la plupart du temps, qu'à la grosseur qu'acquiert le ventre. Pour mon compte, je connais sept femmes qui portent des tumeurs enkystées de l'ovaire depuis vingt-deux, dix-neuf, dix-huit et douze ans sans trop d'incommodité.

» Mais souvent aussi ces tumeurs acquièrent un volume considérable, et gênent les fonctions, non seulement des viscères du bas-ventre, mais encore des organes circulatoires et de la respiration. J'ai vu deux fois la matrice refoulée par leur poids et rejetée hors des grandes lèvres.

» Pour prévenir ces dangers, il est important que la chirurgie vienne au secours de la nature. L'art peut quelquefois conjurer les accidents, souvent en retarder la marche, et quelquefois opérer une guérison.

» Je regrette que nos honorables collègues aient laissé dans leurs discours, relativement au traitement chirurgical, ce vague et cette incertitude qui feront qu'en présence d'un kyste ovarique, qui se développe sans temps d'arrêt, le jeune praticien se trouvera plus indécis qu'il ne l'aurait été avant cette discussion.

» Faut-il agir dans tous les cas, et quand même? Non. Il ne faut recourir au traitement chirurgical que lorsque les progrès du mal sont incessants, lorsqu'on aura acquis la certitude que, si l'on n'arrête pas son développement, la tumeur arrivera à ce volume énorme dont la mort est toujours la conséquence, après un nombre de ponctions plus ou moins élevé. Alors il est du devoir du chirurgien de recourir aux injections, qui, d'après M. Velpeau, n'ont jamais aggravé la maladie, et ont eu pour résultats, entre les mains de M. Jobert, de diminuer les accidents d'une manière presque constante, et de procurer un certain nombre de guérisons. MM. Monod, Boinet et Demarquay doivent aussi des succès à cette méthode.

» Quels motifs pourrait-on alléguer pour se refuser à l'opération? Serait-ce l'espérance fondée sur un traitement médical? M. Trousseau déclare positivement qu'ici la médecine est impuissante. Voudrait-on compter sur une rupture spontanée ? Mais ces ruptures, rares d'ailleurs, donnent lieu à des accidents au moins aussi graves que ceux causés par l'opération. L'inflammation spontanée est aussi dangereuse que celle que l'on provoque artificiellement ; ses dangers peuvent même être plus considérables, parce que la cause en réside dans des altérations graves et impossibles à prévoir, soit du kyste, soit du contenu. L'opération, au contraire, agit sur un kyste sain, et l'inflammation consécutive a lieu dans des conditions plus favorables, n'y aurait-il pour ce résultat que l'étendue moindre du kyste et du péritoine qui le recouvre.

» La ponction répétée a produit quelquefois l'oblitération du kyste. Mais sur sept cas de ponctions suivies d'injections iodées, un seul, nous a dit M. Velpeau, a été suivi d'accidents inflammatoires, six semaines après l'opération. Après un si long intervalle, est-ce bien à celle-ci qu'on doit les attribuer? M. Jobert a vu l'inflammation diminuer à la suite des injections, et la guérison avoir lieu. MM. Monod et Boinet ont également rapporté des cas de ce genre.

» Les conditions qui indiquent l'opération sont, d'après moi, les suivantes : 1° que le kyste ne soit ni cartilagineux ni induré, et qu'il ne donne aucune sensation de corps durs ni squirrheux dans son intérieur; 2° que son volume ne dépasse pas un diamètre de 10 à 15 centimètres, ou qu'il soit ramené à cette dimension par des ponctions répétées, afin que l'inflammation, si elle se développe, soit bornée à l'espace le plus restreint possible.

» La présence d'une sonde laissée dans le kyste présente des inconvénients, en ce que l'introduction de l'air change un liquide inoffensif en un liquide purulent; et j'avoue que l'existence du pus dans une poche entourée d'organes importants, et que je ne puis pas atteindre, me fait craindre l'ouverture de cette poche dans le péritoine, et une mort inévitable.

» L'opération étant jugée nécessaire, il est rationnel d'évacuer

la poche, puis d'y injecter 125 grammes de teinture d'iode étendue de 30 à 40 grammes d'eau, de laisser cette injection pendant quelques minutes en exerçant sur le ventre des pressions légères, d'en faire sortir le plus que l'on peut sans exercer de compression, de retirer la canule et de prescrire un repos absolu.

» Deux personnes opérées dans ces conditions n'ont éprouvé aucun accident. L'une est devenue mère depuis sa guérison, et n'éprouve plus aujourd'hui la moindre incommodité. L'autre, âgée de dix-sept ans, et opérée en septembre 1855, jouissait d'une santé parfaite, et toute trace de kyste avait disparu chez elle, quand elle fut prise soudain, le 8 de ce mois-ci, de douleurs abdominales vives, de spasmes nerveux et de vomissements abondants; en même temps on sentit dans la région iliaque droite une tumeur du volume d'un œuf de poule et fort douloureuse à la pression. En huit jours cette tumeur devint grosse comme la tête d'un enfant à terme; mais le 14 octobre les règles ont paru abondamment, les douleurs se sont apaisées, et aujourd'hui la jeune fille se trouve dans de bonnes conditions de santé.

» Je m'abstiens d'apprécier le traitement des kystes de l'ovaire par l'électricité, que je n'ai jamais eu l'occasion de voir appliquer. »

Chimie médicale. — M. *Robiquet* lit une *Note sur la codéine.* Après avoir rappelé les opinions contradictoires de Magendie, de Kunkel, de William Gregory, de Barbier (d'Amiens) et de Martin-Solon, relativement aux effets physiologiques et thérapeutiques de la codéine, l'auteur rapporte les résultats suivants, qu'il a obtenus d'expériences récentes :

« Toutes les fois que la codéine est prise à haute dose (0gr,15 à 0gr,20) elle produit un sommeil lourd, paraissant causé par une sorte d'ivresse. Au réveil, le cerveau continue à être frappé d'engourdissement. Une fois sur cinq il y a eu nausées et vomissements.

» Si, au contraire, on ne l'administre qu'à la dose de 0gr,02 ou 0gr,03, les phénomènes de stupeur disparaissent pour faire place à une sorte de bien-être ou de calme; le sommeil est doux et paisible. Au réveil, le cerveau semble rajeuni par un repos réparateur. J'ai retiré surtout de bons effets de l'emploi de la codéine chez un hypochondriaque qui avait essayé sans succès toutes les médications possibles.

» Je me suis assuré, en expérimentant sur moi-même, que cet alcaloïde, loin d'être inactif, ne peut être donné sans imprudence à une dose dépassant 0gr,20 par jour.

» Les doses de codéine contenues dans les sirops de M. Cap et de M. Guibourt me paraissent trop fortes, et je propose d'adopter un sirop au millième, c'est-à-dire dont chaque gramme contiendrait 0gr,001 de principe actif.

» La codéine est souvent falsifiée : le plus ordinairement alors elle est mélangée avec le sucre candi. J'ai trouvé un moyen simple de reconnaître la fraude en mettant à profit la propriété que possède la codéine de dévier fortement la lumière polarisée. Pour cela, on pèsera très exactement 0gr,50 de codéine, et on les fera dissoudre dans 100 centimètres cubes d'alcool, marquant au moins 56 degrés centésimaux. Cette liqueur analysée optiquement, sans se préoccuper de la température, et en prenant pour point de repère la teinte sensible, déviera vers la gauche les rayons polarisés, de 11° au saccharimètre soleil, et de 30° au diabétomètre. Les déviations vers la gauche ne sont pas proportionnelles aux poids d'alcaloïde dissous. (*Comm.* : MM. Guibourt et Bouchardat.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la maladie appelée Insolation (*Insolatio*), **ou apoplexie de chaleur,** par le docteur Marcus G. Hill.

Les maladies des pays chauds sont mieux connues en Angleterre qu'en France, ce qui s'explique naturellement par le développement du système colonial de nos voisins et par la popularité de leur langue dans une grande étendue des régions équatoriales. Notre histoire des fièvres surtout gagnerait à s'éclairer des nombreux documents que contiennent sur ce sujet la littérature médicale américaine ou la littérature anglo-indienne, et dont on trouve la majeure partie dans les journaux plus particulièrement consacrés à la médecine des Antilles et à celle des Indes : New Orleans' Journal, Charleston Journal, Indian Annals. Voici, par exemple, une question sur laquelle ont beaucoup discuté, et discutent encore, les médecins qui ont pratiqué dans l'Inde, et qui, pourtant, dans nos traités classiques, se trouve en quelque sorte tranchée par l'unanimité du silence. Qu'est-ce que la maladie appelée dans les pays chauds *insolation*, *apoplexie de chaleur* (heat apoplexy)? Est-ce une affection spéciale, déterminée par l'action trop violente de la chaleur, analogue ou non à notre *coup de soleil*, ou n'est-ce qu'une forme de fièvre rémittente liée à toutes les conditions climatologiques des pays chauds? Chez les nosologistes français, les effets de l'action solaire sont rangés parmi les symptômes de la fièvre cérébrale, de la congestion encéphalique, de la calenture, de plusieurs autres formes morbides, et si vous ouvrez le dictionnaire de médecine en 30 vol. à l'article *Insolation*, vous y trouverez : voy. *Érysipèle*!

Or, M. G. Hill vient apporter un nouvel appui à l'opinion, d'ailleurs assez accréditée, qui place dans l'ensemble des conditions climatologiques, et non exclusivement dans l'excès de chaleur, l'étiologie de l'affection dite *Insolatio*, et la rapporte nosologiquement à l'espèce des fièvres rémittentes. Son observation personnelle ne s'appuie que sur quatre cas observés à la station civile de Howrah (Inde anglaise) sur des employés de la compagnie du chemin de fer; et, quoique l'un des malades ait succombé, le crâne n'a pas été ouvert. Mais M. Hill a compilé les auteurs qui se sont occupés du même sujet, et a construit avec ces éléments un travail critique des plus intéressants. Il nous serait impossible de le suivre dans ses nombreuses citations; mais nous poserons, au moins d'une manière générale, les termes de la question.

La fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, *causus* d'Hippocrate, *fièvre ardente* des modernes, est caractérisée, on le sait, par des symptômes qui se rapprochent, jusqu'à un certain point, de ceux de la fièvre jaune, et il est même des cas où la distinction devient impossible. Dans ces deux formes pathologiques, céphalalgie, habituellement très intense, frissons irréguliers suivis de chaleur vive, conjonctives injectées, parfois somnolence dès le début, constipation ou diarrhée bilieuse; teinte ictérique de la peau; plus tard, délire, stupeur, coma. Des *rémissions* s'observent dans la fièvre jaune comme dans la fièvre bilieuse. A l'autopsie, pas de lésions intestinales caractéristiques; très souvent intégrité parfaite de la muqueuse de l'intestin grêle et des côlons, ainsi que de la rate; dans les autres cas, simple rougeur de la muqueuse, avec plaques ecchymotiques; souvent aussi aucune lésion dans l'encéphale; les poumons, dans l'une comme dans l'autre affection, offrent quelquefois des taches ecchymotiques plus ou moins profondes, parfois apoplectiformes, et le mémoire que nous analysons en ce moment insiste particulièrement sur ce caractère anatomique de la fièvre ardente. Voilà pour les analogies. Quant aux différences, elles consistent principalement en ce que la tendance hémorrhagique est plus prononcée dans la fièvre jaune, où elle se manifeste par des *épistaxis*, des *vomissements noirs*; en ce que les rémissions y sont moins marquées et ne s'y montrent qu'exceptionnellement; enfin en ce que le foie, d'après les observations de M. Louis, paraît être constamment altéré, tandis qu'il est, le plus souvent sain, du moins en apparence, dans la fièvre bilieuse.

Fièvre rémittente bilieuse, fièvre jaune, qu'elles appartiennent ou non à la même espèce nosologique, constituent, en tout état de cause, deux manifestations morbides qu'on ne saurait raisonnablement attribuer seulement à l'influence de la chaleur. Il nous paraît évident que cet ensemble de désordres, dont notre propre climat nous offre le tableau amoindri dans la fièvre bilieuse simple et dans l'*ictère grave*, dérive essentiellement des mêmes *circumfusa* qui engendrent chez nous ces dernières fièvres, et que la haute température est seulement la condition qui, soit en augmentant l'énergie des causes essentielles, soit en modifiant les organismes sur les-

quels ces causes agissent, donnent à la maladie son intensité particulière et lui impriment son cachet.

Cela posé, il s'agit de savoir s'il existe dans les pays chauds une affection qui, tout à la fois, puisse être différenciée des précédentes, du moins de la fièvre rémittente, et doive être rapportée à l'action exclusive et spécifique de la chaleur.

Il est clair que la question se réduit presque entièrement à la détermination de la forme symptomatologique ; car il est impossible d'isoler expérimentalement l'action de la chaleur de celle du climat ; tandis qu'un ensemble de symptômes différents de ceux du *causus*, un ensemble tel qu'il fût conforme à ce qu'on sait des effets d'une haute température sur l'économie, et fût en même temps dégagé de cette symptomatologie compliquée qui accuse, dans le *causus*, l'intervention d'autres influences ; un tel ensemble, développé au milieu de chaleurs excessives, serait favorable à l'opinion qui maintient l'existence indépendante du *heat apoplexy*. Il en serait de cette affection comme du *coup de soleil*, dont l'existence n'est pas contestée, parce que, en même temps que son développement a suivi l'exposition aux rayons solaires, il traduit très bien la spécificité de cette influence par la rougeur de la face, la congestion cérébrale, la rougeur des conjonctives, et par l'absence des symptômes ordinaires des fièvres graves.

Or, sans vouloir trancher une difficulté à l'égard de laquelle nous manquons d'expérience personnelle, nous penchons à croire que le *heat apoplexy* ne se résout pas, comme le veut M. Hill, dans la fièvre rémittente. On voit d'ailleurs, par les citations mêmes qu'il a empruntées à MM. Mackinnon, Martin, Mouat, Henderson, Murray et Gordon, que ces auteurs, s'ils ne contestent pas une relation assez étroite entre les deux espèces morbides, sont loin pourtant de les assimiler l'une à l'autre, et que plusieurs croient à l'action isolée de l'excès de chaleur. M. Mouat, l'un de ceux qui se sont le plus distingués dans l'étude des maladies des pays chauds et dont nous avons pu apprécier, à Paris même, il y a deux ans, la valeur personnelle, M. Mouat, parlant de l'*insolatio*, écrit : « Cette affection n'a pas la caractéristique des fièvres endémiques de l'Inde ; c'est, autant que je puis la définir, un *causus* régulier, ou *fièvre ardente*, provenant d'une excessive chaleur agissant sur le système nerveux excité et irritable des Européens non acclimatés. » M. Murray n'établit pas cette distinction ; mais il admet, pour les fièvres rémittentes elles-mêmes, l'étiologie acceptée par M. Mouat pour le *causus* régulier. En effet, s'il remarque que les auteurs n'ont pas bien démontré l'action du simple excès de chaleur sur la production des fièvres de l'Inde, il ajoute aussitôt, en son propre nom : « Il ne paraît pas douteux que les fièvres rémittentes analogues à la fièvre jaune proviennent fréquemment de la simple influence de la chaleur solaire et atmosphérique, qui excite le système nerveux et rend le sang plus *raréfié*, plus irritant pour le cœur et les artères. »

Cette affection, cette *insolatio*, qui serait différente de la fièvre rémittente, le mémoire que nous analysons n'en contient pas, et c'est regrettable, la description symptomatologique et anatomique ; mais nous pouvons en donner l'idée en disant qu'elle se distingue principalement par deux caractères. D'une part, elle n'est pas rémittente dans le sens propre du mot, et n'est sujette qu'à ces exacerbations et à ces détentes irrégulières que présentent la plupart des fièvres ; c'est, comme le dit M. Mouat, un *causus* régulier, une fièvre ardente simple. D'autre part, elle est une sorte de diminutif de la vraie fièvre rémittente ; elle se développe plus brusquement, marche avec plus de rapidité, offre moins les apparences de la prostration, de la stupeur et se distingue plutôt par l'acuité des symptômes. Ses caractères anatomiques sont à peu près les mêmes que dans le *causus* (y compris les ecchymoses pulmonaires) ; mais ces caractères sont moins accentués et les intestins notamment sont plus souvent exempts d'altération. Telle est, en abrégé, la physionomie générale de cette maladie, si nous avons bien apprécié les citations partielles que contient le mémoire de M. Hill, et si nous avons conservé un souvenir fidèle de nos lectures. On voit par là qu'on s'en ferait une très fausse idée si on la rapprochait de ce que nous appelons en France : *coup de soleil*. (*The Indian Annals of Medical Sciences*, octobre 1855.)

Résumé des premiers essais faits à l'hôpital Saint-Louis, sur l'hydrocotyle asiatique dans le traitement de la lèpre et celui de l'eczéma chronique, par M. Al. Devergie.

Les lecteurs de la Gazette hebdomadaire sont au courant des premiers essais thérapeutiques dont l'hydrocotyle asiatique a été l'objet (*Gaz. heb.*, t. Ier, p. 592) ; nous pouvons donc nous dispenser de suivre M. Devergie dans son court historique, et passer immédiatement à l'exposé des expériences qu'il a faites avec de l'hydrocotyle à l'état de feuilles, d'extrait alcoolique et d'extrait aqueux, le tout expédié de la pharmacie du gouvernement de Pondichéry, sur la demande du ministre de la marine.

N'ayant à sa disposition que 500 grammes environ de la plante, M. Devergie ne voulut pas se servir du médicament en sirop, comme le recommande M. Boileau, ce confrère lépreux qui a voué une reconnaissance à l'hydrocotyle. Il employa seulement les extraits et l'infusion (le principe aromatique de la plante se perdant par la décoction). L'infusé fut d'abord de 15 grammes pour un litre d'eau ; mais plus tard, la dose, pour être bien supportée, dut être réduite à 8 grammes. L'extrait aqueux fut bientôt abandonné, et l'extrait alcoolique employé seul, comme contenant une plus grande proportion de principe actif.

M. Devergie a d'abord traité trois *lépreux*, dont voici en peu de mots l'observation.

Obs. I. — Le premier lépreux, Grec d'origine, était bien constitué, dans la force de l'âge, d'une santé très peu altérée par la maladie. Il fut mis à l'usage journalier de la tisane et des pilules d'extrait aqueux de 5 centigrammes, en commençant par une et augmentant d'une pilule tous les cinq jours ; c'était le 1er août 1853. Arrivé à sept pilules par jour, il fut pris de phénomènes très remarquables, et tout à fait semblables à ceux que produisent les poisons narcotico-âcres : étourdissements, éblouissements ; regard incertain, plus ou moins fixe ; vacillation des membres, physionomie plus ou moins analogue à celle de l'ivresse, malaise général, anorexie, affaiblissement, démarche incertaine, céphalalgie, tendance au sommeil. Cet état ne fut pas passager chez le malade, malgré la suspension des médicaments ; il dura cinq à six jours, en perdant peu à peu de son intensité, mais en laissant une prostration des forces qui persista, et un dégoût pour les aliments qui fut assez prononcé pendant une quinzaine de jours.

Le malade sortit de là assez amaigri, mais il reprit bientôt son traitement.

Quant à l'action de l'hydrocotyle sur l'*état lépreux*, il fut peu marqué. Le malade y gagna cependant une diminution notable de l'empâtement des mains et de la figure, de sorte que les tubercules en devinrent plus saillants, car ils n'avaient pas perdu de leur volume. Les arcades sourcilières et le nez se trouvaient moins volumineux. Mais il s'était développé quatre ou cinq tubercules, et la sensibilité des mains était plus obtuse, au dire du malade. C'est alors qu'étant arrivé au 3 novembre, le traitement fut cessé. Le malade avait supporté 20 centigrammes d'extrait alcoolique par jour dans cette seconde période du traitement.

Les phénomènes d'intoxication qu'on vient de voir rendirent l'auteur plus circonspect à l'égard des deux autres lépreux.

Obs. II. — Homme de quarante ans. Aspect hideux. Affaiblissement, parole lente, voix cassée, maladie très ancienne.

Le sujet fut mis à l'usage de l'hydrocotyle en tisane et en pilules d'extrait alcoolique de 25 milligrammes chacune, en débutant par une pilule et augmentant d'une tous les quatre jours. Dans les premiers temps de l'emploi du médicament, le malade annonçait se trouver mieux, mais il avouait qu'il en avait été ainsi toutes les fois qu'il changeait de remède, et il en avait pris de toute sorte. Cette amélioration dans l'état général ne fut pas de longue durée ; néanmoins, une grande partie des ulcérations qu'il portait avaient paru se cicatriser ; arrivé à 5 pilules par jour, c'est-à-dire à 125 milligrammes d'extrait alcoolique d'hydrocotyle, il fut pris de tous les accidents observés sur le premier malade ; et comme il était beaucoup plus gravement atteint de la lèpre et dans une période plus avancée, que d'ailleurs il était déjà très affaibli, ces effets de l'hydrocotyle asiatique le jetèrent pendant six semaines dans un état de prostration extrême. C'était d'ailleurs la similitude la plus complète entre les deux malades quant aux effets toxiques, et il ne saurait exister aucun doute à cet égard.

Obs. III. — Chez le jeune enfant D... (de l'île Bourbon), on ne dépassa

pas la dose de 4 pilules d'extrait alcoolique à 25 milligrammes chacune ; mais, après six semaines de son usage et de celui de la tisane, dont il prenait jusqu'à trois verres par jour, ne voyant aucune amélioration survenir, remarquant, d'ailleurs, que l'enfant perdait l'appétit et les forces, on dut abandonner la médication. Les effets à la fois nuls, et plutôt fâcheux comme influence générale, furent appréciés par les parents eux-mêmes, qui engagèrent M. Devergie à supprimer l'usage d'un moyen dont ils avaient cependant entendu vanter l'efficacité à l'île Bourbon.

Ce qui ressort de ces faits, outre l'absence de résultats utiles, c'est que l'hydrocotyle est une substance très active qui peut devenir toxique. M. Lépine avait dit : « Nous pouvons assurer que l'hydrocotyle asiatique n'exerce aucune action délétère sur l'économie. » Et d'un autre côté il regarde la *vellarine* comme le principe actif de la plante. M. Devergie a prié M. Lefort, pharmacien habile, de poursuivre quelques recherches sur ce point. Ces recherches ne sont pas terminées ; mais elles ont déjà permis à M. Lefort d'établir que la vellarine ne figure dans l'hydrocotyle que dans la proportion de 1 sur 300 (et non de 1 sur 100, comme l'avait dit M. Lépine), et qu'une autre substance, probablement la résine verte, contribue à donner ou donne seule à la plante ses propriétés médicamenteuses.

Quant aux cas d'*eczéma* traités par l'hydrocotyle, ils sont au nombre de cinq. C'étaient des eczéma localisés, en général très rebelles. Le médicament a amené la guérison dans les quatre cas et dans un espace de temps assez court ; c'est donc là un résultat remarquable ; le médicament n'a développé aucun accident, soit du côté de l'estomac, soit du côté de la santé générale. La dose chez ces malades n'a pas dépassé 125 milligrammes d'extrait alcoolique par jour, on débutant par 25 milligrammes et augmentant tous les trois ou quatre jours de 25 milligrammes ; plus trois à quatre verres d'une tisane préparée par infusion, avec 40 centigrammes de plante desséchée pour 1000 grammes d'eau.

Observation d'accès de fièvre intermittente à forme péripneumonique, par M. Lecointe.

Nous empruntions récemment au Bulletin thérapeutique (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 41, p. 726) une observation de pneumonie présumée intermittente, par M. Le Gros, et nous exprimions quelques doutes sur la légitimité de cette qualification. Le même journal rapporte un nouveau fait du même genre, mieux désigné que le précédent par le titre de *fièvre intermittente à forme pneumonique*, et aussi d'une signification moins contestable. En voici le résumé.

Obs. — M. M..., âgé de soixante ans, fait appeler M. Lecointe le 20 mai. Il a la fièvre depuis trois jours et se plaint d'un point de côté avec toux. Peau sèche ; 110 pulsations ; dyspnée ; toux fréquente ; crachats gluants et rouillés. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Absence de respiration vésiculaire et souffle tubaire dans le quart inférieur. Crépitation fine dans le voisinage. — 20 *sangsues sur le côté* (le sujet ayant refusé la saignée générale) ; *potion stibiée à 30 centigrammes.*

Le 21 mai, faiblesse extrême ; *pouls à 50* ; toux rare ; les crachats ne sont plus rouillés ; sédiment briqueté abondant dans les urines ; mêmes signes plessimétriques et stéthoscopiques que la veille. On apprend que deux cuillerées seulement de la potion avaient été prises et avaient provoqué des vomissements Dans cette même journée du 20, vers huit heures du soir, il était survenu un frisson violent suivi de chaleur et de sueur. Les trois stades avaient duré une heure et demie. — *Forte décoction de quinquina, édulcorée avec le sirop d'oranges ; quelques cuillerées de bouillon de bœuf.*

« Malheureusement, ajoute M. Lecointe, je devais sortir de Paris ce jour-là, et ne devais rentrer que vers sept heures du soir, très fatigué d'une longue route en voiture ; cependant, je donnai des instructions positives sur la possibilité d'un nouvel accès et sur la nécessité de venir me prévenir immédiatement. On ne vint pas. Le lendemain 22, j'appris qu'il y avait eu un second accès, bien marqué dans ses trois stades, mais moins intense que le précédent.

» Les symptômes de la pneumonie étaient les mêmes ; le pouls était remonté à 64 ; les urines contenaient encore un sédiment briqueté. Je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine.

» Le 23. La journée fut bonne, l'accès manqua complétement.

» La matité est presque nulle ; le souffle tubaire et le râle crépitant manquent complètement ; quelques râles muqueux vers le sommet du poumon ; la toux est rare, quinteuse, et n'amène que des crachats bronchiques.

» Par prévision, je prescrivis encore 60 centigrammes de sulfate de quinine et une potion contenant 10 centigrammes de kermès minéral.

» Le 24. Le malade est très bien, demande des aliments, consent encore, quoique à regret, à prendre quelques cuillerées de potion au kermès.

» 25, 26, 27, 28. Le mieux continue ; les dernières traces de la pneumonie et de la bronchite disparaissent, et je me trouve en face d'un de ces faits rares dans la science, mais déjà contrôlés par nos maîtres : d'une pneumonie compliquée d'accès intermittent pernicieux, guérie par le sulfate de quinine ; de sorte que l'analyse du résultat thérapeutique doit faire donner à ces affections le nom de fièvres intermittentes à forme péripneumonique. » (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 oct. 1856.)

— Comme nous le disions, ce fait justifie mieux que celui de M. Le Gros le titre que lui a donné l'auteur. La rapidité avec laquelle les accidents pneumoniques ont disparu à partir du moment où les accès ont été coupés, mérite principalement l'attention. Le 22, les symptômes *de la pneumonie étaient les mêmes* que précédemment, ce qui veut dire, aux termes du récit, qu'il y avait encore de la matité, du souffle tubaire, de la crépitation et des crachats rouillés, et le 23 au matin (l'accès ayant manqué le 22 au soir), la matité avait *presque disparu ;* le souffle tubaire et le râle crépitant étaient remplacés par le râle muqueux ; les crachats étaient ceux d'une simple bronchite. Nous regrettons toutefois (car les faits exceptionnels exigent une précision particulière) que l'auteur n'ait pas, jour par jour, décrit avec soin l'état de la poitrine. De même, pour qu'il ne reste absolument aucun doute, il faudrait savoir si le malade avait éprouvé des frissons *au début* de la pneumonie ; il est même un peu singulier que l'auteur, assistant à deux accès dont le premier avait lieu le jour de la première visite, n'ait pas songé à demander s'il y en avait eu d'autres auparavant. Car si l'on supposait que les accès ont commencé le 20 mai, c'est-à-dire après trois jours au moins de fièvre, en pleine hépatisation pulmonaire (puisque le souffle tubaire était bien marqué), il faudrait en conclure qu'il s'agissait, non d'une fièvre intermittente à localisation pulmonaire, mais d'une pneumonie ordinaire traversée par une fièvre intermittente.

Quant à la question touchée accessoirement par l'auteur, à savoir si le sédiment briqueté des urines peut être considéré comme un caractère séméiotique de *l'intermittence dans les maladies aiguës*, question sur laquelle il ne se prononce pas, nous croyons pouvoir être plus hardi que lui, en affirmant que ce phénomène, précieux dans beaucoup de cas, pouvant quelquefois servir à apprécier la marche des maladies aiguës, n'a aucune valeur séméiotique particulière dans les mêmes maladies compliquées d'intermittence.

VII.

VARIÉTÉS.

La Société anatomique reprendra ses séances le vendredi 7 novembre, à trois heures précises.

Les Bulletins de la Société anatomique de Paris, qui datent aujourd'hui de trente ans, sont les plus riches archives d'anatomie pathologique publiées dans notre pays ; mais, au milieu de ce nombre déjà considérable de volumes, dont quelques-uns, les premiers, n'ont que des tables fort imparfaites, les recherches devenaient de plus en plus longues et difficiles. Un ancien membre de la Société, M. le docteur Bouteiller fils (de Rouen), a eu l'heureuse, nous pourrions dire la courageuse, idée de faire la table générale et raisonnée de ces trente volumes ; avec l'aide de M. le docteur Murelle, son compatriote, il vient d'achever cette œuvre laborieuse.

Vendredi dernier, 24 octobre, les membres du comité de la Société témoignaient leur reconnaissance à MM. Bouteiller et Murelle, en les conviant à un banquet qui marquait le terme de leurs travaux.

Le premier toast, porté spontanément par tous les assistants, s'adressait à M. le professeur Cruveilhier, président perpétuel et fondateur de la Société actuelle, auquel des circonstances indépendantes de sa volonté n'avaient pas permis d'assister à cette réunion, toute remplie d'amicale gaieté. U. T.

Prix proposés.— La *Société de médecine de Lyon* accordera une médaille d'or de 300 francs au meilleur mémoire qui sera adressé, avant le 1er octobre 1857, à M. P. Diday, secrétaire général, rue des Célestins, n° 5, sur la question suivante : « Des maladies de l'âge critique chez l'homme et surtout chez les individus qui se livrent aux travaux de cabinet. »

— La *Société médico-chirurgicale de Paris* décernera un prix de 500 francs pour la question suivante : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux. — Les mémoires devront être adressés avant le 1er juillet 1857, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville de Paris.

— *La Société de pharmacie de Paris* met au concours de 1857, la question que voici : « Étude de la composition des eaux distillées et des altérations spontanées qu'elles éprouvent. » Les candidats auront la faculté de choisir trois eaux distillées médicinales, celles par exemple, de fleur d'oranger, de menthe ou de laitue ou autres.— Les mémoires devront être adressés dans les formes ordinaires au secrétaire général de la Société avant le 1er juillet 1857. — Le prix est de 2,000 fr.

— La *Société médico-chirurgicale de Bologne* décernera un prix de 100 écus romains au meilleur mémoire qui sera adressé avant le 31 mai 1858, à son secrétaire général sur la question suivante : « Indiquer dans quelles maladies il convient d'employer l'électricité ; exposer les différents modes de son application et rechercher, à l'aide d'expériences nouvelles, si l'électricité est capable de transporter dans le corps vivant des substances pondérables et médicinales. »

— La *Société de médecine de Caen* propose une médaille d'or de la valeur de 300 fr. pour la meilleure solution de la question suivante : « État de la science sur le traitement des anévrysmes externes. Description exacte des diverses méthodes: ligatures, compression simple, compression et astringents combinés, électro-puncture, injections par les liquides coagulants.— Parallèles de ces divers procédés, faire entre eux un choix éclairé et appuyé par de bonnes et nombreuses observations. — Préciser les cas dans lesquels chacune de ces méthodes est préférable. » — Les mémoires devront être adressés à M. Étienne, secrétaire de la Société, avant le 31 mars 1857.

— L'*Académie des sciences et lettres de Montpellier* met au concours les questions suivantes :

Pour 1857. « Étude médico-chirurgicale des déviations utérines. — Prix 400 fr.

Pour 1858. « Des rapports de l'alimentation avec la respiration.

» Existe-t-il des aliments qui méritent le nom de respiratoires ?

» En cas d'affirmative, déterminer leur nature, et poursuivre leurs transformations depuis le moment de leur introduction dans les voies digestives jusqu'aux diverses combinaisons qui ont lieu dans l'acte respiratoire. » Prix 500 francs. — Adresser les mémoires avant le 1er août de chacune des années pour lesquelles le concours est institué, à M. le docteur Rompt, secrétaire de l'Académie, rue du Courrier, n° 13.

Par décret du 8 octobre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Commandeur : M. le docteur Blache, directeur de la santé, à Marseille ;

Chevaliers : M. le docteur Séjourné, médecin du Lazaret de Marseille ; M. le docteur Lafond, médecin des pauvres, des prisons et de l'hôpital de Bayonne.

— Le choléra disparaît rapidement de la Péninsule espagnole et est remplacé par des fièvres intermittentes, dont beaucoup sont pernicieuses.

— Voici quel est le nombre des médecins dans plusieurs grandes cités de l'Angleterre : À Londres, 5,100 (population, 2,362,236) ; à Liverpool, 192 (population, 375,955) ; à Birmingham, 131 (popul., 232,841). D'où il suit que la proportion des médecins, relativement au chiffre de la population, est (aux fractions près) comme 1 à 463 dans la première cité ; comme 1 à 1,958 dans la seconde, et comme 1 à 1,777 dans la troisième.

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à l'hôpital de Saint-Thomas, de Londres, pour l'ablation d'un doigt. Il résulte des détails de l'observation, que le sujet avait été opéré *assis*. On n'avait employé que 4 grammes de chloroforme sur une éponge. Les accidents se sont développés après une vingtaine d'inspirations. (*The Lancet*, n° 17.)

— Le journalisme médical pénètre jusqu'aux antipodes. Un journal qui a pour titre Australian Medical Journal vient d'être fondé à Melbourne.

— Il circule aux États-Unis un appel aux amis de l'émancipation du beau sexe, pour instituer à New-York une *École pratique de médecine* destinée aux femmes, et où ne seraient admis que les malades du sexe féminin et des enfants. Le motif de cette institution est que jusqu'ici l'entrée des hôpitaux ordinaires a été refusée aux *étudiantes*. Les *doctoresses* Élisabeth Blackwell et Maria Zakrzewska seront chargées de l'organisation du nouvel hôpital.

Association médicale. — On organise en Espagne une *Association générale de médecins*, analogue à celle qu'il avait été question, en 1848, de fonder en France. Le but de l'association, défini par les statuts, est d'améliorer la condition sociale et matérielle du corps médical, de veiller à l'observance de ses devoirs moraux, d'entretenir de bonnes relations confraternelles, d'assurer protection et secours à ceux qui se seront conformés aux prescriptions des statuts, de recueillir des documents relatifs à la statistique, à la topographie médicale et à d'autres questions d'hygiène publique. Il y a une *junte centrale directrice* siégeant à Madrid, de juntes provinciales et des juntes de district.

— Nous lisons dans l'Edinburgh Medical Journal des détails intéressants sur le nommé *Alexis Martin*, Canadien, rendu célèbre par sa fistule stomacale et le parti qu'en a tiré le docteur Beaumont pour ses expériences physiologiques. Il s'était, depuis ces expériences, retiré à Montreal, où il s'est marié et a eu cinq enfants. Mais, après environ un quart de siècle, il s'est mis de nouveau à la discrétion des physiologistes, et se trouve maintenant entre les mains d'un chirurgien anglais, le docteur Bunting. La fistule que porte Martin a pour origine un coup de feu qui avait emporté une portion de côte et ouvert la partie gauche de l'estomac. L'orifice est constamment tenu fermé par un bandage compressif, faute duquel les liquides gastriques s'échappent au dehors.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Bulletino delle scienze mediche (Bologne). — Août. Miliaire observée à Cotignola, en 1853, 1854 et 1855, par *Venturini*. — Hernie vaginale compliquée de rupture d'intestin, par *Massarenti*. — Choléra de Bologne, par *Verardini*.

Gazzetta dell'Associazione medica degli Stati Sardi. — N° 30. Quinquina et ses préparations, par *Azario*. — Du dynamisme en médecine, par *Zambianchi*. — 31. Observation de bronchite chronique, par *Frutti*. — 32. Sur l'amaurose et l'emploi de l'extrait hydro-alcoolique d'aconit, par *Albertotti*. — Dynamisme en médecine. — 33. Indications et contre-indications de la saignée dans les affections cardiaco-vasculaires, par *Poggeschi*. — 34. *Idem*. — Des maladies dites larvées, par *Zambianchi*. — 35. Saignée dans les affections du cœur, par *Poggeschi*. — 36. *Idem*. — 37. *Idem*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N° 29. Leçons de *Buffalini* (suite). — Choléra de Tanglia, par *Zannetti* et *Mori*. — 30. *Idem, idem*. — 31. Choléra de Versilia, par *Galligani*. — Leçons de *Buffalini*. — 32. *Idem, idem*. — 33. *Idem, idem*. — 34. *Idem, idem*. — 35. Choléra de Versilia. — Ulcère chronique de l'estomac, par *L. Faltani*. — 36. *Idem, idem*. — 37. Sur l'affaiblissement du vaccin, par *Scatvanti*. — Choléra de Versilia.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N° 28. De la fièvre et des fièvres, par *Pignacca*. — Action de certains venins sur le cœur et l'excitabilité nerveuse, par *C. Ambrosoli*. — Sur le choléra et les médecins communaux en Lombardie, par *Bonetti*. — 29. Fièvre et fièvres, par *Pignacca*.—Sur l'héméralopie, par *A. Quaglino*. — 30. *Idem*. — Le souffle caractéristique de l'épanchement pleural distinct du souffle tubaire propre à l'hépatisation, par *Casorati*. — 31. L'hémiplégie guérie par l'electricité, par *Viglezzi*. — Chorée guérie par la jusquiame, par *Lossetti*. — Chorée guérie par les inhalations du chloroforme, par *Viglessi*. — 32. De la fièvre et des fièvres, par *Pignacca*. — Rapport sur l'asile de Saint-Vincent (Milan), par *Bonati*. — Sur les maladies vénériennes, par *Adone Emmanuelli*. — Accouchement de trois enfants, par *Tibaldi*. — 33. Fièvre et fièvres. — Rapport sur l'asile de Saint-Vincent, par *Bonati*. Mort d'un enfant causée par une pierre dans le gosier, par *Tibaldi*. — De la vaccination et la revaccination dans les épidémies de variole, par *Curati*. — 34. Fièvre et fièvres. — Rapport sur l'asile, etc. — Sur le choléra et les médecins communaux en Lombardie, par *Bonetti*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 30 juin. Expériences sur les mouvements et les bruits du cœur exécutées par une commission de la *Société des sciences biologiques* de Turin. — Cas d'impuissance virile, avec diabètes ; guérison par la strychnine, par *Ferrini* — 15 juillet. — De la miliaire, par *Salla*. — Forme pleurétique pernicieuse ; guérison par la médication excitante ; par *Borsani*. — 31 juillet. Opérations sous-périostales et sous-capsulaires, par *Larghi*. — Des systèmes pénitentiaires, par *Bruna*. — De la miliaire, par *Salla*. — 15 août. *Idem*. — Systèmes pénitentiaires, par *Bruna*. 30 août. Miliaire primitive coïncidant avec la fièvre de lait, par *Girola*. — Empoisonnement par le phosphore, par *Marchiandi*. — Cas d'ascite, par *Linoli*. — Opérations sous-périostales et sous-capsulaires, par *Larghi*.

Il Filiatre Sebezio. — Juin. Constitution médicale de Reggio en février et mars 1856, par *Manmi*. — Juillet. Emploi comparatif du sulfate de zinc et du nitrate d'argent, dans l'ophthalmie chronique, par *Porta*.

Livres nouveaux.

De l'ophthalmoscope ; thèse pour le doctorat, par le docteur *de la Calle*. In-4 de 18 pag. av. 3 pl. Paris, L. Leclerc. 3 fr. 50

Manuel de l'allaitement et de l'hygiène des enfants nouveau-nés, par le docteur *L. Chandelux*. 1 vol. in-12 de 152 pag. Paris, Victor Masson. 2 fr.

Rapport sur le service de l'asile public d'aliénés de Rodez, adressé à M. le préfet de l'Aveyron, par le docteur *J. Chambert*. In-8 de 40 pag. Rodez, N. Ratery. 1 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 7 NOVEMBRE 1856. — N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 30 octobre, M. MILNE EDWARDS (Alphonse), bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'anatomie comparée et de physiologie des animaux près la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Haime, décédé.

— Par arrêté, en date du 3 novembre, M. MELAYS, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé secrétaire agent comptable de cette École, en remplacement de M. Godefroy, démissionnaire.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 6 novembre 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

La discussion engagée à l'Académie de médecine sur le traitement des kystes ovariques a été enfin portée sur le terrain de l'anatomie pathologique, où l'avait appelée, et déjà amenée lui-même, notre collaborateur M. Verneuil; elle y a été portée, dans la dernière séance, par M. le professeur Cruveilhier, avec toute l'autorité et la précision qu'on pouvait attendre de sa vaste expérience. Nous sommes assez heureux pour pouvoir reproduire à peu près intégralement son discours; on le lira certainement avec toute l'attention que l'Académie a mise à l'entendre.

Le premier enseignement qui sort de ce discours, c'est que l'innocuité de la ponction, dans l'immense majorité des cas, est assez bien établie aujourd'hui, et la possibilité de la cure radicale assez clairement démontrée, pour conquérir à la chirurgie active les praticiens les plus prudents et les plus réfléchis. Après trente ans d'une réserve dictée par quelques essais malheureux plus encore que par les prescriptions de la pratique traditionnelle, M. Cruveilhier, avec sa loyauté inaltérable, déclare qu'il y a lieu de tenter la cure radicale des kystes de l'ovaire.

Une autre remarque du même genre, c'est que le savant professeur, guidé uniquement par l'induction, et M. Boinet, appuyé sur de nombreuses expériences, tombent à peu près d'accord sur les conditions anatomo-pathologiques qui déterminent le degré de curabilité des kystes. Le premier veut qu'on respecte les kystes aréolaires et vésiculaires, les kystes multiloculaires à loges très multipliées et non communicantes; il n'accorde que peu de chances de guérison aux kystes, quels qu'ils soient, dont le contenu est fortement albumineux et surtout colloïde. Le second, dans son IODOTHÉRAPIE (p. 417 et suiv.), reconnaît, sans les croire insurmontables, les obstacles apportés à la guérison par la disposition multiloculaire; il déclare le succès impossible, du moins par les injections iodées, dans les cas de kyste aréolaire; il avertit que les kystes « qui laissent écouler un liquide clair, citrin, sont plus susceptibles de guérir que les autres; » que ceux, au contraire, dont le liquide a une coloration particulière plus ou moins prononcée, sanguinolente, couleur chocolat ou café, lactescente, etc., guérissent plus difficilement, surtout si ce liquide est épais, visqueux.» C'est quelque chose de significatif que cet accord entre la sagesse du praticien expérimenté et le zèle du novateur.

Laissant donc de côté les kystes aréolaires et vésiculaires, dont le contenu est toujours visqueux et souvent colloïde, il s'agit de savoir si, dans les cas de kystes à loges multiples et non communicantes, si dans les kystes uniloculaires ou multiloculaires contenant un liquide visqueux, ou brunâtre, ou lactescent, la cure radicale offre aussi peu de chances que le croit M. Cruveilhier, ou en offre autant que le soutient M. Boinet. Cette question se lie étroitement à celle de la méthode thérapeutique à mettre en usage; car la guérison, impossible avec une méthode, peut ne pas l'être avec une autre ou avec plusieurs méthodes combinées. La suite de la discussion nous donnera lieu sans doute de nous arrêter longuement sur ce point; mais nous ferons remarquer, dès

aujourd'hui, que la question même de la méthode à suivre est presque entièrement subordonnée à la détermination des effets propres de l'injection iodée. En effet, si l'on regarde la teinture d'iode comme un irritant énergique, susceptible de produire l'inflammation et la suppuration du kyste, offrant conséquemment des dangers qu'il n'est pas sage de braver plusieurs fois par des injections répétées, on optera avec M. Cruveilhier, dans les cas difficiles rappelés plus haut, pour la ponction simple avec canule à demeure, et on laissera forcément en dehors de ce traitement les poches multiloculaires. Si, au contraire, avec M. Boinet et d'autres chirurgiens, on croit que la teinture d'iode n'amène pas la suppuration du kyste, qu'elle contribue, au contraire, à rendre cette suppuration plus tardive, moins abondante, et à corriger la putridité du liquide, on préférera l'injection iodée à l'établissement d'une ouverture permanente, sauf à la répéter aussi souvent que de besoin ; on la pratiquera dans les kystes multiloculaires en attaquant une loge après l'autre ; enfin, quand la consistance du liquide aura engagé à laisser la canule ou une sonde après la ponction, on redoublera d'injections iodées précisément pour neutraliser les effets de l'ouverture permanente.

Nous soumettons sur ce point à M. Cruveilhier une observation. Il s'est montré rassuré sur le danger des ponctions par les trente opérations pratiquées sans le moindre accident par M. Jobert; pourquoi ne le serait-il pas par les mêmes expériences et par beaucoup d'autres encore sur les dangers de l'injection iodée? Car M. Jobert, dans le plus grand nombre de ces cas, sinon dans tous, ne se bornait pas à ponctionner : il injectait une liqueur iodée. Les expériences de M. Boinet ne sont pas moins rassurantes. Nous n'affirmons pas que l'injection ait été entièrement étrangère aux accidents phlegmasiques notés dans plusieurs de ses observations ; mais il nous paraît au moins hors de doute qu'elle a été, dans la très grande majorité des cas, absolument inoffensive, même quand il s'agissait de kystes albumineux. M. Nélaton, dans la conversation qu'a racontée M. Cruveilhier, a déclaré avoir tenté en vain la cure radicale de kystes à liquide visqueux. Soit; mais il n'a pas dit que l'injection de teinture iodée, même pure, eût amené d'accidents. Ce sont des insuccès; ce ne sont pas des malheurs.

Quant à nous, nous sommes surtout préoccupé de deux faits : l'un, mis en relief par M. Cruveilhier, et qui se trouve confirmé par un document que nous publions ci après, est que le danger des opérations pratiquées pour la cure radicale gît surtout dans l'inflammation et la suppuration du kyste, et non dans la péritonite; le second, démontré à l'envi par toutes les observations et signalé aussi dans le document dont nous parlons, est la rapide transformation d'un liquide séreux ou albumineux en liquide sanguinolent ou purulent après l'établissement d'une ouverture permanente. Ces deux faits rapprochés nous inspirent contre cette ouverture une grande répugnance. M. Boinet lui-même nous paraît ne pas la redouter assez ; car ses propres observations, notamment la 9e, la 10e et la 11e de son ouvrage, témoignent que l'injection de la liqueur iodée, si elle en atténue les effets, ne suffit pas à les prévenir entièrement. La précaution de fermer la canule avec un *fausset* est en grande partie illusoire. L'air pénètre chaque fois qu'on enlève le fausset, parce que le conduit n'est pas rempli par la colonne de liquide; il pénètre, et bien plus souvent qu'on ne croit, entre la canule et les parois de l'ouverture abdominale. Nous nous en sommes assuré, il n'y a pas bien longtemps encore, dans un cas où, espérant réunir les avantages d'une ouverture *disponible* et de l'occlusion de cette ouverture, nous avions fait confectionner tout exprès une canule à robinet. Dans notre conviction, il importe au plus haut degré de fermer l'ouverture immédiatement après l'injection, et il y a infiniment moins d'inconvénients à la pratiquer de nouveau, même un grand nombre de fois, qu'à la laisser béante. Moyennant cette précaution, nous n'hésiterions pas à tenter, comme M. Boinet, la cure radicale des kystes à loges non communicantes ou à contenu albumineux.

Sur ce chapitre, nous avons reçu, comme M. Cruveilhier, les confidences de M. Briquet, dans le service duquel ont été faites un assez grand nombre d'opérations. M. Briquet nous a dit aussi qu'il s'en était *dégoûté*, mais en faisant une réserve expresse au sujet des ponctions suivies d'injections iodées, avec occlusion immédiate de l'ouverture.

A. Dechambre.

Documents à consulter sur le traitement des kystes de l'ovaire.

On a souvent fait et l'on fera encore, dans le cours de la discussion qui occupe en ce moment l'Académie de médecine, appel aux documents historiques de la question pendante. Ces documents viennent précisément d'être rassemblés par M. le docteur Fock, sous l'inspiration de son maître M. Langenbeck. La Gazette hebdomadaire a pensé qu'elle ferait une chose utile et opportune en les empruntant au travail de M. Fock. Elle n'entend pas se les approprier, n'ayant pas eu le loisir d'en vérifier l'exactitude; mais elle les publie avec la confiance que lui inspire le mérite connu de l'auteur, en indiquant, chemin faisant, les conséquences pratiques qui en découlent (1).

I. Médication interne.

L'historique du docteur Fock, en ce qui concerne le traitement interne des kystes ovariques, est loin d'être encourageant. Seymour et Warren se louent de l'emploi de la liqueur potassique. Elliotson et Baron disent, il est vrai, avoir administré l'iode avec succès. Gairdner croit avoir enrayé pendant dix-huit mois la marche de la maladie chez une femme de soixante-deux ans, au moyen du même médicament. Ficinus assure avoir guéri une malade de vingt et un ans en lui donnant pendant trois mois la potion suivante : Tinct. iodi, aconiti et digitalis, ââ trois fois par jour, de 25 à 35 gouttes. Stokes préconise les eaux minérales iodurées. Mais rien ne prouve que ces prétendus enrayements du mal aient été l'effet du traitement. Beaucoup de kystes abandonnés à eux-mêmes ne marchent pas autrement. D'un autre côté, la médication interne a contre elle P. Camper, Morgagni et W. Hunter. Boyer n'a pu trouver, dans sa riche expérience, qu'un seul cas où les médicaments donnés intérieurement aient paru retarder la marche du kyste ; la mort eut lieu néanmoins au bout de trois ans, après que la ponction eut été six fois répétée.

C'en est assez pour montrer que, si l'on veut tenter la médication interne, il n'y faut pas assez compter pour risquer, en attendant trop longtemps, d'enlever au traitement chirurgical des chances de réussite.

II. Traitement chirurgical.

1° *Ponction simple.*

L'ensemble des essais tentés conduit, malgré un certain nombre de succès, à cette conclusion, que la ponction simple, plus ou moins souvent répétée, est rarement curative, et que, lorsqu'elle guérit, c'est souvent au prix d'accidents dangereux. En 1739, Samuel Scharp la rejetait; Callisen la regardait, en 1788, comme inutile ; et lorsque Chopart et Desault la patronèrent, Sabatier ne voulut l'employer que comme dernière

(1) Ueber die operative Behandlung der Ovarien Cysten, par C. Fock, Assistenz-Arzt der Universitäts Klinik, Berlin, 8°, 1856, chez J. Sittenfeld. — C'est sur ce travail que M. Schnepf a envoyé une note à l'Académie de médecine dans la dernière séance.

ressource. A.-G. Richter disait, à ce sujet : « A la première ponction, il sort du kyste une eau claire ; dans les opérations suivantes, c'est un liquide trouble, sanguinolent, purulent, et de plus en plus dense. Les opérations deviennent de plus en plus rapprochées, et les malades meurent au moins aussi tôt que s'ils n'eussent pas été opérés. »

C'est ce que les statistiques de Southam, de Th. S. Lee, de Kiwisch, ont démontré. De 132 malades, 103 moururent trois ans après la première ponction. Chez ces 103 malades, il y en eut 25 qui moururent peu de temps après l'opération ; 24 succombèrent dans les six mois suivants, 22 dans la première année, 21 dans la deuxième, et 11 dans la troisième année après la première ponction. Des 31 autres malades survivantes, 13 moururent dans les quatrième ou septième année, 3 succombèrent à des maladies autres que les kystes de l'ovaire, 7 n'ont pu être suivis, 3 furent soulagés, et 3 *radicalement guéris.*

Néanmoins, à côté de ces tristes statistiques, nous voyons Pitha guérir par deux ponctions un kyste contenant 30 litres de sérosité. Thomson cite un succès analogue après la quatorzième ponction, à la suite d'une inflammation violente du sac. C'est à cette cause qu'il faut rapporter la guérison de la malade de Ramsbotham.

Une malade que voyait M. Langenbeck fut guérie d'un kyste volumineux à la suite d'une péritonite intense. W. Robbs parle d'une femme de vingt-six ans, guérie de même après une couche pénible qui avait enflammé le péritoine. Cazeaux a vu guérir une femme de quarante ans dans des circonstances analogues.

Ces quelques succès conduisirent à de véritables abus. Ainsi Ford ponctionna 31 fois la même femme ; Cheselden, 57 fois. Hunter parle de 80 ponctions faites en vingt-six ans. Lorey (de Francfort-sur-le-Mein) voyait une malade qui fut ponctionnée 100 fois en trente ans. John Latham parle de 155 ponctions. Bamberger vit une femme de quarante ans qui en huit ans avait subi 253 ponctions (*Deutsche Klinik*, 1850, p. 132).

Ajoutons, comme résumé statistique capable de faire réfléchir, que sur 132 malades, 71 moururent un an après la première ponction.

Ainsi la ponction simple n'a guéri que très rarement. Dans le plus grand nombre des cas, elle n'a procuré qu'un soulagement temporaire, et transformé presque constamment, quand elle a été souvent répétée, des kystes séreux en des kystes purulents, avec fièvre hectique.

La suppuration du kyste, la péritonite concomitante, ont été parfois des instruments de guérison, mais dont le mode d'action ne donne guère envie de s'en servir.

2° *Ponction avec ouverture permanente.*

Ces accidents, que produit fréquemment la ponction simple, nous allons les voir résulter plus fréquemment, et avec plus d'intensité, de la ponction avec canule ou cathéter métallique à demeure. C'est à Celse que remonte cette pratique. Il se servait d'un tuyau de plomb. Richter remit cette méthode en honneur, et Olleuroth fut si enthousiasmé d'un seul cas de guérison obtenu de cette manière, qu'il voulait étendre le procédé au traitement des squirrhes et dégénérescences de l'ovaire. Il trouva un violent adversaire dans Bühring. Pagenstecher (d'Elberfeld) obtint encore un succès très beau. Kilian rejette les ponctions dans tous les kystes multiloculaires. M. Fock est de cet avis, et il ajoute que quand la cure radicale n'est pas possible par l'extirpation, il vaut mieux s'en tenir aux bains chauds, à la compression méthodique du bas-ventre, etc. « Seulement, dit-il, quand le contenu du kyste s'est ramolli, décomposé, il peut y avoir urgence de se servir de la canule ou sonde à demeure. L'état général, la fièvre hectique, les frissons, etc., indiqueraient l'urgence de l'opération. Il faut alors donner sortie aux substances en décomposition qui remplissent le kyste, et empêcher le séjour de celles qui se reformeront plus tard. »

Pagenstecher guérit dans ces conditions, par la sonde à demeure, une femme de vingt-six ans qui avait quatre kystes, et qui résista pendant cinq mois à la fièvre hectique et à la production continuelle d'une sanie fétide. L'année suivante, cette femme était si bien guérie, qu'elle devint enceinte et mit au monde un vigoureux garçon (*Rheinische Monatschrift*, février 1849).

Douglass cite un cas où le même procédé fut employé. Il s'écoula d'abord un liquide laiteux qui se transforma au bout de quinze jours en pus de bonne nature. Au bout de six mois, la malade était tout à fait bien (*Charleston Journal*, sept. 1851).

Ces différents succès ne changent rien à ce fait que le liquide obtenu par la ponction devient promptement purulent, s'il ne l'était tout d'abord, fait capital sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention. Voyons si les choses se comportent autrement quand la ponction est pratiquée par le vagin.

Ce fut Joach. Henckel qui, dans le siècle dernier, proposa le premier la ponction vaginale, en laissant une sonde à demeure. Schwabe revint, en 1826, à ce procédé, qui avait été délaissé. Kiwisch proposa de dilater l'ouverture de ponction avec le bistouri, chez une paysanne de trente ans, qui portait un kyste ovarique gros comme la tête et situé profondément dans le bassin. La canule resta trente heures dans le sac. Le liquide, qui était couleur brun-chocolat, était transformé à la seconde ponction, qu'on fut obligé de pratiquer dix jours après, en une sanie fétide et sanguinolente. La plaie ayant été dilatée et la canule assujettie, le pus continua à s'écouler pendant deux semaines. Il y eut une fièvre intense. Néanmoins, l'aspect du liquide devint peu à peu meilleur. La canule fut retirée quatre semaines après. La sécrétion se tarit, et la malade sort guérie quarante jours après la ponction. Un an après, sa santé était satisfaisante. (*Prag. Vierteljahrschrift*, vol. X, p. 87.)

Schnetter (de New-York) cite une observation analogue. Seulement, au moment où sa malade allait succomber après six jours de fièvre, de collapsus, de vomissements, etc., etc., il eut l'idée d'enfoncer son trocart profondément, et perça un second kyste indépendant du premier, contenant 5 livres de pus de mauvaise nature. Cinq ponctions furent faites en tout, et la sonde resta huit mois en place. La malade guérit dans le neuvième mois, et ses règles lui revinrent (*Verhandl. der Würtzburger physik. und medic. Gesellsch.*, vol. V, 1854, 1re livraison).

Mais voici les insuccès. Henckel voit sa malade succomber après quatre jours. Kiwisch lui-même cite deux morts à la suite de péritonite. De même pour Bühring, Martin (d'Iéna). M. Langenbeck ponctionna par le vagin, le 1er novembre, une femme âgée de vingt-huit ans, et laissa une sonde de gomme élastique dans le sac. 20 livres d'un liquide verdâtre, trouble, muqueux, riche en albumine, s'écoulent ; le jour suivant, il en sort 1 à 2 onces. Le quatrième jour, le microscope démontre des globules purulents. A partir de ce moment, le liquide prend chaque jour un plus mauvais aspect, la fièvre hectique s'établit, et la malade succombe le 13 décembre, six semaines après l'opération. A l'autopsie, outre des adhérences anciennes reliant le kyste au foie, au cæcum et aux parois abdominales, outre un abcès rétro-utérin de la grosseur d'une pomme, on constata que la face interne du sac (le sac formé aux dépens de l'ovaire gauche était composé de tissu cellulaire très dense) était rude, inégale, ondulée. *Il n'y avait pas trace d'adhésion des parois entre elles.* Une couche d'exsudation épaisse de 1 1/2 ligne couvrait cette surface interne, et pouvait aisément en être séparée. Elle ressemblait aux épanchements que l'on remarque dans les plèvres. La partie la plus interne ressemblait à de la fibrine coagulée et était dépourvue de vaisseaux, qui étaient au contraire très abondants dans la portion de la couche adhérente à la paroi interne du sac. On y remarquait çà et là des tumeurs peu volumineuses (comme un pois ou une noisette) qui étaient des kystes colloïdes. *Nulle part d'abcès métastatiques.*

A la même époque, M. Langenbeck employa le même procédé dans sa clientèle particulière. Il eut ainsi la preuve que ce n'était pas l'air de l'hôpital qui avait causé la mort de la malade ; car cette deuxième personne mourut dans des conditions analogues, et avec les symptômes d'infection putride.

M. Crédé nous a communiqué deux cas analogues, ayant eu la même terminaison.

Voilà donc de graves et sérieuses objections à opposer à la méthode ; car il n'y a qu'un seul cas où il ne se soit pas développé d'accidents sérieux. Il est vrai qu'on a bien souvent employé la méthode qui nous occupe dans des cas de kystes colloïdes et non de kystes folliculaires. Mais on peut assurer que les opérées ont toutes ou presque toutes eu à surmonter une péritonite très violente, et plus fréquemment la décomposition du contenu des kystes et une décomposition lente du sang. M. Fock veut qu'on réserve cette méthode, soit pour les kystes simples et adhérents quand les injections iodées n'ont pas réussi, soit pour les kystes adhérents dont le contenu se décompose et doit trouver une libre issue ; mais, dans ces cas-là même, il recommande concurremment l'injection iodée.

3° *Ponction suivie de compression méthodique et de traitement interne.*

C'est Benjamin Bell qui a prétendu que l'on pouvait de cette manière empêcher le kyste de se remplir. Hamilton (d'Edinburgh) se trouvait bien de la compression jointe à la percussion de la tumeur, l'emploi des bains chauds et du muriate de chaux. Il aurait guéri radicalement 7 patientes. J. Baker Brown joignait à la compression méthodique l'emploi des mercuriaux et des diurétiques, et depuis 1844 il a déjà publié dans THE LANCET 5 cas de guérison. Th. S. Lee lui a prouvé que, chez 2 de ses malades, il y avait eu récidive, et Brown lui-même a déclaré avoir extirpé le kyste d'une de ses 5 malades. Hunt, W. Eccles, Martin, ont publié chacun un cas de guérison par cette méthode, et Brown lui-même a repris l'offensive et a présenté, en 1854, deux malades opérées en 1848 par sa méthode, et qui depuis ce temps ne présentent plus de collection aqueuse dans les ovaires. Murphy a publié aussi (*Medical Society of London*, 1854) un cas à l'appui de la méthode de Brown.

On voit par là que l'efficacité de la compression est assez douteuse.

On pourrait y recourir peut-être avec avantage dans les cas où le sac, offrant les signes d'un travail inflammatoire, ne pourrait recevoir actuellement de liquide iodé.

4° *Incision du kyste.*

Robert Houstoun, voulant vider un kyste, ne put y parvenir, vu la consistance solide de son contenu. Il fut forcé de dilater l'ouverture de ponction avec le bistouri, fit une incision de 5 pouces de long, qu'il réunit ensuite par des points de suture, et guérit sa malade (*Phil. Trans.*, vol. XXXIII, n° 381). LeDran va plus loin : il veut qu'on ouvre la tumeur dans toute l'étendue de la ligne blanche, et qu'on ne rapproche pas les bords (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, vol. II, p. 431). Une de ses opérées mourut après avoir eu une fistule pendant quatre ans. Son second cas est un succès. De Haen et Lieutaud se déclarèrent pour cette méthode, que rejetèrent Delaporte, Callisen, Richter et Sabatier. En 1844, M. Cazeaux (*Ann. de chir. franç.*) cite des cas heureux de MM. Velpeau, Portal, Bonnemain et Ray. On comprend que bien souvent le chirurgien, voulant extirper la tumeur, trouve des adhérences qu'il n'avait pas supposées à l'avance et qu'il n'ose détruire. Il est donc forcé de renoncer à l'extirpation et de se contenter de cette méthode. MM. Dzondi et Galenzowsky ont cité divers cas de ce genre.

Mussey, puis Bühring présentèrent divers cas analogues. Ce dernier se trouva trois fois dans la position de ne pouvoir opérer, après avoir fait l'incision primitive. Il fendit alors le kyste, le remplit de charpie recouverte de pommade au nitrate d'argent, et parvint à faire exfolier le kyste; mais il perfora aussi l'intestin. Néanmoins, il parvint à guérir sa malade au bout de sept semaines (*Die Heilung der Eierstock Geschwülste*. 1848, Berlin. Obs. 7, 8, 9 et p. 77). Il préférait les incisions sur le côté du ventre à celles de la ligne blanche, parce que la position de la malade pouvait favoriser l'écoulement du liquide cystique. Baker-Brown se pose aussi le défenseur de l'incision, quoiqu'il ne présente en sa faveur que trois cas d'insuccès et un succès de M. Bainbrigge.

Comme pour la ponction simple, et surtout pour la ponction avec ouverture permanente, on voit que la méthode a de bien fâcheux résultats dans les cas de kystes colloïdes, et que, même dans les cas de kystes simples, l'opération a eu de tristes suites chez la moitié des opérées. L'indication de l'incision n'existerait guère que s'il s'agissait d'un kyste dont le contenu ne pourrait sortir par une canule et qui fût assez volumineux pour gêner la respiration au point de compromettre l'existence.

M. Langenbeck a eu à traiter un cas analogue. La malade avait la fièvre hectique ; le ventre était énorme, douloureux ; la respiration presque impossible couchée, et le sujet était forcé de rester droit dans son lit. Plus de sommeil depuis plusieurs nuits. Collapsus, vomissement, hoquet. La ponction fut tentée avec un trocart gros comme l'index, et le contenu du kyste était si dense, qu'il fallut élargir d'un pouce et demi l'ouverture de ponction. La substance colloïde put être éloignée, et la réunion de la plaie eut lieu par première intention. La malade se trouva instantanément soulagée et il n'y eut pas *le moindre signe de péritonite*. Trois mois après, le kyste s'était de nouveau rempli, et cette fois le trocart suffit pour laisser écouler une très grande quantité de liquide ; mais ce liquide était fétide. Quelque temps après, la malade fit un écart de régime, et mourut après avoir, pendant trois jours, vomi d'une manière continuelle. Le sac s'était probablement désorganisé et rompu.

La rupture spontanée du kyste n'est pas aussi souvent mortelle qu'on le croit généralement. D'après les relevés de Tilt, sur 34 cas, la mort a eu lieu 10 fois, la *guérison radicale* 20 fois, la récidive 4 fois. M. Fock cite 10 cas de rupture spontanée, dont 5 morts, 4 guérisons radicales et 1 récidive. On a proposé, on le sait, d'imiter ce procédé de la nature en pratiquant une incision sous-cutanée avec chute du liquide dans l'abdomen. Tilt lui-même a fait cette proposition. L'incision sous-cutanée a été pratiquée par M. Maisonneuve. Le kyste s'était de nouveau rempli neuf mois après.

On comprend que la nature du liquide règle surtout les chances de l'opération. Il est essentiel que ce liquide soit entièrement séreux et exempt de décomposition.

5° *Excision partielle du kyste.*

Martini et Bühring ont éprouvé trois cas d'insuccès, après avoir excisé une portion d'un kyste. Prince, au contraire, a parfaitement réussi à sauver une femme de vingt-cinq ans, en enlevant une portion assez considérable d'une tumeur dure de l'ovaire, contenant des hydatides. Il laissa une canule dans la tumeur. Un an et demi après, son opérée était enceinte (*Americ. Journal*, juillet 1850). Poland a publié en 1854 un cas dans lequel le kyste semblait parfaitement mobile. Il en tenta l'extirpation, qui fut rendue impossible par de nombreuses adhérences de la tumeur avec l'utérus. Il extirpa la plus grande partie du kyste ; mais la malade succomba trente-huit heures après l'opération. Brown et Wilson, et ensuite Kiwisch, défendirent ce procédé et obtinrent quelques succès. Mais il faut rejeter cette méthode, et lui préférer, dans les cas où l'extirpation est impossible, la simple incision.

6° *Extirpation totale de l'ovaire.*

Salvator Morand voulant, en 1716, ponctionner un kyste de l'ovaire, fit sortir le sac avec la canule du trocart et l'arracha. Sa malade mourut. Presque en même temps, Kirkland et Houship rencontrèrent la même particularité, mais leurs malades survécurent. Laumônier (de Rouen) tenta le premier l'ovariotomie chez une femme de vingt-deux ans, et réussit (1781). Mais Hunter, B. Bell, Richter s'élevèrent contre cette méthode. En 1809, Eph M'Dowell fit 5 fois l'extirpation totale : 3 de ses malades furent guéries, une mourut, et la dernière, chez laquelle l'extirpation avait été imparfaite, récidiva. M. Fock, qui a rassemblé soigneusement les cas depuis ce temps jusqu'à 1822, en trouve 14, dont 6 heureux, 4 insuccès, 2 fois extirpation partielle, 2 fois la tumeur n'appartenait pas à l'ovaire. Cooper, Liston, Lawrence et Dieffenbach rejetèrent cette opération, à laquelle Safford Lee et R. Lee, etc., ont de nouveau donné droit de cité en chirurgie. Le nombre de ces opérations s'est élevé, depuis quinze ans, à plus de 200. Le docteur Clay (de Manchester) l'a pratiquée 69 fois depuis 1842. Il eut 21 morts, 48 succès. Enfin, Robert Lee publia 102 cas d'ovariotomie, dont 42 morts et 60 succès.

Kiwisch publia 34 cas ; M. Fock en a rassemblé 43, sur lesquels il compte 21 succès, dont 2 appartiennent à son maître M. Langenbeck.

M. Fock relève ensuite 6 cas, dans lesquels les adhérences rendirent l'opération impossible, et 8 cas dans lesquels la tumeur n'appartenait pas à l'ovaire. En rassemblant les données de Th.-S. Lee, de Kiwisch, de Robert Lee et d'Atlee (et en retranchant les opérations qui sont comptées plusieurs fois ou répétées), on arrive, les observations de M. Fock comprises, au chiffre de 292 ovariotomies. 92 fois l'opération ne put être achevée, à cause d'erreurs de diagnostic, et, de ces 92, 31 succombèrent à la tentative. Sur les 292, il y a 120 morts et 120 guérisons. 52 récidivèrent.

En résumé, l'extirpation est tentée d'une manière trop légère par les Anglais et les Américains (Bird entreprit 31 fois l'ovariotomie, et ne put extirper l'ovaire et achever l'opération que 12 fois ; Clay la termina 11 fois sur 50, et Atlee 8 fois sur 30 essais). On voit que cette méthode ne donne pas une mortalité plus grande qu'à la suite des autres grandes opérations. On perd 44 1/2 pour 100 malades dont on a extirpé l'ovaire, tandis que, sur 100 amputés du fémur, d'après Paul, la mortalité est de 45 p. 100.

On a conseillé de n'entreprendre l'extirpation que lorsque la vie était en danger, et d'attendre autant que possible. A ce sujet, M. Giraldès a fait la table suivante, où la mortalité après l'ovariotomie est indiquée aux divers âges :

De 18 à 30 ans..........	47 1/2	pour 100.
De 30 à 40 ans..........	31 29/41	—
De 40 à 50 ans..........	23 9/17	—
De 50 à 60 ans..........	15 5/13	—

Mais on ne songe pas, quand on conseille d'attendre, que, de 125 malades, il y en a 63 de moins au bout de deux ans ; après quatre ans il en reste 33, et au bout de dix ans il y en a 9, dont 6 au moins ne sauraient être opérées, vu les adhérences qui ne manqueraient pas de se former ; et l'opération est d'autant plus dangereuse, que les adhérences sont plus nombreuses et fortes. On peut dire qu'après chaque ponction il se fait une inflammation partielle autour de l'ouverture, et que de nombreuses brides peuvent se former alors. Par conséquent, une fois posée l'indication de l'ovariotomie, il vaudrait mieux la pratiquer de bonne heure.

7° *Ponction suivie d'injection iodée.*

Ce qui concerne l'historique du traitement des kystes ovariques par les injections iodées est trop connu chez nous, pour que nous nous y arrêtions avec M. Fock. Nous ne relevons de son livre que certains détails relatifs à un point essentiel de la discussion actuellement pendante, celui du mode de guérison des kystes injectés. Il ne faut pas croire, dit-il, que l'on puisse déterminer dans tous les cas l'inflammation adhésive. Les dimensions du sac, ses adhérences avec les parties voisines, les mouvements que lui impriment les intestins et la pression abdominale s'y opposent souvent. *Cooper* avait déjà remarqué que dans l'hydrocèle l'inflammation adhésive n'était pas la suite nécessaire de l'injection. La guérison pourrait s'expliquer par un arrêt de sécrétion des séreuses « causé par l'occlusion des extrémités artérielles. » Pour éclaircir ce point, M. Folk s'est livré à des recherches sur les grenouilles, dont il étendait les pattes sur l'objectif; il mouillait les interstices membraneux avec diverses substances (teinture d'iode, chloroforme, sublimé, esprit-de-vin, et perchlorure de fer), et a observé leurs effets sur le système circulatoire.

EXPÉRIENCES.

A. *Solution d'iode.* (10 grains d'iode et 20 grains d'iodure de potassium pour 1 once d'eau.) Quinze à vingt minutes après l'application de la solution, les tissus sont imbibés et le système vasculaire semble un peu diminué de volume. Vingt-quatre heures après : cordons rougeâtres fins, visibles à l'œil nu. A une patte, stase dans tous les vaisseaux : à l'autre, elle continue dans quelques gros troncs profonds : çà et là, des oscillations dans l'ondée sanguine, qui finit par être de temps en temps entraînée plus loin par un violent courant.

Deuxième jour : Stase dans presque tous les vaisseaux.

Quatrième jour : Exsudation grisâtre, que l'on ne peut enlever, et qui se comporte comme de la fibrine coagulée. On ne peut plus distinguer que quelques vaisseaux. Oscillation de quelques ondées sanguines ; le plus grand nombre, stase.

Sixième jour : L'exsudation diminue un peu de volume ; on reconnaît mieux les vaisseaux ; une circulation lente se fait dans quelques-uns.

Huitième jour : L'exsudation diminue ; en quelques endroits, on remarque quelques petits foyers sanguins provenant sans doute de la piqûre faite par les épingles. La circulation est assez active dans quelques vaisseaux ; dans d'autres, au contraire, elle est très lente.

Dixième jour : La circulation se fait presque normalement dans quelques vaisseaux ; elle est ralentie en quelques points seulement.

Treizième jour : La circulation est libre de nouveau, mais une des pattes présente encore une légère exsudation.

B. *Chloroforme.* Après trois minutes, ralentissement de la circulation dans les capillaires superficiels. Oscillation et stase commençante, d'abord dans les capillaires superficiels, ensuite dans les veines, enfin dans les artères. Après quinze à vingt minutes, stase complète à la superficie ; la circulation dure encore dans les vaisseaux profonds, après trente minutes.

Vingt-quatre heures après : Stase, oscillation, ou circulation lente dans quelques vaisseaux.

Deuxième jour : Stase générale ; circulation lente dans quelques gros vaisseaux.

Quatrième et sixième jour : Exsudation étendue, qui n'est pourtant ni si épaisse, ni si étendue que dans le premier cas. Dans tous les vaisseaux qu'on peut apercevoir, stase, oscillation, circulation lente.

Huitième jour : L'objet est assez trouble, mais moins qu'avant-hier. La circulation commence à reparaître avec sa vitesse normale.

Dixième jour : En quelques endroits, des extravasations de sang. La circulation reparaît dans plusieurs capillaires.

C. *Esprit-de-vin.* Patte droite. La circulation, ralentie momentanément, devient tout à fait libre : Après un quart d'heure, stases dans plusieurs capillaires superficiels. La circulation continue à se faire dans les vaisseaux profonds mêmes. Une demi-heure après, patte gauche où la peau superficielle s'est un peu détachée. Ralentissement instantané dans les capillaires superficiels. Stase après cinq minutes. Après quinze ou vingt minutes, stases dans tous les vaisseaux, à l'exception de deux gros troncs.

Deuxième jour : Peu d'exsudation ; stase dans tous les vaisseaux de la patte gauche, dans presque tous ceux de la patte droite.

Cinquième jour : Patte droite : stase dans les capillaires les plus superficiels ; patte gauche : la stase dure encore dans quelques vaisseaux. Quelques-uns présentent des oscillations comme un véritable pendule. L'ondée sanguine avance avec chaque systole et revient sur ses pas à chaque diastole. La circulation recommence toujours dans les artères ; le courant entraîne les ondes qui oscillent et qui opposent un véritable obstacle mécanique à la circulation. Une grosse veine est entièrement obstruée ; deux veines adjacentes deviennent peu à peu libres. Le courant arrive de ces deux côtés, démolissant peu à peu la barricade et chassant avec violence ce qui obstruait le vaisseau principal.

La grenouille mourut le septième jour.

D. *Solution de sublimé* (1 grain par once d'eau). Pas d'effet sur le moment. Après cinq minutes, ralentissement dans la circulation ; après quinze à vingt minutes, stase dans toutes les veines et les capillaires. Les artères continuent à pousser en avant les ondes oscillatoires, qui opposent une résistance de plus en plus grande.

Deuxième jour : Stase dans presque tous les vaisseaux.

Quatrième jour : Obscurcissement par un épanchement et par une extravasation sanguine ; stase dans la plupart des vaisseaux visibles. Dans quelques artères, oscillations ; dans d'autres, ralentissement ; dans les plus profondes, circulation active.

Sixième jour : La grenouille est morte.

E. *Perchlorure de fer* (1 partie pour 10 parties d'eau). Léger rétrécissement du calibre des vaisseaux. Après trois ou cinq minutes, circulation ralentie et stase commençante dans les capillaires superficiels. Après quinze à vingt minutes, stase dans tous les vaisseaux superficiels. Au-dessous, ralentissement et circulation normale. Les tissus ont une couleur jaune d'or.

Deuxième jour : Couleur jaune très intense ; stase presque complète ; quelques oscillations.

Quatrième jour : La couleur jaune commence à perdre de son éclat ; stase dans tous les vaisseaux. La circulation essaie lentement de se faire dans quelques-uns.

Sixième jour : Exsudation sanguine et épanchement ; en certains points les tissus sont comme noirâtres. Peu de vaisseaux sont visibles ; dans le plus grand nombre, stase. Circulation active dans deux grosses artères.

Huitième et dixième jour : L'exsudation et l'épanchement sanguin commencent à se résorber. La circulation reparaît dans quelques gros vaisseaux ; dans d'autres, ralentissement ou stase.

Ainsi donc, l'effet de l'injection iodée, comme des autres substances expérimentées, consiste à produire à l'intérieur du kyste une inflammation assez vive pour produire un épanchement, mais non une suppuration. C'est une *transsudation aiguë* substituée à la transsudation physiologique, et c'est ce qui explique pourquoi le second liquide évacué se distingue en général du premier par la quantité de fibrine qu'il contient. Il suivrait de là que l'iode n'aurait pas une action *spécifique* ; il n'agirait pas autrement que le chloroforme, employé par M. Langenbeck, avec succès, dans plus de quarante cas d'hydrocèle. Néanmoins, les substances qui ont la propriété de former avec l'albumine des composés insolubles (et le perchlorure de fer est parmi celles-là au premier rang), peuvent aussi exercer une action mécanique à la transsudation profuse, seulement cet obstacle n'est que momentané : la circulation se rétablit peu à peu, et devient plus active qu'auparavant ; de sorte que l'effet ne serait que transitoire.

PAUL PICARD.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'HÉMIPLÉGIE ALTERNE ENVISAGÉE COMME SIGNE DE LÉSION DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE ET COMME PREUVE DE LA DÉCUSSATION DES NERFS FACIAUX, par le docteur ADOLPHE GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voyez le n° 43, tome III.)

Le fait qui forme le sujet de ma cinquième observation a été le point de départ des idées que je développe en ce moment. Je l'ai rencontré dans le courant de l'année dernière (1855) ; et si je n'ai pas cru devoir, à cette époque, faire connaître les réflexions qu'il m'avait suggérées, c'est parce que je craignais qu'en l'absence de la preuve anatomique, mes inductions ne parussent trop contestables. Aujourd'hui, je le présente sans appréhension à la suite des faits capitaux observés par M. le professeur Forget et par moi-même, et auxquels il emprunte une vive lumière.

OBS. V. — *Deux attaques de paralysies croisées : d'abord hémiplégie faciale à gauche et des membres à droite ; plus tard paralysie des membres à gauche et de la face à droite. Mort. Lésion probable de la protubérance annulaire.*

Un homme bien constitué, nervoso-sanguin, jouissant d'une bonne santé habituelle, reçoit, à l'âge de quarante ans, des coups violemment assénés sur le crâne, qui produisent de graves désordres dans la région occipito-temporale gauche, et reste sans connaissance sur la place. Cependant, il parvient à se relever et à regagner son logis. Après avoir traversé des complications inflammatoires compromettantes pour l'existence, il guérit ; mais dès lors il devient sujet à des maux de tête qui ont toujours occupé spécialement le côté de la blessure.

A vingt ans de là, des fatigues excessives, des émotions morales très pénibles et prolongées portent une atteinte profonde à la santé

générale. Les digestions se dérangent; il survient tantôt des vomissements et tantôt de la diarrhée; la constitution se détériore lentement, et les forces diminuent par degrés. En même temps, la céphalalgie devient plus opiniâtre et plus intense, elle prend le caractère d'une névralgie trifaciale occupant surtout les nerfs dentaires et temporaux.

Il s'y joint une douleur contusive dans l'épaule droite, avec engourdissement passager des bras, et des crampes dans le membre abdominal du même côté. Le pied droit devient le siége d'une douleur vive, principalement dans le gros orteil, qui rougit et se tuméfie, ainsi que le reste du pied et le pourtour des malléoles; le même gonflement se montre au pied gauche.—A plusieurs reprises, des symptômes encéphaliques viennent augmenter les inquiétudes du malade. Une fois, il pâlit, son visage exprime l'anxiété, et quand au bout de peu d'instants il parvient à proférer quelques mots, il avoue qu'il a éprouvé une telle sensation intérieure, qu'il a cru que la vie se retirait de lui. Une autre fois, au milieu d'une conversation animée, il bégaie, s'arrête interdit, mais la parole lui revient après quelques secondes, et il se plaint d'avoir un moment perdu le fil de ses idées.

Plusieurs années s'écoulent ainsi.

Au commencement de 1855, je constate l'existence de l'albuminurie, et je soumets le malade à l'usage de l'eau de Vichy, du quinquina et des toniques. Une amélioration notable se produit dans l'état des forces et des fonctions digestives; mais une saison passée aux eaux sulfureuses des Pyrénées compromet ce résultat. De nouveaux accidents ne tardent pas à se produire. A la suite d'une légère atteinte qui ne se révéla guère que par l'embarras de la parole et se dissipa sans laisser de traces manifestes, il survient une première attaque d'apoplexie précédée de somnolence, de douleurs hémicraniques plus vives, de crampes dans le membre inférieur droit, et d'engourdissement dans le bras correspondant. Les membres supérieur et inférieur droits furent entièrement paralysés du mouvement, le sentiment restant intact; il en fut de même du côté gauche du visage pour les muscles animés par le nerf facial seulement, à l'exception toutefois de l'orbiculaire, qui conserve sa contractilité.

Cependant l'intelligence restait très nette; la mémoire, en particulier, était très présente; les fonctions intellectuelles ou affectives n'offraient aucune perturbation. Un peu d'embarras dans la parole. Déglutition facile.

Le traitement consista en une application de sangsues à l'anus, pilules de calomel et d'aloès, et révulsifs sur les extrémités inférieures.

Les jours suivants, les choses restent à peu près dans le même état. Nous constatons sur les membres paralysés les modifications suivantes :

1° Exaltation très considérable et constante de la température par rapport au côté sain quand les membres sont couverts; néanmoins, sensibilité très marquée pour le froid.

2° Sensation de picotements très fréquente et parfois intolérable.

3° État sudoral succédant à ces picotements.

4° La plus légère friction détermine une douleur très vive, très intense et très durable (tache dite méningitique).

5° Il s'y joint même, quand l'irritation mécanique a été un peu plus forte, une élevûre sensible sous le doigt avec coloration plus pâle, en sorte qu'on peut artificiellement développer sur la peau de l'avant-bras, par exemple, des plaques de formes diverses, identiques pour l'aspect avec l'urticaire rose.

6° La percussion, exercée directement avec l'extrémité de l'index recourbé en crochet sur les muscles paralysés, détermine dans chaque faisceau percuté ou dans chaque muscle une contraction instantanée, d'où résulte un mouvement très apparent en rapport avec l'action particulière du muscle, mouvement de supination ou de pronation de l'avant-bras, par exemple, quand on frappe un supinateur ou un pronateur; mouvement d'extension ou de flexion des doigts, suivant qu'on agit sur un extenseur ou sur un fléchisseur.

7° Dans le côté gauche de la face se remarquent des effets analogues, à l'exception de l'élévation de la température. Les paupières surtout sont le siége de picotements, les conjonctives sont rouges, quoique l'œil se ferme bien et que le clignement continue à se faire; cette rougeur, comme inflammatoire, a même réclamé l'usage d'un collyre légèrement astringent. Les douleurs temporales et dentaires persistent.

Tous ces phénomènes caractéristiques d'une exaltation de la vie organique dans les parties paralysées s'accroissent par le séjour au lit, à ce point que les picotements deviennent intolérables la nuit. Ce n'est pas la seule chose qui empêche le repos et le sommeil. Le malade éprouve aussi une oppression et une anxiété qui le forcent à changer à chaque instant de position, à se faire redresser par des oreillers, de manière à rester à demi assis dans son lit. Des potions composées d'éther, d'eau de laurier-cerise et d'eau de fleurs d'oranger, à l'exclusion de toute préparation opiacée, luttent avec peu de succès contre ces symptômes dyspnéiques.

Cependant peu à peu la paralysie cesse d'être complète et absolue; le mouvement revient plus manifestement dans le membre abdominal que dans le membre supérieur, dont les doigts peuvent se fléchir un peu et se redresser; mais le malade éprouve de la difficulté à fléchir l'avant-bras en laissant traîner la main sur le plan qui la supporte; il peut déjà lever le pied et le poser sur un tabouret; il peut plus tard, étant soutenu par des aides, porter la jambe droite en avant et s'appuyer un peu dessus.

Les choses en étaient là, lorsqu'une nouvelle attaque, accompagnée d'une congestion violente de toute la face, vint frapper les membres gauches et le côté droit du visage, et rendre ainsi la paralysie générale. Une large saignée, pratiquée au moment même de l'accident, n'eut pas le pouvoir d'arrêter les progrès du mal, qui, enchaînant presque tous les moyens d'expression, parut cependant respecter l'intelligence, et emporta le malade en quelques jours.

L'affection dont je viens de retracer brièvement les phases est extrêmement intéressante à plusieurs titres. Je ne veux m'appesantir ici que sur le diagnostic du siége de la lésion, et montrer qu'une désorganisation lente du pont de Varole peut seule rendre compte des phénomènes observés pendant la vie.

Remarquons d'abord que l'intelligence est restée intacte jusqu'au bout, et que rien du côté des fonctions psychiques n'a pu faire soupçonner une modification morbide quelconque dans les centres nerveux qui président à ces fonctions, c'est-à-dire dans le tissu des hémisphères cérébraux.

Si le malade éprouvait quelquefois un peu de difficulté à s'exprimer, cela consistait en une sorte d'embarras de la langue, lié sans doute à un travail congestif autour des racines de l'hypoglosse, mais ce n'était pas le résultat d'une perturbation de l'organe législateur de la parole (Bouillaud), non plus qu'un affaiblissement de la mémoire.

Les hémisphères étant mis en dehors de la question, une circonstance devait tout d'abord fixer l'attention sur la protubérance annulaire : Je veux parler de la forme alterne de la paralysie, laquelle ne pouvait s'expliquer par la présence d'une seule altération anatomique qu'à la condition de placer cette altération auprès des origines des nerfs facial et trijumeau du côté gauche, par conséquent sur le lobe gauche du pont de Varole; car de cette manière on se rendait compte en même temps et des troubles de la motilité et de la sensibilité de la moitié gauche du visage, et de la paralysie des membres droits. Autrement, il aurait fallu invoquer l'existence simultanée d'une lésion de l'hémisphère gauche avec une lésion de l'hémisphère droit, et cette manière de voir aurait été passible de très graves objections.

Où placer un désordre anatomique du cerveau qui ne com-

promettrait que les fonctions de la cinquième et de la septième paires? Cette localisation est possible, sans doute, de même que celle qui n'aurait de retentissement que sur les membres à l'exclusion de la face. Mais pourquoi songer à la réunion étrange de deux faits si exceptionnels, pourquoi encore s'ingénier à trouver deux causes à un phénomène quand une seule peut si bien en donner la raison?

C'est dirigé par ces réflexions que j'ai arrêté mon diagnostic sur la protubérance annulaire, dès la première attaque d'apoplexie. Or, ce qui n'était qu'une chose très probable à cette période de la maladie se convertit en une certitude plus tard, quand une nouvelle attaque vint, à l'inverse de ce qui avait eu lieu d'abord, frapper à la fois la moitié droite du visage et les membres gauches. Pour comprendre cette seconde hémiplégie alterne, il n'était pas nécessaire de chercher laborieusement une localisation; il suffisait d'admettre qu'un nouvel effort avait fait franchir la ligne médiane à la lésion primitivement bornée à la partie gauche de la protubérance, et que le lobe droit avait été envahi à son tour. Ainsi le diagnostic, bien qu'il n'ait pas été vérifié par l'autopsie, me semble à l'abri de toute contestation sérieuse.

Obs. VI. — *Coup violent sur le côté droit de l'occiput; commotion cérébrale, puis* hémicranie droite *revenant par accès; enfin* hémiplégie *des membres du côté* gauche, paralysie faciale, *temporaire* à droite. *Lésion probable de la moitié droite de la protubérance annulaire.*

Pierre Roby, âgé de trente-deux ans, menuisier, salle Beaujon, n° 69, entré le 14 août 1856.

Constitution forte, bonne santé habituelle, ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie sérieuse qu'une petite vérole dont il porte les traces.

A la fin d'octobre 1855, cet homme, travaillant de son état dans un bâtiment en construction, reçut sur la tête une brique du poids de cinq livres, tombée du cinquième étage. Il s'affaissa sous le coup, perdit entièrement connaissance, et resta dans cet état environ un quart d'heure, jusqu'à ce que, ayant été transporté chez un pharmacien, un médecin, appelé à le secourir, eut introduit le doigt dans la plaie, et éveillé par conséquent une douleur assez vive. La solution de continuité, située dans la région occipitale sur le côté droit, intéressait toute l'épaisseur des téguments, et le crâne était à nu.

Au sortir de cette perte de connaissance, le blessé ne reprit pas immédiatement l'usage de la parole, ni de toutes ses facultés intellectuelles; la parole surtout était lente, pénible; un mot mis à la place d'un autre (commotion cérébrale). Ce n'est que le lendemain qu'il recouvra toutes ses facultés. Pendant ce temps, la fièvre s'était développée et dura quatre jours; quand elle eut cessé, le malade fut néanmoins obligé de garder le lit, à cause des étourdissements, auxquels il resta sujet, et d'un certain degré d'affaiblissement. La plaie fut entièrement cicatrisée le dix-septième jour.

Depuis ce temps, R... a pu reprendre toute l'intégrité de ses forces et de sa santé générale. Mais, il resta sujet à de la constipation et à des migraines dont il n'avait jamais ressenti l'atteinte auparavant. Ces douleurs de tête occupaient le côté droit correspondant à la blessure; elles étaient plus intenses sur la branche montante de la mâchoire inférieure et sur la joue (le malade indique du doigt le trou sous-orbitaire), et s'accompagnaient de nausées et ordinairement de vomissements précédés de frissons. Les accès, qui d'abord n'avaient guère qu'une durée de huit à dix heures, commençaient vers le soir et finissaient dans la nuit; ils revenaient tous les douze ou quinze jours, sans cause appréciable. Ces migraines augmentèrent progressivement de violence et de durée.

Au mois de mai dernier, pendant qu'il montait un escalier, R... fut pris d'un éblouissement qui lui fit perdre l'équilibre. On fut obligé de l'aider à continuer son ascension; il n'y eut pas de syncope, mais cet accident fut le point de départ d'une céphalalgie, occupant toujours le côté droit, plus longue et plus intense que jamais; l'accès dura deux jours Un médecin dut être appelé et prescrivit des potions antispasmodiques et des sinapismes sur les extrémités inférieures.

Un autre accès, presque aussi violent, suivit celui que nous venons de décrire à quelques jours de distance.

Le 15 juin, R... se leva en assez bonne disposition et déjeuna; puis, vers dix heures, il fut pris du hoquet, de malaise et de nausées, enfin de vomissement. Cependant, le hoquet continua, et lorsque le malade arriva chez un de ses amis, il fut pris de nouveau de malaise, vomit une seconde fois, et, au moment où il portait à ses lèvres un verre de vin de Bordeaux, il se sentit étourdi et tomba sans connaissance. Il revint à lui au bout de deux minutes, essaya de se relever, mais le côté gauche se déroba sous lui, et l'on fut obligé de le retenir; il était paralysé des deux membres gauches et la face était tordue du même côté. Il y avait évidemment paralysie faciale du côté droit, puisque non-seulement il y avait distorsion de la face du côté opposé, mais que, dans l'action de siffler, la joue droite seule se laissait distendre par l'air. En outre, l'œil droit ne pouvait se fermer complétement et resta larmoyant pendant tout le temps que dura la paralysie. La langue elle-même était toujours portée à gauche. La bouche restait habituellement béante, la salive s'en échappait incessamment, la parole était difficile et peu compréhensible, la déglutition se faisait aussi avec difficulté. — Saignée deux heures après l'accident; trois applications de sangsues à l'anus (soixante en tout en trois jours). Rien de nouveau pendant ce temps-là, le malade put manger dès le lendemain. Le troisième jour, le côté gauche du corps, tronc et membres, devint tout à coup, vers quatre heures du soir, le siége de démangeaisons extrêmement vives et d'un sentiment d'oppression et d'anxiété tellement pénible, que le malade se croyait sur le point d'étouffer. Cet état persista avec quelques variations jusqu'à deux heures du matin, malgré l'emploi des révulsifs.

Au bout de cinq ou six jours, la paralysie faciale commença à diminuer, et elle disparut du jour au lendemain. Les phénomènes relatifs à la parole et à la déglutition se sont dissipés en même temps que la paralysie faciale. Quant aux membres gauches, le mouvement n'a commencé à revenir que le vingt septième jour. Le membre supérieur droit a repris ses fonctions plus vite que le membre abdominal, et aujourd'hui le malade peut marcher en traînant un peu la jambe; le bras a repris assez de forces pour soutenir un instant tout le poids du corps. La sensibilité tactile des deux membres gauches est bien conservée; il en est de même des sens spéciaux. La parole est facile; l'intelligence est intacte et la mémoire est irréprochable. Les grandes fonctions s'exécutent normalement.

Depuis son entrée dans le service de M. Béhier, R... n'a été soumis qu'à l'action des bains sulfureux dont il s'est bien trouvé, et qui ont produit sur les ongles des pieds et des mains une coloration brune sépia plus intense sur les ongles de la main gauche que sur les autres. Pourtant cet homme ne paraît avoir été exposé en aucune circonstance à l'intoxication saturnine. Il quitte l'hôpital le 16 octobre 1856.

Appliquant au fait dont il vient d'être question la méthode inductive dont nous avons fait usage dans les cas précédents pour arriver au diagnostic du siége de la lésion, nous admettons ici encore une altération de la protubérance annulaire. Voici comment la théorie de cette maladie nous semble pouvoir être établie.

La violence extérieure, portant sur le côté droit de l'occiput, détermine à la fois une commotion générale du cerveau, qui se dissipe dans le délai ordinaire, et une lésion anatomique matérielle plus stable dans un point circonscrit de la base de l'encéphale. Cette lésion, quelle qu'elle soit, par exemple une légère attrition de la substance nerveuse ou un petit foyer sanguin dans les méninges, est située sur le côté droit du pont de Varole; d'ailleurs, elle est assez peu importante pour ne pas compromettre immédiatement les

fonctions d'innervation, et tout rentre dans l'ordre quand les signes de la commotion se sont évanouis. Mais l'épanchement sanguin reste, et devient l'épine qui excite un travail morbide dans le point primitivement contus et dans le voisinage. Ce travail désorganisateur procède lentement et sourdement; il ne se révèle, pendant plusieurs mois, que par une hémicranie droite.

La céphalalgie affecte une forme névralgique plus tranchée encore que la migraine ordinaire, puisqu'il existe des points névralgiques appréciés par le malade lui-même, ce qui tend à faire admettre que, dès ce moment, le nerf trinmeau est spécialement intéressé. Enfin, il se fait une poussée congestive du côté du tissu encéphalique, d'où un premier étourdissement, bientôt suivi d'une attaque de paralysie.

Cependant, comme l'intelligence demeure parfaitement saine, il est vraisemblable que le cerveau n'a subi aucune atteinte.

L'altération a frappé, d'une part, le côté droit de la protubérance avec les principaux nerfs émergents, ainsi que l'indiquent les troubles de la sensibilité et du mouvement dans le côté droit de la face, et, d'autre part, le haut du bulbe rachidien, comme cela ressort des phénomènes si graves qui se sont produits un moment du côté de la respiration.

En tous cas, la lésion correspondante aux origines des nerfs sensitifs et moteurs du côté droit de la face n'a pas été très profonde, non plus que celle qui explique les troubles du pneumogastrique, car les symptômes fournis par ces nerfs ont été peu durables. La principale désorganisation a donc porté dans l'épaisseur de l'isthme, sur les faisceaux antérieurs droits, lesquels vont animer les membres gauches, puisque, à cette hauteur, ils ne sont pas encore entrecroisés avec ceux du côté opposé.

Telle est la cause de l'hémiplégie gauche (1).

(*La suite à un prochain numéro.*) 1.811 .

III.

CORRESPONDANCE.

Mariage des hystériques.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Votre article du 9 courant, très honoré confrère, sur le *mariage des hystériques*, touche à une question de pratique médicale et d'hygiène sociale on ne peut plus importante. Elle est aussi remplie d'intérêt que, ainsi que vous le dites fort bien, elle est délicate à aborder.

Cette question, qu'a, nous dites-vous, soulevée à la Société de médecine de la Seine M. le docteur Cazeaux, mérite assurément qu'on l'étudie et la raisonne encore, quoiqu'elle l'ait été déjà bien des fois; et, pour mon compte, je suis d'autant plus porté à diriger aujourd'hui mon étude vers elle, que j'ai en ce moment sous mes yeux, au dépôt provisoire d'aliénés établi à l'Hôtel-Dieu de ma résidence, en exécution de la loi du 30 juin 1838, une maladie cérébro-mentale qui me semble avoir pour vrai point de départ, comme vous reconnaissez que l'hystérie l'a fréquemment, une sollicitation secrète des organes génitaux, et devoir être rapportée ici au célibat, avec chasteté non douteuse aux yeux de tous ceux qui connaissent la malade.

(1) Nous avons reçu au sujet du présent travail une réclamation de M. le docteur Millard ; nous la publierons dans le prochain numéro.

Il s'agit d'une pauvre ouvrière de Troyes, Rosalie M..., âgée de trente-six ans, mais ne paraissant en avoir que vingt-cinq. Cette fille est née dans l'insalubre région de cette ville nommée le Quartier bas, derrière l'église de Saint Nizier, rue des Singes-Verts, quartier fécond, surtout autrefois, en scrofules, et où un regrettable et actif praticien du pays, le docteur Collot, a puisé les éléments de sa thèse inaugurale (*Sur les causes des scrofules endémiques*) (1).

Le tempérament de cette fille, malgré sa prédominance lymphatique prononcée, ne présente pourtant pas la moindre trace de cachexie scrofuleuse. Élevée chez les sœurs de charité du cloître Saint-Étienne, qui l'ont reçue dès son bas âge et conservée jusqu'à sa puberté, elle s'y est montrée de tout point, tant par ses heureuses dispositions que par son zèle au travail, une de leurs meilleures élèves ; elle y a été constamment distinguée autant par la douceur, par l'extrême docilité du caractère, que par ses succès non interrompus, entre celles qui ont le mieux profité des leçons données dans cette communauté; elle profitait également dans toutes, soit enseignement religieux, instruction primaire, ou apprentissage des travaux d'aiguille. Les enseignements de la scène, qu'à bon droit vous qualifiez de dangereux, lui sont toujours demeurés étrangers ; elle s'en serait d'ailleurs fait scrupule.

Devenue habile ouvrière, on l'avait conduite à Paris, près de son père, pour qui elle est pénétrée de respect et d'obéissance, aussitôt qu'elle fut devenue orpheline de mère. Un jeune homme, qui était, m'a-t-elle avoué, grand, brun et à son gré, la demanda en mariage. Le père, fondé, lui a-t-il dit, sur l'insuffisance des appointements de ce jeune homme, lui refusa sa fille. Celle-ci, dont la soumission filiale est le caractère dominant, se résigna en silence ; mais elle en conçut un profond chagrin.

Atteinte ensuite d'une fièvre typhoïde des plus graves, elle fut très près d'y succomber. Cependant elle entra en convalescence. Elle revint alors respirer l'air natal près d'une sœur aînée, mariée à un ouvrier fileur de Troyes, ce voyage ayant été jugé devoir hâter et consolider son rétablissement. « J'aurais, disait-elle souvent à sa sœur, dont l'union conjugale est restée stérile quoiqu'elle ne soit son aînée que de deux ans, j'aurais tant aimé avoir une petite nièce ou un petit neveu ! » Sa vive sympathie pour les enfants, manifestée en cette circonstance, éclatait du reste en toute occasion.

La tête de Rosalie s'est dérangée il y a trois ans.

Sa sœur ne doute pas, et elle me l'assurait encore ces jours-ci, que le refus qu'a fait son père de consentir au mariage qui s'était offert pour Rosalie ne soit la véritable cause de ses souffrances nerveuses, comme du trouble profond de sa raison et de la belle intelligence qu'elle avait montrée d'abord.

Transférée à l'asile de Saint-Dizier, le 9 juin 1854, elle y est restée quinze mois. On l'en a ensuite renvoyée comme étant rendue à la santé, sans que pourtant il y parût en aucune façon, le 21 octobre 1855.

Dès son retour à Troyes, son beau-frère la reconduisit hâtivement auprès de son père, à Paris. Ce vieillard, de soixante-sept ans, rendu impotent par d'énormes varices, et nécessiteux, y a son domicile de pauvre établi par plus de vingt ans de séjour ; mais il n'en est pas ainsi de sa fille, l'infortunée Rosalie.

Cette pauvre hystérique, dont les éclats de rire immodérés, suivis tout à coup, sans plus de motifs visibles, de violentes explosions de pleurs avec sanglots, révélaient la maladie mentale, fut dès le 30 du même mois placée d'office à la Salpêtrière. Elle y entra dans le service de la troisième section des aliénés, dirigé par M. le docteur Lélut. Voici quelle note fut apostillée par ce savant membre de l'Institut sur sa feuille de renvoi à Troyes, en

(1) C'était le plus reconnaissant élève de l'habile M. Debrel, mon honorable émule, mon vénéré beau-père et prédécesseur dans le poste de chirurgien en chef des hôpitaux de Troyes, où il a trouvé la mort, pour prix de son dévouement dans les dévastations de la guerre de 1814, désastreuse époque où j'ai été plus heureux que lui, tout en affrontant les mêmes périls. Ils ont épargné ma vie, cette vie d'action de ma jeunesse, d'ailleurs bien d'autres fois mise en péril pour l'accomplissement de mes devoirs, dans le service chirurgical des vaisseaux de guerre du premier empire.

date du 7 janvier présente année, après l'avoir d'abord traitée deux mois dans son service.

« Elle est atteinte d'accès nerveux convulsifs qui n'ont pas de » caractère bien déterminé. Il y a quelques étourdissements. L'in- » telligence est extrêmement affaiblie. Elle peut être transférée, » par la voie et avec les précautions ordinaires, à l'hospice de » Troyes.

» Signé : Lélut. »

M. le préfet de police ayant autorisé ensuite l'envoi de cette malade à Troyes, sous la conduite d'une surveillante, Rosalie a été ramenée à l'hospice de sa ville natale.

Tous les phénomènes pathologiques signalés par M. Lélut se sont reproduits ici comme à Paris. Il y a eu, en outre, dans les premiers temps, une difficulté presque invincible à décider la malade à parler. Peu à peu cependant on a vu cette difficulté disparaître. Sa timidité ou confusion et sa réserve ont fait place à la confiance affectueuse et intime que lui ont visiblement inspirée les sœurs hospitalières d'office et leur supérieure. Aux quelques symptômes annotés par M. Lélut sur sa feuille de renvoi de Paris, lesquels se reproduisent fidèlement, il s'en joint de bien caractéristiques, aux yeux de mes collègues de l'hospice aussi bien qu'aux miens : tels sont, avec les retours d'éclats de rire suivis d'explosions de pleurs, la douleur sincipitale si bien connue sous le nom de clou, la sensation intérieure non moins bien connue d'un globe montant de l'abdomen au cou, avec une sorte de strangulation et d'étouffement, dont elle se plaint dans les moments passagers où elle est en état de rendre assez clairement compte de ce qu'elle ressent.

Tout révèle, selon moi, chez cette pauvre fille, folle par excès de continence, un état congestif de l'utérus. Cet état donnerait lieu de qualifier son hystérie par l'expression pittoresque de M. le professeur Piorry, une *névralgie utérine ascendante*.

L'infortunée malade conserve un degré moyen d'embonpoint. Sa timidité enfantine, la douceur inaltérable de son caractère, et l'estime profonde et générale qu'inspire sa moralité bien connue, lui rendent tout le monde sympathique dans l'hospice.

Je tiens comme hors de doute, et le fait actuel en est un nouvel exemple, que la compression du désir sexuel peut devenir une cause terrible d'hystérie. Comme chez bien d'autres filles chastes, elle l'est devenue chez Rosalie M... Ainsi qu'on l'a vu souvent chez tant d'autres encore, que la satisfaction de ce désir si naturel par le mariage, ou même (puis-je l'avouer ici?) moins moralement peut-être, a guéries soudainement de leur hystérie, l'infortunée Rosalie aurait été préservée de sa maladie si, quand elle a été demandée, on l'eût laissée se marier.

Les exemples en fourmillent, à toutes les époques, dans les écrits des médecins. On ne peut se trouver, pour en vouloir citer quelques-uns, que dans l'embarras du choix. Quels médecins peuvent ignorer le propos, impoli mais utile à se rappeler dans la pratique, tenu un soir à Esquirol par certaine demoiselle d'une bonne maison, qui appartenait à la clientèle parisienne de ce grand maître? Elle était disparue furtivement de chez elle. Un soir, ne l'ayant pas reconnu d'abord, elle arrêta Esquirol lui-même dans la rue. « Quoi! s'écria-t-il, quoi! c'est vous, malheureuse, que faites-vous donc? » — « Ce que vous n'avez pas su faire, répondit-elle en lui tournant le dos, *je me guéris*. »

Pour la jeune veuve hystérique dont l'observation de Frédéric Hoffmann est citée, page 103, tome Ier, du livre de Louyer Willermay, comme cet auteur : « Je suis très porté à croire que le mariage a fortement contribué à la guérison de cette veuve. »

A.-A. Royer Collard, dans son Essai sur l'aménorrhée, page 43, a emprunté à Foreest, appelé par lui comme par tant d'autres Forestus, son observation 24, celle d'une jeune fille de vingt ans, qui, modeste et retenue avant sa maladie, laissait échapper souvent, dans son délire, des discours licencieux et des gestes indécents... Le rétablissement des menstrues fit, dit-il, cesser tous les symptômes de manie... La malade fut mariée, de l'avis du médecin, et la cure a été complète.

Je revois de temps en temps un ancien domestique de ce pays, vigoureux travailleur, aujourd'hui maître de maison aisé, qui avait activement compati, d'une manière très risquée, aux affections nerveuses syncopales d'un jeune femme de chambre en service dans la même maison que lui. Voyant un jour le maître interroger à part son médecin sur les moyens de guérison efficaces pour triompher de la maladie effrayante de cette jeune fille, il se cacha pour les écouter. L'écouteur entendit alors émettre l'avis médical que la cohabitation conjugale serait le remède le plus digne de confiance pour obtenir la guérison. Initié à ce mystère, il guetta secrètement le retour d'un nouvel accès syncopal de cette fille hystérique. L'immoral guérisseur s'étant alors frauduleusement introduit près d'elle, osa violer cette malade, qui, se trouvant tombée en syncope, n'en eut aucune connaissance. Elle se porta tout aussitôt de mieux en mieux ; mais elle était devenue enceinte sans savoir comment. L'auteur de sa grossesse avoua son attentat. Il ne l'avait commis, assura-t-il, que dans une intention compatissante.

On les fit s'unir par mariage ; ils ne sont nullement malheureux et ont des enfants sains et bien constitués.

Cette expérience immorale, mais heureuse, a eu un si bon résultat pour cette hystérique, qu'on se défend difficilement de la pensée médicale qu'il eût pu être heureux que, quand il en était temps encore, quelque chose d'analogue fût arrivé à la pauvre Rosalie.

N'est-il donc pas tout naturel d'éprouver au moins un mouvement de regret, en devant céder ici, pour ma pauvre malade, au genre de scrupules dont ces jours-ci parlait M. le professeur Forget (de Strasbourg), quand il écrivait qu'au respect de la morale ils sacrifiaient pieusement l'humanité?

Je m'arrête ; mais je suis disposé à revenir sur ce sujet, pour peu qu'il vous convienne d'accueillir ces premières lignes.

Agréez, je vous prie, etc.

Docteur Bédor.

Troyes, le 22 octobre 1856.

Sur la ponction du péricarde.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro de la Gazette hebdomadaire du 24 octobre, vous rendez compte d'une opération d'incision du péricarde, faite par M. le professeur Trousseau, pour remédier à un hydropéricarde; et, dans les quelques lignes de critique qui suivent ce compte rendu, vous proposez de remplacer le plus souvent cette opération par la ponction palliative au moyen d'un trocart capillaire.

Le fait suivant prouve l'innocuité et le degré d'utilité de l'opération que vous conseillez. C'est l'histoire d'une ponction palliative que j'ai pratiquée au mois de juillet 1855, histoire déjà mentionnée dans une thèse soutenue à Paris, le 14 avril 1856, par M. le docteur Tallon, qui m'assistait comme interne de service dans l'opération.

Obs. — François F..., journalier, âgé de vingt-trois ans, ayant eu la poitrine violemment comprimée par la chute d'un portail qui le pressa contre le sol, fut pris d'une oppression qui alla toujours croissant. Quelques mois après, il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au n° 69 de la salle Sainte-Marie, le 23 juillet 1855.

Le malade offrait alors une cyanose générale avec dilatation des capillaires veineux et des veines sous-cutanées du tronc et des membres.

L'abdomen était distendu, mat, fluctuant ; mais la poitrine, surtout, nous frappa par une déformation extraordinaire : elle était fortement bombée, non-seulement en avant, mais dans tous les sens.

La percussion donnait, en *avant*, matité de tout le côté gauche et des deux tiers internes du côté droit; en *arrière*, résonnance exagérée à droite, résonnance incomplète à gauche, mais pas de matité. L'oreille, appliquée à la région précordiale, perçoit à peine les bruits du cœur lointains, faibles, mais réguliers. On n'entend, dans toute l'étendue de la matité, aucun bruit respiratoire. En arrière, bruit respiratoire exagéré à droite,

faible et un peu rude à gauche, comme si le poumon était comprimé. Dyspnée intense ; pouls petit, accéléré, régulier.

Le diagnostic par exclusion nous amena à conclure que les poumons étaient refoulés, mais sains ; qu'il n'y avait pas d'épanchement dans les plèvres, que la matité était produite par un hydropéricarde énorme.

Le 25, je pris un trocart explorateur, et je l'introduisis à quelques millimètres du sternum, entre la cinquième et la sixième côte gauches.

Après avoir éprouvé la sensation d'une résistance vaincue, résistance qui paraissait avoir été produite par une membrane fibreuse, je retirai le stylet ; un liquide citrin s'écoula par la canule, avec un jet faible, continu, sans secousse, accru à peine par les *fortes expirations* et par la *compression du thorax*. Nous recueillîmes 500 grammes de liquide.

L'effet immédiat fut satisfaisant. Le malade respira mieux, quoique la matité persistât ; mais cet effet s'affaiblit peu à peu.

Le 28, nouvelle ponction qui procura l'évacuation de 400 grammes de liquide ; soulagement passager. Le liquide continuait à suinter par la piqûre le 31.

Le 12 août, nous ponctionnâmes l'abdomen et retirâmes beaucoup de sérosité ; nouveau soulagement de peu de durée.

Enfin, la dyspnée devint extrême ; un purpura hemorrhagica, qui envahit successivement tout le tronc, et un muguet confluent, hâtèrent la mort, qui arriva le 16 août.

Autopsie le 18. — Ayant incisé les côtes avec précaution et relevé le sternum de bas en haut, on aperçoit une vaste poche fibreuse qu'on reconnaît être le péricarde, occupant une grande partie de la cavité thoracique. Les poumons refoulés, le gauche surtout, forment deux espèces d'ailerons dans les gouttières costales. Cette poche avait 25 centimètres de diamètre ; le liquide qu'elle contenait était une sérosité citrine transparente, avec quelques flocons fibrineux au fond. Il suffit à remplir cinq bouteilles à bordeaux. Le cœur avait son volume normal ; il était comme macéré. Des plaques pseudo-membraneuses anciennes existaient çà et là. On incisa le cœur droit ; l'orifice auriculo-ventriculaire était rétréci par un anneau fibreux, au point de n'admettre que la pulpe du petit doigt. Rétrécissement semblable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Rien aux autres orifices. Le poumon droit était en partie perméable à l'air ; mais le poumon gauche était entièrement refoulé par l'hydropéricarde.

Il résulte de l'examen cadavérique que le traitement curatif n'eût pas été approprié à ce cas. Il doit en être ainsi le plus souvent. D'un autre côté, aucun cas ne se prêtera mieux que celui-ci à la ponction palliative, à cause du volume de la tumeur ; et pourtant, quel résultat incomplet que l'évacuation d'un cinquième de la quantité du liquide et un soulagement qui persiste vingt-quatre heures ! C'est que, de tous les épanchements séreux, l'hydropéricarde est celui qui se prête le moins à l'évacuation. On ne peut ponctionner que la face antérieure et non la partie déclive, et on ne saurait aider à l'expulsion au moyen des efforts d'expiration, comme dans l'hydrothorax, ou par la compression, comme dans l'ascite.

Pour peu que nous eussions cru cette opération environnée de quelque danger, nous ne l'eussions point faite ; mais étant déjà extrêmement familiarisé avec la thoracentèse, nous ne redoutions ni la piqûre du péricarde ni l'introduction de l'air dans sa cavité. L'histoire des plaies du cœur par instruments piquants est faite pour rassurer sur les conséquences d'une plaie même pénétrante des ventricules et des oreillettes par la pointe du trocart explorateur, et du reste le volume de la tumeur nous permettait d'éviter le cœur. Le vrai danger, le grand danger d'une opération de ce genre, c'est de blesser un des gros vaisseaux de la base du cœur : c'est à les éviter que doivent tendre les règles de cette opération et la sagacité de l'opérateur.

VERNAY,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1856.— PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — ***Note relative à l'action du curare sur le système nerveux***, par M. *A. Kölliker*. — Tout le monde connaît les expériences intéressantes à l'aide desquelles M. Cl. Bernard a démontré que, dans une grenouille empoisonnée par du curare, les nerfs n'agissent plus sur les muscles, tandis que les derniers conservent toute leur irritabilité. Plusieurs auteurs, et notamment M. Eckhardt de Giessen, ayant mis en doute les déductions tirées par M. Cl. Bernard de ces expériences, à savoir que l'irritabilité musculaire ou la faculté des muscles à se contracter est indépendante des nerfs, parce que l'expérience de M. Bernard ne prouve pas que le curare paralyse les nerfs dans l'intérieur des muscles, j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu d'entreprendre de nouvelles recherches sur le curare, et d'essayer de déterminer l'action de ce poison sur les différentes parties du système nerveux.

Ces expériences, qui ont été faites durant l'hiver 1855-1856, et dont un résumé succinct se trouve dans les comptes rendus des séances du 29 mars et 12 avril 1856 de la Société physico-médicale de Wurzbourg, ont été publiées depuis dans les *Archives* de M. Virchow. C'est le dernier numéro que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, en mentionnant brièvement les principaux faits nouveaux qui peuvent servir à faire connaître d'une manière plus précise l'action du curare sur les animaux.

Les expériences qui ont le plus contribué à me démontrer l'action toute particulière du curare sont les *intoxications partielles*, que nul n'avait tentées jusqu'à présent. Dans une partie de ces expériences, faites sur des grenouilles, je liais les deux arcs de l'aorte, et j'empoisonnais l'animal à la tête, de manière que les jambes ne reçussent point de poison ; dans les autres, je coupais une jambe, après avoir lié préalablement l'artère et la veine crurale, en laissant toutefois le nerf ischiatique intact, puis j'empoisonnais l'animal au dos. C'est surtout cette dernière expérience qui prouve que le curare n'altère point les fibres nerveuses des troncs nerveux, mais seulement les nerfs des muscles mêmes ; car, dans les expériences décrites, les troncs (les nerfs lombaires de la jambe opérée) restent en fonction pendant deux, trois et quatre heures après la paralysie totale des autres extrémités. De plus, elle démontre que le curare n'agit point sur les nerfs de la sensation, ni sur la moelle épinière, car il est facile de déterminer des mouvements réflexes dans la jambe non intoxiquée en agissant sur les parties qui ont subi l'action du curare.

Je dirai donc :

1° Que le curare n'agit pas sur les nerfs de la sensation ;

2° Qu'il affecte peu la moelle épinière ;

3° Qu'il n'a presque aucune influence sur les troncs nerveux ;

4° Mais qu'il paralyse subitement les nerfs des muscles mêmes.

Ce dernier point est le point capital, et je citerai encore une expérience à son appui. J'ai lié sur une grenouille tous les vaisseaux du muscle gastrocnémien, puis j'ai empoisonné l'animal, comme à l'ordinaire, par du curare. Dans trois minutes l'animal était parfaitement paralysé, à la seule exception du muscle mentionné, qui montrait des mouvements réflexes, et que l'on pouvait aussi mettre en action en touchant les nerfs lombaires. Je ne crois plus avoir besoin de nouvelles preuves pour démontrer que le curare agit principalement sur les nerfs des muscles mêmes, et je finirai en disant qu'il n'y a pas de meilleures preuves en faveur de l'irritabilité des muscles que les expériences que je viens de mentionner.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Sur la terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille*, par M. *Kölliker*. — Après avoir formé les ramifications pâles, regardées jusqu'à présent comme leurs véritables terminaisons, les nerfs se divisent en des rameaux pâles et très déliés, qui, en s'anastomosant de toutes parts, forment un *réseau nerveux* très élégant et très délicat. Ce réseau, dont les fibrilles constituantes ne mesurent pas plus de 5 dix-millièmes à 8 dix-millièmes de ligne, et dont les mailles offrent la même grandeur, forme à lui seul une membrane nerveuse particulière de 8 dix-millièmes à 1 millième de ligne d'épaisseur, qui est étendue dans tout l'espace d'une cloison de l'organe électrique, étant appliquée pourtant à une membrane homogène contenant des noyaux, qui lui sert de support. D'après ce qu'en a vu M. Kölliker, chaque cloison de l'organe électrique, qui est séparée des cloisons voisines par un petit espace contenant un fluide clair, est formée de cinq

couches ; au milieu se trouvent les grandes ramifications nerveuses et les vaisseaux sanguins supportés par un tissu conjonctif homogène, puis viennent, des deux côtés, les membranes délicates formées par le réseau nerveux décrit, recouvertes, en dernier lieu, par des membranes homogènes à noyaux, qui ne portent pas de traces d'épithélium du côté de l'espace contenant le fluide.

Les membranes nerveuses décrites, ou plutôt les réseaux nerveux eux-mêmes, sont excessivement délicats ; ils sont détruits par presque tous les réactifs que l'on emploie à de pareilles observations, et ils ne se voient que sur des préparations prises sur l'animal vivant ou toutes fraîches.

PHYSIOLOGIE. — *Sur des mouvements particuliers et quasi spontanés des cellules plasmatiques de certains animaux*, par M. *Kölliker*. — C'est à Nice, et sur un bel animal de la famille des Ascidies composées, que l'auteur a découvert des mouvements des cellules qui se trouvent en grand nombre dans la substance gélatineuse commune à toute la grappe et formée de cellulose. Ces cellules, rondes ou étoilées, très diverses de forme, ont chez les animaux vivants un mouvement lent, mais très facile à voir, qui consiste dans un changement continuel de forme, de sorte que la même cellule, qui tantôt était ronde, devient étoilée ou fusiforme à différents degrés par la formation de deux ou plusieurs prolongements, souvent très longs et même branchés, pour revenir plus tard à la forme ronde qu'elle avait au commencement. Ce changement de forme est accompagné par un mouvement de toutes les parties des cellules, ce qui peut-être se rattache aux phénomènes chimiques et vitaux qui s'accomplissent dans ces cellules comme dans les autres. Les cellules plasmatiques du tissu conjonctif gélatineux de la tête des torpilles électriques, et les cellules étoilées de la substance gélatineuse du corps de la *Cassiopeia borbonica*, ont montré aussi à M. Kölliker des mouvements semblables, et de plus amples recherches donneront sans doute à ce phénomène quelque importance physiologique. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — *De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri*, par M. *A. Legrand*. — Un homme âgé de plus de cinquante ans, qui avait un phlegmon dans l'aisselle, et un enfant de six semaines, qui avait eu plusieurs furoncles, ont succombé à l'érysipèle dix à quinze jours après l'incision. A la suite de ces faits, l'auteur, qui en a fait l'expérience sur lui-même, présente la potasse caustique comme devant être substituée au bistouri à titre d'instrument opérateur des abcès. Moins douloureuse, cette manière de procéder ne donne jamais lieu à l'érysipèle, et même, si l'on applique la potasse caustique sur le centre de la tumeur, dont le développement constitue l'érysipèle phlegmoneux, on arrête le travail inflammatoire et pyogénique. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Jobert de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Note sur la nature de l'humeur à l'aide de laquelle les mollusques altèrent leurs coquilles pendant qu'ils les habitent*, par M. *Marcel de Serres* (extrait). — On sait que les mollusques sécrètent un *mucus* plus ou moins abondant, que les uns considèrent comme neutre, les autres comme alcalin, et certains comme acide. Les *Bulimus decollatus* semblent sécréter deux sortes de *mucus*, dont les propriétés diverses se neutralisent parfois. MM. Lutrand et Marcel de Serres ont divisé un de ces animaux par une section transversale en partie antérieure et partie postérieure. En traitant la partie antérieure par l'eau, et en agitant le liquide, on obtient une humeur plus ou moins visqueuse, incolore, presque insipide, dans laquelle on remarque, lorsqu'elle est suffisamment concentrée, une réaction alcaline quelquefois très faible et même nulle, mais jamais acide. Le mucus fourni par la partie postérieure, au contraire, offre constamment une réaction acide, qui est due probablement à la présence de l'acide urique. Si ce fait se confirme, l'acide urique serait représenté, non-seulement chez les mammifères, les oiseaux et les serpents, mais encore chez les invertébrés de la classe des mollusques.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans les départements de la Manche, de l'Hérault, du Cher, du Var, du Haut-Rhin, des Bouches-du-Rhône et des Côtes-du-Nord. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Deux demandes d'avis relatives aux sources minérales de Vittel (Vosges) et de Salies (Basses-Pyrénées). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Gigon* (d'Angoulême), qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Future commission des correspondants.*) — *b.* Un recueil d'observations et de recherches pratiques sur le choléra-morbus et la mortalité prématurée dans le quartier des Invalides depuis 1830, par M. le docteur *Frémaux*. (*Commission du choléra de* 1854.) — *c.* Une réclamation de priorité adressée par M. *Berthé*, pharmacien à Paris, et relative à plusieurs points de l'histoire de la codéine, sur laquelle M. Robiquet a lu un travail dans la dernière séance. (*Commission nommée.*)

— M. le *Secrétaire annuel* donne lecture d'une communication de M. le docteur *B. Schnepf*, renfermant le résumé succinct d'un travail du docteur *Fock* sur le traitement chirurgical des kystes ovariques et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes. (M. Barth, *rapporteur*.)

— M. *Depaul* fait hommage à l'Académie, au nom de M. *Nélaton*, d'un ouvrage en anglais, intitulé : *Chirurgie clinique de M. le professeur Nélaton*. C'est un recueil de leçons rédigées par M. le docteur *John Franklin Atlee* (de Philadelphie).

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Cruveilhier* envisage d'abord la question sous le rapport de l'anatomie pathologique, dont personne, dit-il, ne déclinera l'importance en pareille matière.

« Au point de vue le plus général, une hydropisie enkystée de l'ovaire est une production kysteuse accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts comme l'ovaire aux dépens duquel elle est formée, ne communiquant avec l'individu porteur que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire indépendante de la vie générale.

» La vie des kystes ovariques est tellement parasitaire qu'ils sont complétement réfractaires à toutes les médications dirigées sur les grandes voies d'élimination de l'économie. Le choléra, les drastiques les plus violents n'exercent aucune action sur l'hydropisie ovarienne. Ainsi, point de traitement médical, comme le dit M. Trousseau, contre une lésion tout à fait indépendante de l'état général.

» Or, les kystes de l'ovaire ne constituent pas une espèce anatomique toujours identique avec elle même. La question du traitement, qui doit être toujours chirurgical, est en grande partie subordonnée aux différences que présentent les kystes sous le rapport de la qualité du liquide contenu, de la disposition de leurs parois, de leur structure.

» Sous le rapport du liquide, on peut les diviser en kystes *séreux*, contenant une sérosité limpide et diversement colorée ; en kystes *albumineux*, dont le liquide ressemble à du blanc d'œuf, et en kystes *gélatiniformes*, dont le liquide ressemble à de la gelée; distinction très importante au point de vue thérapeutique, et qu'il n'est pas toujours facile d'établir *à priori* par le caractère de la fluctuation.

» Sous le rapport de la disposition des kystes, on peut les diviser en quatre espèces : kystes *uniloculaires*; kystes *multiloculaires;* kystes *aréolaires* ou *vésiculaires ;* kystes *composés*. Ces derniers résultent de l'association d'un kyste uniloculaire avec un kyste multiloculaire, ou bien de l'association de l'un ou l'autre de ces kystes avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire. On peut encore considérer comme composés les kystes qui ont pour support un corps fibreux de l'ovaire.

» Au point de vue de la structure, les kystes ovariques, surtout uniloculaires, sont constitués par un sac fibro-séreux, complétement enveloppé par le péritoine, auquel il adhère si intimement, qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans enlever en même temps une lame fibreuse. La surface interne, ordinairement lisse, donne l'idée d'une membrane séreuse; il n'est pas rare pourtant de la voir rugueuse, hérissée de papilles, de végétations épidermiques verruqueuses très denses, ayant la dureté du tissu corné. Quelquefois des plaques cartilagineuses ou osseuses sont incrustées dans les parois du kyste. Il m'a toujours été possible de séparer ces parois en deux lames superposées, entre lesquelles rampent ordinairement de très grosses veines. — Une variété des kystes uniloculaires est constituée par les kystes uniloculaires cloisonnés, dont les compartiments communiquent facilement entre eux.

» Parmi les kystes uniloculaires composés, je signalerai les kystes végétants, dont la face interne offre des productions mamelonnées quelquefois très volumineuses, constituées par du tissu aréolaire. Quand ces végétations ont un certain volume, on peut généralement les reconnaître avant la ponction.

» Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires simples ou cloisonnés est, le plus ordinairement, séreux; mais d'autres fois il est filant, visqueux à la manière du blanc d'œuf, si bien que son évacuation ne peut avoir lieu qu'à l'aide d'une très grosse canule, et même que dans certains cas elle est impossible.

» La structure du kyste aréolaire est curieuse: l'ovaire est transformé en une masse aréolaire à mailles communicantes et remplies par une matière albumineuse, tantôt filante comme du blanc d'œuf, tantôt présentant la consistance du miel, d'autres fois l'aspect d'une gelée. Ces qualités expliquent pourquoi le liquide ne coule que très incomplétement ou même pas du tout par la ponction du kyste. Sur le cadavre même, ce n'est qu'à l'aide d'une pression directe exercée au voisinage des incisions qu'on peut en obtenir une certaine quantité.

» Le liquide des kystes multiloculaires est souvent séreux; mais il m'a paru qu'il présentait plus souvent le caractère visqueux que celui des kystes uniloculaires.

» Les kystes multiloculaires conduisent, par des degrés insensibles, aux kystes vésiculaires, que je regarde comme une variété des kystes aréolaires.

» Voyons les conséquences pratiques de ces faits anatomiques:

» La première, c'est qu'il est deux catégories de kystes: les uns marqués au sceau de l'incurabilité, les autres curables.

» Les espèces absolument incurables sont: 1° Les kystes aréolaires, dont l'incurabilité ne tient pas à leur nature, qui n'est nullement cancéreuse (bien que la variété de kystes à mailles très serrées ait la plus grande similitude avec le cancer aréolaire ou gélatiniforme); mais cette incurabilité est due à la viscosité, à la non-fluidité de la matière albumineuse ou gélatiniforme qui remplit leurs aréoles. 2° Les kystes vésiculaires, également remplis de liquide visqueux.

» Ici, point de traitement palliatif: la ponction n'amènerait rien ou presque rien. Point de traitement curatif; car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait l'extirpation, et je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre droit de cité dans la science. Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires.

» 3° Sont également incurables, autrement que par l'extirpation, les kystes multiloculaires à poches très multipliées et non communicantes, à contenu presque toujours albumineux.

» Les seules espèces susceptibles à la fois d'un traitement palliatif et d'un traitement curatif sont les espèces uniloculaires, lesquelles sont heureusement les plus communes.

» Le problème thérapeutique des hydropisies de l'ovaire doit donc être posé en ces termes: les kystes uniloculaires sont-ils susceptibles d'un traitement curatif, et quel est ce traitement?

» La règle que j'ai suivie jusqu'ici, celle que m'ont enseignée mes maîtres, est d'ajourner le plus longtemps possible la première ponction; car une première ponction en appelle bientôt une deuxième, et les ponctions se succèdent avec d'autant plus de rapidité qu'elles ont été plus répétées; les malades s'épuisent et meurent. Cet ajournement de la première ponction était une règle invariable, d'autant plus que cette opération est loin d'être toujours inoffensive; qu'en outre, des kystes uniloculaires peuvent rester stationnaires, qu'il en est qui rétrogradent ou même guérissent par une sorte d'absorption. J'ajoute qu'il est des kystes ovariques qu'on pourrait appeler *flasques*, parce qu'ils offrent la mollesse d'une poche incomplétement remplie; ils sont compatibles avec une longue vie. J'en ai vu un à la Salpêtrière qui datait de trente ans. Le vénérable Lallemant s'était constamment refusé à faire la ponction.

» Jusque dans ces derniers temps l'art n'offrait donc aux femmes affectées de kystes ovariques que le traitement palliatif.

» La guérison était l'exception. Elle avait lieu quand une inflammation spontanée ou provoquée par la ponction s'emparait de la tumeur. Quel est le praticien qui n'a pas gémi de cette insuffisance de l'art en présence d'une lésion qui n'est pas incurable de sa nature, qui se développe dans la jeunesse aussi bien que dans l'âge adulte et la vieillesse, et constitue toujours une très grande infirmité?

» J'ai donné des soins à une jeune fille de dix-sept ans, d'une excellente santé d'ailleurs, pour un kyste flasque de l'ovaire. Cette année même j'ai été consulté pour deux jeunes personnes, l'une de dix-neuf ans, l'autre de vingt et un ans: l'une a un kyste uniloculaire; chez l'autre, il m'a paru multiloculaire; chez toutes deux albumineux.

» Le moment est venu de décider si le traitement curatif est avoué par l'art, et quel est ce traitement?

» Comme M. Trousseau, j'ai reculé jusqu'à ce jour devant les tentatives d'une cure radicale. Autre chose, en effet, est une opération grave pratiquée pour une maladie grave, autre chose est une opération grave pratiquée pour une lésion qui se concilie avec une longue vie. Je n'ai pas encore donné à une seule femme le conseil de se soumettre au traitement curatif. Mais assez de faits ont été recueillis autour de moi pour que mes idées aient dû être modifiées à cet égard. L'autorité de M. Jobert, qui a pratiqué sans accident trente injections iodées dans les kystes ovariques, a complété ma conviction sur l'innocuité que présentent le plus souvent ces injections.

» Avant la séance, M. le professeur Nélaton m'a dit aussi avoir pratiqué dix ou douze fois l'injection iodée pour des kystes ovariens. Il a obtenu quatre guérisons, mais sur des kystes dont le liquide était purement séreux. Les six ou huit autres kystes, qui contenaient un liquide albumineux, ont résisté à des injections de toute espèce.

» Le traitement curatif doit donc désormais entrer dans la pratique. Mais quelles sont ses conditions? quelles sont ses limites? Là est toute la question.

» Les kystes uniloculaires, les kystes multiloculaires à cellules communicantes, et les kystes multiloculaires à cellules non communicantes, dans lesquels il y a prédominance d'une, de deux ou de trois poches, sont les seuls qui comportent un traitement curatif. Un grand écueil pour toutes les méthodes curatives est la structure morbide des parois du kyste, la facilité avec laquelle l'inflammation du tissu séreux ou fibro-séreux accidentel se termine par suppuration ou même par gangrène. Dans les hydropisies des membranes séreuses, l'hydrocèle, par exemple, la séreuse tend essentiellement à l'adhésion; dans l'hydropisie de l'ovaire, on a affaire à un tissu fibreux accidentel d'une vitalité si faible qu'elle peut à peine suffire au travail de l'inflammation. Les faits suivants ne sortiront jamais de ma mémoire. — En 1831, une jeune femme de vingt-six ans, mère de trois enfants, me fait appeler pour un kyste énorme de l'ovaire; elle était d'ailleurs brillante de santé et d'une très forte constitution. Je reconnais un kyste séreux uniloculaire. L'avis de Récamier, de M. Jadioux et le mien fut d'ajourner le plus possible la ponction. Mais bientôt l'état de la malade s'aggravant, il fallut bien s'y décider. Or, douze heures après la ponction, qui n'avait présenté rien de particulier, et qui avait donné un liquide séreux parfaitement limpide, frisson violent, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, pouls misérable, sueur froide, cyanose, mort en quarante-huit heures. A l'autopsie, au lieu d'une

péritonite suraiguë, diagnostiquée par mes confrères et moi, nous trouvons une inflammation gangréneuse des parois du kyste. Le péritoine était intact.

» Dans un autre cas, chez une dame anglaise de quarante-cinq ans, j'avais diagnostiqué un kyste uniloculaire albumineux; prévoyant une grand viscosité du liquide, je retardai la ponction le plus possible. Comme dans le cas précédent, elle devint indispensable. M. Pinel-Grandchamp la pratiqua en ma présence. Le liquide avait un peu plus de consistance que le blanc d'œuf, si bien qu'il ne s'écoula que lentement et en bavant; 2 litres à peine ayant été obtenus au bout d'une demi-heure, M. Pinel eut la pensée d'injecter de l'eau tiède dans le but de délayer le liquide et de faciliter son écoulement; mais son attente fut trompée. Le liquide albumineux ne sortit ni plus ni moins qu'avant l'injection. Plusieurs heures ayant à peine suffi pour diminuer ou d'un tiers ou d'un quart le volume de la tumeur, notre confrère crut devoir s'en tenir là et se retira. Le lendemain matin, frisson violent, décomposition de la face, sueur froide, douleurs abdominales excessives; mort en quarante-huit heures. Il est difficile de dire quelle part a eu l'injection d'eau tiède dans l'issue funeste de la maladie; je serais disposé à croire qu'elle n'y a pas été tout à fait étrangère.

» Dans un troisième cas, chez une femme de vingt-cinq ans, qui n'avait jamais eu d'enfant, la ponction étant devenue indispensable, j'eus l'idée de tenter la cure radicale en laissant la canule du trocart dans l'ouverture; mais au bout de trois heures, la malade ayant accusé une douleur vive dans l'abdomen, je retirai la canule; les symptômes d'une péritonite, ou plutôt ceux d'une kystite ovarienne extrêmement intense, ne tardèrent pas à se manifester, et la malade succomba le quatrième jour. L'autopsie a été refusée.

» Ce n'est donc pas une petite chose que la simple ponction des kystes ovariques; témoin les tableaux statistiques présentés par M. Trousseau.

» Quel contraste entre ces statistiques et les affirmations de celui de nos jeunes confrères qui a attaché son nom au traitement des kystes ovariens par les injections iodées! La ponction ou les ponctions successives suivies d'injections iodées, dit-il, pratiquées convenablement, n'offrent pas le moindre danger, que les kystes soient simples ou compliqués. Une si grande sécurité, même à l'endroit des kystes compliqués, est loin de me rassurer, à moins d'admettre que les injections iodées, loin d'ajouter à la gravité des ponctions, n'aient la merveilleuse propriété d'en neutraliser les effets.

» Cependant les cas de mort à la suite d'une simple ponction sont l'exception; les trois malheurs que j'ai cités sont les seuls que j'ai vus dans ma pratique. Dans l'immense majorité des cas, la ponction est bien supportée; il semble même que la tolérance pour cette opération augmente à mesure que les ponctions sont plus répétées. J'ajouterai que l'inflammation kystique consécutive a pu être souvent combattue efficacement et même qu'il existe des exemples de guérison définitive lorsque l'inflammation du kyste provoquée par la ponction se termine par l'adhésion.

» La cure radicale n'est pas d'une nécessité absolue. Il est douteux qu'elle soit acceptée de longtemps par les praticiens, à moins qu'on ne trouve un moyen de contenir l'inflammation provoquée dans les limites de l'inflammation adhésive.

» M. Briquet a pratiqué ou fait pratiquer plusieurs fois les injections iodées dans les kystes de l'ovaire; plusieurs fois il a usé du procédé de la canule à demeure, et presque toujours, surtout dans le cas où la canule a été maintenue, la suppuration du kyste est venue tromper ses espérances.

» Voici dans quelles conditions la cure radicale me paraît susceptible d'entrer dans la pratique : — 1° Je la tenterais dans le cas seulement de kyste uniloculaire séreux. Je me méfie du kyste albumineux, non-seulement à cause de la qualité du liquide, mais à raison de l'organisation du kyste, qui m'a paru *plus morbide* que celle des kystes séreux. — 2° Je ferais entrer en ligne de compte l'âge de la malade, sa constitution, sa position sociale, la volonté de la famille, à laquelle on doit faire connaître la vérité tout entière, et les chances d'une opération très simple, mais qui expose beaucoup la vie de la malade.

» Le moment d'opportunité pour la cure radicale doit-il se placer à une époque aussi rapprochée que possible de l'apparition du kyste? Faut-il attendre que la tumeur ait acquis un grand développement?

» Sans doute, théoriquement il y aurait avantage à opérer lorsque le kyste n'a qu'un petit volume; car alors l'inflammation occuperait une moindre surface. Mais, pratiquement parlant, qui oserait proposer une opération qui peut occasionner la mort en quelques jours, en vingt-quatre heures, à une jeune personne, à une jeune femme, offrant les attributs de la santé, pour une lésion locale qui ne cause encore ni malaise ni douleur, qui ne trouble aucune fonction, pas même la menstruation, devant un kyste inoffensif qui peut rester stationnaire? Le seul moment d'opportunité pour le traitement curatif des kystes de l'ovaire, c'est celui où le traitement palliatif est devenu nécessaire, par le volume considérable du kyste et le trouble qu'il apporte à toutes les fonctions.

» Les deux méthodes entre lesquelles on a à opter (la ponction avec injection iodée ou la ponction avec canule à demeure) ont le même but, l'inflammation adhésive des parois du kyste. Le danger à redouter, c'est l'inflammation excessive du kyste ou du péritoine. Je crois que presque toujours on rapporte à la péritonite les accidents dus à l'inflammation du kyste, et que la péritonite à la suite de la ponction est infiniment plus rare qu'on ne le dit généralement.

» La gangrène du kyste est rare. Le grand danger, le danger ordinaire, c'est l'inflammation suppurative, qui ne se termine par la guérison que dans des cas extrêmement rares.

» Le choix du liquide à injecter est d'une grande importance. Dans l'état actuel de la science, je ne connais aucun liquide plus propre à provoquer l'inflammation adhésive que la teinture alcoolique d'iode. Les préparations iodées sont de plus des antiseptiques puissants.

» Les observations de M. Boinet établissent que tantôt une seule ponction suivie d'injection a suffi pour amener la guérison; que d'autres fois il a fallu recommencer l'opération, ce qui est un grand inconvénient. Mais il n'est pas impossible qu'on se fût un peu pressé pour renouveler la ponction, alors qu'un peu de temps aurait suffi pour la résorption spontanée du liquide. S'il fallait ainsi revenir plusieurs fois à de nouvelles injections, je préférerais le traitement par la canule à demeure, à moins qu'il ne fût démontré que la présence de la canule favorise l'inflammation suppurative; et, dans ce cas, l'ingénieux procédé de M. Barth devrait être pris en grande considération. »

Conclusions. — 1° Les hydropisies enkystées de l'ovaire sont des affections purement locales qui ne comportent qu'un traitement chirurgical. Il est douteux qu'un traitement médical quelconque pût exercer la moindre influence sur leur marche progressive.

2° Il est des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif ni traitement palliatif; ce sont les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires et les kystes multiloculaires à cellules très multipliées et non communicantes.

3° Il est, au contraire, des hydropisies de l'ovaire qui sont susceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif: tels sont essentiellement les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux dont le contenu peut être évacué par la ponction, et les kystes multiloculaires à cellules communicantes.

4° Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, ou vésiculaires, ou multiloculaires.

5° Le traitement palliatif a pour objet l'évacuation pure et simple du contenu du kyste par la ponction; le traitement curatif a pour objet de déterminer le retrait et l'inflammation adhésive des parois du kyste.

6° La ponction, même avec un gros trocart, étant insuffisante pour évacuer le contenu des kystes quand ce contenu est gélatiniforme ou extrêmement visqueux, l'incision de Ledran devrait lui

être substituée, avec les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine.

7° A la proscription absolue de toute tentative de cure radicale des kystes ovariques, établie comme règle jusque dans ces derniers temps, doit être substituée la prise en considération sérieuse des moyens curatifs proposés et mis en pratique.

8° Dans l'état actuel de la science, le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire ne doit être tenté qu'avec une extrême prudence, même dans les conditions les plus favorables.

9° Le grand danger dans le traitement curatif, comme aussi dans le traitement palliatif, c'est l'inflammation purulente ou gangréneuse du kyste : le choix du procédé à mettre en usage doit être dirigé d'après cette indication.

10° Le moment d'opportunité pour l'application du traitement curatif est celui où le volume du kyste commence à troubler l'exercice des fonctions.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 7 NOVEMBRE 1856.

1. M. *Guibout :* Rapport sur un mémoire de M. le docteur Leménant (*De la fièvre typhoïde*).

2. M. *Briquet :* Lecture sur l'*hérédité de l'hystérie*.

3. M. *Fauconneau-Dufresne :* Rapport sur les travaux de la Société médicale de Tours.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1856.

Amputation sus-malléolaire.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Hutin sur les amputations. Depuis onze ans que M. Hutin est à la tête du service chirurgical des Invalides, il a observé plus de 200 amputés; chez la plupart d'entre eux l'opération avait été faite au lieu d'élection : un petit nombre avaient été opérés au tiers inférieur de la jambe. Jamais il n'a vu chez les premiers ni rupture de la cicatrice, ni ulcération spontanée ; ces accidents, au contraire, ont été fréquents chez les seconds. Parmi ces derniers, il en est quelques-uns dont le moignon est presque toujours suppurant, qui se plaignent constamment des inconvénients inhérents à leur membre. Tous ces malades préfèrent le pilon à la jambe artificielle et marchent conséquemment sur le genou ; il en résulte que leur moignon fait en arrière une saillie considérable et gênante, qu'il soulève leur capote, les empêche de s'asseoir ; en hiver, ce moignon fusiforme, dont tous les tissus sont atrophiés, dans lequel la circulation se fait mal, est froid, violacé ; il s'ulcère avec une grande facilité et ne se cicatrise qu'avec peine. Chez ces malades, dit M. Hutin, c'est un concert unanime de malédictions contre le sort qui les a fait amputer à la partie inférieure de la jambe. Depuis 1845, M. Hutin a vu 5 malades amputés au-dessus des malléoles. Un d'eux marche bien, quoique avec gêne; un autre a demandé à deux reprises à être amputé de nouveau au-dessous du genou; les trois autres ont dû subir cette dernière opération, parce que la carie avait envahi le moignon. M. Hutin croit qu'il faut renoncer à une méthode qui donne de si déplorables résultats.

Les inconvénients attribués par M. Hutin à l'amputation sus-malléolaire ne lui appartiennent pas tous en propre. M. Michon a fait remarquer avec raison que les embarras créés par la longueur du moignon tiennent à ce que les malades de M. Hutin marchent sur le genou, au moyen d'un pilon, tandis que l'amputation sus-malléolaire doit être suivie de l'application d'une jambe artificielle: ici ce n'est pas l'opération qui pèche, c'est le moyen prothétique. Il serait important également, comme l'a dit M. Michon, de savoir dans quelles conditions ont été faites les amputations sus-malléolaires suivies de carie du moignon et qui ont nécessité une amputation consécutive. Si ces amputations ont été pratiquées contrairement au précepte qui veut que la section des os soit faite sur des parties saines, et que toutes les parties malades soient enlevées, il est évident que les accidents consécutifs ne devront point être imputés au procédé opératoire; ils témoigneront simplement d'une erreur de diagnostic dont le chirurgien seul est responsable, et d'une mauvaise application de la méthode. M. Michon avoue avoir amputé au-dessus des malléoles des malades qu'aujourd'hui il n'opérerait plus ainsi. C'est ainsi qu'un de ses opérés marche habituellement avec un pilon, et ne se sert de sa jambe artificielle que le dimanche. Les accidents qu'on est en droit d'attribuer à l'amputation sus-malléolaire ne peuvent être étudiés que sur des malades chez lesquels cette amputation était justifiée, et a été exécutée suivant les règles qui la régissent. Toutes les fois que la section peut être faite exactement au-dessus des malléoles, il faut recourir plutôt à l'amputation au lieu d'élection, car si l'on amputait trop haut, il en résulterait des adhérences des muscles avec la cicatrice, et en se contractant, ces muscles provoqueraient de la douleur et déchireraient le tissu cicatriciel. C'est surtout le procédé qui importe dans ces cas; M. Michon rappelle à cette occasion un procédé qu'il appelle en gueule de loup, et qui donne les meilleurs résultats. Quant à la forme en fuseau que prend l'extrémité, elle est inévitable ; car elle tient à l'atrophie des muscles de la jambe qui suit invariablement l'amputation du segment de membre inférieur qu'ils étaient destinés à mouvoir; mais cette forme n'a d'inconvénients qu'autant que les diverses conditions de l'opération ont été négligées. M. Michon n'a jamais pratiqué de réamputations: sur 30 malades opérés par la méthode sus-malléolaire, il n'en a perdu que 2. M. Michon conclut qu'il ne faut pas proscrire d'une manière absolue l'amputation sus-malléolaire, mais bien plutôt chercher un bon moyen de prothèse qui permette aux malades de marcher commodément.

M. *Verneuil* croit qu'il faut ne tenir qu'un compte médiocre des récriminations de certains malades. En somme, ceux qui se plaignent de la sorte ont guéri, tandis que s'ils avaient été opérés par une autre méthode, il est probable que plusieurs d'entre eux auraient succombé.

M. *Monod* veut que l'on ait égard, pour le choix de l'opération, à la condition sociale des malades. L'amputation sus-malléolaire ne donne de bons résultats qu'à la condition que le patient soit dans une position qui lui permette de marcher peu. Chez les ouvriers dont les occupations exigent des déplacements fréquents, les jambes artificielles, sujettes à des dérangements nombreux et occasionnant des dépenses répétées, deviennent une source d'ennuis tels que les malades demandent à être réamputés au lieu d'élection.

M. *Giraldès* répond qu'il existe aujourd'hui des espèces de pilons dont le prix est très peu élevé et qui permettent de marcher la jambe étendue. Il ne croit pas qu'il y ait certaines opérations qui ne doivent être faites que pour les riches et d'autres pour les pauvres.

M. *Demarquay* fait remarquer que les amputations sus-malléolaires ne sont pas les seules qui exposent à l'ulcération du moignon; il donne des soins en ce moment à un malade chez lequel cet accident est survenu après une amputation faite au lieu d'élection.

M. *Chassaignac* n'a point été ébranlé dans ses convictions par les faits qui ont été produits dans cette discussion ; il croit toujours qu'il faut pratiquer l'amputation sus-malléolaire quand elle est indiquée; ce qui importe avant tout, c'est de sauver la vie des malades; or, aucune autre amputation du membre inférieur ne peut invoquer une statistique aussi favorable que l'amputation au-dessus des malléoles; sur 14 malades M. Huguier n'en a perdu qu'un ; nous avons vu plus haut que M. Michon, sur 30 opérés, n'en a vu succomber que deux. Ces résultats n'ont pas besoin de commentaire. Quant aux amputations à la suite d'accidents traumatiques, M. Chassaignac rappelle à ses collègues les sphacèles de la peau qui se montrent fréquemment dans ces circonstances au bout de peu de jours, bien qu'au moment de l'opération le tégument ait paru parfaitement sain.

M. *Verneuil* est d'avis que la solution définitive de la question demande de nouveaux faits, recueillis avec toutes les circonstances qui permettent de les juger convenablement.

Effets anesthésiques de l'acide carbonique.

M. *Monod* fait part des expériences qu'il a faites à la maison de santé, en commun avec M. Demarquay, sur les effets anesthésiques des douches d'acide carbonique. Le résultat habituel qu'il a obtenu dans les cas d'ulcères cancéreux de la matrice, a été un calme momentané, un soulagement peu persistant, il est vrai, mais très notable et digne d'être pris en sérieuse considération. Quelquefois la disparition des douleurs a duré très peu; d'autres fois l'influence des douches s'est prolongée pendant une partie de la journée, ou les malades ont passé une meilleure nuit. Dans tous les cas, les effets ont été favorables. M. Monod a appliqué les douches d'acide carbonique sur trois malades affectées de maladies organiques de l'utérus, dans un cas de cancer du rectum et dans un autre de névrose utérine, et enfin une malade affectée d'un phlegmon du ligament large; le soulagement a été très marqué dans les deux derniers cas; dans les autres les effets ont été variables. L'appareil employé par M. Monod pour administrer les douches utérines est celui qui sert à faire l'eau de Seltz. M. Demarquay se propose d'y faire ajouter un manomètre pour mesurer la pression du gaz et éviter les accidents, et de modifier l'appareil de manière à permettre un dégagement continu et gradué. Le temps pendant lequel MM. Monod et Demarquay appliquent la douche gazeuse varie entre une demi-minute et une minute et demie.

M. *Broca* a essayé des douches utérines chez un malade affecté d'une cystite ancienne, mais conservant toujours des caractères aigus et accompagnée de douleurs vives au niveau du col vésical; les urines, depuis l'existence de cette maladie, n'ont jamais pu être retenues plus d'une demi-heure par le malade, et tous les moyens employés jusqu'alors avaient été impuissants à le soulager. M. Broca songea à injecter de l'acide carbonique dans la vessie; en raison du volume de la prostate, il ne put y parvenir qu'en portant une sonde dans le réservoir urinaire. Le gaz fut poussé dans la sonde au moyen d'une vessie de caoutchouc; la percussion de la région hypogastrique indiquait nettement que l'acide carbonique passait dans la vessie urinaire. M. Broca n'a eu qu'à se féliciter de ses essais. Au moment où le gaz pénétra dans la vessie, il provoqua une légère douleur, mais dès le lendemain le malade put rester quatre heures sans uriner. Dans le but de rechercher si cet heureux résultat devait être attribué à la présence de l'acide carbonique ou bien à la simple distension de la vessie, M. Broca remplaça un jour ce gaz par de l'air atmosphérique : le malade souffrit beaucoup dans la journée; le lendemain on revint à l'acide carbonique, et l'on obtint le même soulagement. Il y a aujourd'hui quinze jours que M. Broca répète des injections quotidiennes; depuis deux jours elles donnent des résultats moins satisfaisants, et le malade ne retient ses urines que pendant deux heures. M. Broca attribue ce fait à l'irritation produite par la présence de la sonde; mais c'est en vain qu'il a essayé de la supprimer.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

SÉANCE DU 13 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉRARD.

M. *Hervez de Chégoin*, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rappelle quelques faits de gangrène, et fait observer que la gangrène du poumon, lorsqu'elle produit un épanchement dans la plèvre, occupe la périphérie de l'organe et non le centre.

M. *Trousseau* fait la communication suivante :

Bronchite capillaire; péricardite avec épanchement très abondant; opération; mort; autopsie.

Le vendredi, 1er août 1856, M. Trousseau réunit en consultation tous les médecins de l'Hôtel-Dieu, pour soumettre à leur examen un jeune homme de vingt-sept ans, entré dans son service le 2 juin 1856, avec tous les symptômes et les signes stéthoscopiques appartenant, d'une part, à un catarrhe capillaire, et, d'autre part, à l'endocardite, et à une lésion de la valvule mitrale. Plus tard, survint une péricardite avec énorme suffusion séreuse.

L'épanchement fut évalué au moins à un litre. La matité remontait à la troisième côte, descendait un peu au delà de la base de la poitrine, et latéralement, commençait 2 ou 3 centimètres au delà de la ligne médiane du sternum, à droite, pour s'étendre jusqu'à 10 centimètres en dehors du mamelon gauche. Il était impossible d'entendre les bruits du cœur. Quelques râles dans la poitrine, un peu d'obscurité à la base, à gauche.

Tous pensèrent, ajoute M. Trousseau, d'après l'anxiété du malade, d'après la bouffissure générale et la profonde pâleur des tissus, que la mort aurait lieu dans peu de jours. Ils pensèrent qu'il fallait donner issue au liquide contenu dans le péricarde. Je me mis en mesure d'opérer immédiatement en présence de mes collègues.

Je crus devoir adopter le procédé opératoire suivi, il y a deux ans, par M. Jobert, pour un jeune malade atteint, dans la même salle, de la même maladie; et qui quitta l'hôpital quelques mois après l'opération, guéri de l'hydro péricarde; mais atteint de tubercules dans le sommet de l'un des poumons.

Je me servis donc du bistouri pour ouvrir la poitrine. L'incision fut faite au centre de la circonférence indiquée par la matité. Elle se fit au-dessous du mamelon, dans l'espace intercostal le plus voisin.

La peau, les muscles furent coupés successivement et avec les plus grandes précautions, et j'arrivai à la plèvre. Cette membrane fut incisée à son tour, et le doigt étant introduit dans la cavité de la poitrine, je sentis une résistance due au péricarde distendu. Je ne sentais pas battre le cœur sous le doigt. Je coupai alors par couches successives, et me servis de la sonde cannelée afin d'écarter les tissus incisés. Enfin, la pointe du bistouri pénétrant un peu plus avant, il jaillit, le long de la lame, une sérosité un peu louche et légèrement rougeâtre. L'incision fut alors prolongée d'un demi-centimètre seulement à l'aide de la sonde cannelée, et il s'échappa par la plaie un flot de liquide de la même nature, qui se répandit en partie dans les alèzes et dont 100 grammes à peu près furent recueillis dans une palette. Ce liquide se coagula immédiatement comme de la gelée de groseille. Puis l'écoulement s'arrêta. J'introduisis plusieurs sondes de gomme élastique, par lesquelles il ne s'écoula plus de liquide. En faisant placer le malade sur le côté gauche, je vis sortir à peu près 200 grammes d'un liquide jaune citrin, par conséquent très différent de celui qui était sorti le premier, et qui, reçu dans la même palette, ne se coagule qu'imparfaitement et tranchait, par sa couleur ambrée, avec l'aspect du premier liquide extrait, qui ressemblait à de la gelée de groseille assez ferme et peu colorée.

L'*autopsie* démontra, quelques jours plus tard, qu'en effet l'un des liquides appartenait au péricarde, et l'autre à la plèvre.

Comme il ne s'écoulait plus de liquide, nous pensâmes, bien à tort, que le péricarde était rempli de fausses membranes cloisonnées qui retenaient le liquide. J'essayai de faire une injection iodée dont il ne pénétra rien dans le péricarde et peut-être une cuillerée dans la plèvre, et le malade fut pansé avec des bandelettes de diachylon.

Il y eut ce résultat remarquable que, nonobstant, la petite quantité du liquide extrait qui fut tout au plus de 400 grammes, en y comprenant celui du péricarde et celui de la plèvre, le malade éprouva un soulagement notable, et que le pouls devint beaucoup moins fréquent et plus distinct.

Les choses allèrent assez bien jusqu'au soir. Lorsque tout à coup le pauvre malade fut pris d'attaques d'éclampsie, les convulsions n'occupant que le côté droit du corps. Ces attaques se répétèrent de demi-heure en demi-heure pendant la nuit.

Le mardi, 5 août, cinq jours après l'opération, il mourut dans la soirée.

L'*autopsie* fut faite avec le plus grand soin.

Je trouvai dans la plèvre gauche un liquide de couleur citrine, semblable à celui qui s'était écoulé pendant le second temps de l'opération. D'ailleurs, pas de fausses membranes, pas de flocons fibrineux, pas d'adhérences.

Le péricarde, d'une couleur rougeâtre, ressemblait à un globe énorme, ayant le volume de la tête d'un homme. Il était libre de toute adhérence avec les côtes, recouvert seulement dans sa partie supérieure d'une lame mince du poumon gauche qui lui adhérait intimement sur du tissu cellulaire d'ancienne date.

Le péricarde, placé dans le médiastin antérieur qu'il avait écarté, ressemblait à un fruit implanté sur la base du sternum, sur une large base et flottant dans la cavité pleurale qui avait été ouverte.

A peu près en face du point où l'espace intercostal était ouvert, on voyait, à l'intérieur du péricarde, une tache violette, vestige de la ponction qui avait été faite avec le bistouri, l'extrémité mousse d'un stylet y pénétrait facilement; les fausses membranes qui doublaient le péricarde au niveau de cette ouverture étaient colorées en rouge, comme par une suffusion sanguine récente.

En ouvrant le péricarde, il s'en écoulait à peu près 1000 grammes d'un liquide rougeâtre, identique avec celui que l'on avait recueilli dans la palette durant le premier temps de l'opération. — On y voyait nager des flocons fibrineux en très petite quantité.

Le cœur était au fond de ce sac, au moins à 10 centimètres de la paroi du kyste et du point où la ponction avait été faite. Il était, ainsi que toute la face interne du sac, recouvert d'une fausse membrane épaisse, réticulée, d'un jaune sale.

La paroi du kyste pouvait avoir 5 millimètres d'épaisseur, et lorsque je coupai le cœur, je trouvai au-dessus de sa membrane séreuse un tissu cellulaire épais, lardacé, ressemblant à une couche de graisse.

Le viscère était un peu plus volumineux que dans l'état normal; mais il y avait une hypertrophie concentrique, et les cavités étaient plus étroites qu'elles n'auraient dû être. Le feuillet des valvules était souple, mince, sans altération appréciable, et pourtant les orifices laissèrent passer le doigt avec plus de difficulté que dans un cœur ordinaire. Tubercules disséminés à l'état cru, quelques-uns à l'état de ramollissement dans les poumons et dans les ganglions bronchiques. Près du pancréas, une masse considérable de ganglions tuberculeux ramollis. Ganglions mésentériques engorgés. Quelques adhérences intestinales.

(La pièce anatomique est mise sous les yeux des membres présents de la Société.)

M. *Trousseau*. J'ai voulu soumettre ce fait à l'appréciation de la compagnie, afin d'en appeler à l'expérience, à l'autorité de mes collègues, et de soumettre à leur appréciation une opération dont les règles sont fort mal établies.

M. *Vigla*. Je prie M. Trousseau de nous donner quelques explications au sujet de la cessation de l'écoulement du liquide, et sur les conditions qui l'ont produite.

M. *Trousseau*. On a toujours des craintes quand on ouvre le péricarde. Il n'est donc pas étonnant qu'une fois entré dans la plèvre, j'aie craint d'aller trop loin et que je n'aie fait qu'une petite ouverture en face de celle de la poitrine. Dès lors, n'ayant pas eu la précaution d'introduire une sonde de caoutchouc, le kyste s'est rétracté et les lèvres de la plaie se sont rapprochées. De là sans doute l'arrêt de l'écoulement du liquide.

M. *Roger* (Henri). J'ai vu pratiquer, une fois, l'opération de l'hydropéricarde par le professeur Skoda, à Vienne. M. Skoda a pénétré directement dans le péricarde, dans le point central de la matité précordiale, comme M. Trousseau, et a évacué autant de liquide qu'il a pu. Je ne suis point fixé sur le procédé qu'il serait le mieux d'employer en pareils cas, mais je demande à M. Trousseau pourquoi, au lieu d'évacuer au dehors le liquide péricardique, il le laisserait tomber dans la plèvre, au risque de provoquer l'apparition d'une pleurésie.

M. *Trousseau*. L'incision faite au péricarde, je tâcherais d'y pénétrer avec une canule ou une sonde; cependant, comme il est démontré que le sang épanché dans la plèvre se résorbe très rapidement et qu'il en doit être ainsi de liquides moins irritants que le sang lui-même, je préférerais ouvrir très largement le péricarde et abandonner le liquide dans la plèvre.

M. Trousseau rappelle des expériences qu'il a faites sur des chevaux, en 1827, avec MM. Leblanc et Rigaud, et desquelles il résulte qu'il y a innocuité à laisser dans la plèvre du liquide moins irritant que le sang lui-même. Si la résorption du liquide dans la pleurésie ne se fait pas, c'est que, d'une part, la plèvre est enflammée, et que, d'autre part, elle est tapissée de fausses membranes qui s'opposent à l'absorption. Mais dans la plèvre saine, les conditions sont bonnes pour l'absorption, ce qui fait que les accidents sont moins sérieux et que la guérison est plus sûre.

M. *Legroux*. J'ai assisté à l'opération et à l'autopsie, et je ne crois pas que M. Trousseau ait pénétré dans le péricarde de son malade.

Je crois à la nécessité de l'opération, comme M. Trousseau, dans les faits analogues au sien. Cependant je m'éloigne de lui sur le fait de la pénétration du liquide dans la plèvre. Ce liquide ne peut pas être sans action nuisible: c'est un produit inflammatoire et irritant. Pourquoi donc n'occasionnerait-il pas de pleurésie?

Je pense aussi qu'il faudrait faire sur le cadavre des expériences dans le but de déterminer le point où doit être faite la ponction.

M. *Trousseau*. Je crois avoir pénétré dans le péricarde; l'absence de cicatrice réelle ne prouverait pas le contraire, car la mort étant survenue cinq jours après l'opération, la cicatrice peut s'être faite très rapidement, comme elle se fait après la ponction des kystes de l'ovaire, par exemple.

M. *Vigla* rappelle qu'en 1841 ou 42, étant chargé par intérim du service de M. Rostan, il pria M. Roux d'ouvrir le péricarde à un malade chez lequel il avait cru reconnaître un épanchement considérable dans cette séreuse.

M. Roux procéda à l'incision et non à la ponction. Arrivé au péricarde, il sentit distinctement un léger frottement du cœur contre sa membrane d'enveloppe, et pas la moindre fluctuation.

On s'était trompé sur la nature du mal.

Le malade succomba par les progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie, pas de sérosité dans le péricarde; traces d'inflammation récente, due à l'opération.

Dilatation phénoménale, avec amincissement des parois du cœur. Pas de lésions valvulaires.

M. *Aran*. Il y a, dans la question soulevée par M. Trousseau, deux choses à examiner: une question de diagnostic, et une autre de médecine opératoire.

La question de diagnostic a été placée sur un terrain particulier par M. Vigla, qui nous a rapporté une observation d'erreur révélée par l'opération elle-même. Je ne puis me l'expliquer qu'en me disant que le fait n'avait pas été, sans doute, préalablement entouré de tout la rigueur d'examen nécessaire.

M. Legroux demande des expériences; mais elles ont été faites il y a longtemps par M. Simpson, et je les ai répétées moi-même. Il en résulte que l'épanchement du péricarde donne une matité qui affecte une forme pyramidale à base inférieure, forme indiquée par M. Piorry. C'est là un point de départ très important pour l'opération.

Le deuxième point à examiner est celui de l'opération. Or, toutes les fois qu'il y a un épanchement très abondant dans le péricarde, il y a refoulement du médiastin à droite, refoulement du péricarde à gauche, et, tandis qu'il y a refoulement du diaphragme en bas, le cœur remonte, au contraire, vers le haut du liquide. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'on peut pénétrer sans crainte dans l'espace libre inférieur occupé uniquement par le liquide, espace fort bien observé par M. Trousseau, et qui peut être de 4 et jusqu'à 10 centimètres.

Quant à moi, je crois que M. Trousseau a pénétré dans le péricarde, mais par une ouverture trop petite et dont les lèvres se sont rapprochées.

Je considère comme secondaire la question du mode opératoire en lui-même. On peut opérer par le trocart, comme Skoda, et comme le regrettable M. Malle l'a fait lui-même. On peut encore se servir du couteau. Mais ce qui importe, je le répète, c'est d'établir le diagnostic. Il est possible ou non de reconnaître l'existence d'un abondant épanchement dans le péricarde. Si cela est possible, l'opération est la chose la plus simple, comme disait Richter.

Quant au procédé, la ponction me paraîtrait bien hardie au centre de la matité, car on y est positivement vis-à-vis le cœur. Il n'en est plus de même plus bas, où il existe un espace occupé uniquement par le liquide. Cela me paraît juger la question; car la ponction est très facile en ce point.

Mais pourquoi employer un gros trocart et non un trocart capillaire? Ce dernier peut pénétrer dans tous les organes sans inconvénients; même dans le cœur, il ne produit pas d'accidents immédiats. Je l'introduis sur les limites inférieures de la matité, doucement et lentement. C'est ainsi que j'ai agi dernièrement en ville en pratiquant l'opération, qui fut impérieusement exigée par le malade. Je retirai du péricarde 150 grammes environ de liquide; il y eut guérison.

M. *Trousseau*. Je conviens que l'emploi du trocart présente quelque chose de plus simple et de plus flatteur que le bistouri.

Mais, quant au diagnostic, je n'admets pas que, dans les épanchements, ce diagnostic soit toujours aussi facile que le prétend notre collègue.

Je ne suis pas aussi rassuré que M. Aran sur la ponction du cœur lui-même par le trocart. Que la pénétration du ventricule gauche n'occasionne pas d'accident, je le conçois ; mais à travers les parois moins épaisses du ventricule droit, à la pointe où ces parois sont si minces, et au niveau des oreillettes, il n'en saurait être de même. D'ailleurs le cœur, au lieu de fuir devant l'instrument, peut se lancer à sa rencontre, comme le dit très bien Senac, et venir s'embrocher.

Quant au lieu d'élection pour l'opération, je n'admets pas celui de M. Aran. La trépanation du sternum, préconisée par MM. Malgaigne et Guérin, n'est pas sans péril. La ponction oblique dans l'angle gauche existant entre les fausses côtes et l'appendice xiphoïde, proposée par Larrey, est beaucoup plus rationnelle, car on tombe facilement dans le médiastin. C'est donc le point que je choisirais de préférence pour l'opération par le trocart.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉRARD.

M. *de Hubbenet*, membre correspondant, fait hommage à la Société de deux mémoires de médecine écrits en langue russe.

M. *Roger* (*Henri*) lit un mémoire au nom de M. Girard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Marseille, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (MM. Marotte et Grisolle, *commissaires*.)

M. *Beau* fait hommage à la Société de son *Traité expérimental et clinique d'auscultation des poumons et du cœur*.

M *Legroux*. J'ai l'honneur de communiquer à la Société un cas de diagnostic embarrassant. Il s'agit d'un cancer de l'estomac.

Un homme est entré dans mon service portant le cachet d'une diathèse cancéreuse, dont le foyer occupait la partie profonde inférieure de l'hypochondre gauche, où l'on sentait manifestement une tumeur dure. Il y avait des vomissements ; quelques-uns contenaient de la matière noire.

Le siége de la tumeur donna lieu à des avis différents sur le siége même du mal. J'étais disposé à rattacher la tumeur au pancréas. Un de nos jeunes confrères la plaça au pylore.

L'autopsie vint éclairer les obscurités du diagnostic : *il y avait une transposition générale de tous les organes ; le testicule droit descendait plus bas que le gauche.*

M. *Woillez* a observé un fait qui présente quelque analogie avec celui de M. Legroux, avec cette différence, toutefois, qu'il n'existait pas de transposition des organes. Il s'agit d'un malade portant tous les caractères de la cachexie cancéreuse, et présentant une tumeur dans l'hypochondre gauche, du volume d'un œuf de poule, très mobile, mais reprenant toujours sa position première ; il n'y avait pas de vomissements Le diagnostic était fort incertain ; la position de la tumeur et l'absence de vomissements empêchèrent de porter un diagnostic précis. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore qui se trouvait porté complétement à gauche, dans l'hypochondre.

A ce propos, MM. *Aran* et *Moutard-Martin* rapportent chacun un cas de gangrène pulmonaire reconnu seulement à l'autopsie, chez des sujets qui, de leur vivant, n'avaient pas présenté de fétidité de l'haleine ou des crachats, mais différents signes de tuberculisation ou de pleurésie.

M. *Aran* insiste sur l'importance des crachements de sang dans le diagnostic de la gangrène du poumon.

M. *Marrotte* cite l'observation d'un vieillard chez lequel on trouva un poumon totalement gangrené et tombé en déliquium dans la plèvre.

M. *Legroux* rapporte les observations de quatre malades affectées d'épanchements thoraciques considérables, survenus presque sans douleur et sans fièvre, et auxquels il a pratiqué avec succès la thoracentèse.

Il insiste sur le râle sous-crépitant, à bulles plus ou moins inégales, qui accompagne le déplissement du poumon, et qu'il faut distinguer du râle crépitant de la pneumonie.

Puis, il signale un phénomène d'auscultation fort important, qu'il a constaté récemment sur deux malades : c'est la transmission du souffle respiratoire et des râles à travers des épanchements qui ont affaissé le poumon.

Il résulte de ces faits, dit M. Legroux, qu'un épanchement peut être masqué par les phénomènes normaux de la respiration, par des râles qui en imposent pour un œdème du poumon ou une bronchite capillaire. Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, de la ressource héroïque de la thoracentèse, il est bon d'en être prévenu.

Dans ces deux cas, comme dans ceux d'épanchements considérables dans les plèvres, il y a un phénomène qui a une grande valeur diagnostique : c'est *la matité toute spéciale, matité sourde, matité de plomb*, à laquelle se joignent les autres signes tirés de la déformation des parois de la poitrine. Mais ces derniers signes perdent de leur valeur, quand des râles sont transmis à l'oreille, dans tout le côté affecté. C'est alors cette *matité sourde* qui doit donner l'éveil sur l'existence d'un épanchement.

Je n'ai pu tirer, dans ces différents cas, un grand secours du phénomène indiqué par M. Monneret : l'*absence de vibrations thoraciques du côté de l'épanchement pendant que le malade parle*. Une fois seulement nous l'avons constaté d'une manière notable chez nos malades. Je devais néanmoins le rappeler à propos de ces cas difficiles.

M. *Moutard-Martin* s'étonne de voir M. Legroux indiquer comme un fait nouveau la transmission des bruits pulmonaires à travers les épanchements. M. le professeur Chomel, dans la première édition de son *Traité de pathologie générale*, signale ce fait, et insiste sur ce qu'il a d'important.

M. *Legroux*. Je ne donne pas comme tout à fait nouveau le phénomène de la transmission des bruits normaux ou morbides de la respiration à travers les épanchements thoraciques. Mais je ne pense pas que la transmission du bruit respiratoire et de râles sous-crépitants, à travers des épanchements qui ont affaissé le poumon dans sa presque totalité, soit un fait vulgaire dans la science. S'il y existe, j'ai cru faire chose utile que de le rappeler ici ; afin qu'en présence d'une suffocation imminente on ne soit pas détourné d'une opération salutaire par un phénomène qui masque l'épanchement *pleural*.

M. *Aran*. Tous ces faits prouvent que, contrairement à ce que l'on a cru pendant un certain temps, les liquides transmettent les sons. Mais il faut bien distinguer les cas où l'on entendra quelque chose, et ceux où il n'y a aucun son transmis. Quand le poumon est refoulé en haut, on n'entend rien à la base, parce que là où il n'y a pas de poumon, il n'y a pas de bruit transmis ; mais quand il y a des tubercules, par exemple, ou une pneumonie, ou même si le poumon n'est pas refoulé complétement en haut, mais simplement séparé de la paroi thoracique par une couche de liquide, fût-elle de un pouce ou un pouce et demi, la respiration s'entend. A plus forte raison y a-t-il transmission des bruits plus forts que la respiration. Cela signifie seulement que le liquide est meilleur conducteur de son qu'on ne le pensait.

M. *Legroux*. Les faits signalés par M. Aran diffèrent sensiblement de ceux que j'ai rapportés. M. Aran parle de transmission des bruits respiratoires à travers une couche peu épaisse de liquide interposé entre les poumons et la paroi costale. J'ai parlé d'épanchements qui ont affaissé le poumon contre le médiastin, en ne laissant, dans un cas, qu'une partie du lobe supérieur perméable à l'air ; et cependant, le bruit de la respiration, dans ce dernier cas, et les râles bronchiques dans les deux, ont été transmis à tout le côté à travers des épanchements qui remplissaient la cavité des plèvres.

Congrès scientifique de Bâle.

La quarante-unième réunion du plus ancien des congrès scientifiques, la *Société helvétique des sciences naturelles*, a eu lieu cette année à Bâle, au mois d'août, sous la présidence du professeur Pierre Mérian.

Fondée en 1815 par feu H. Gosse, pharmacien à Genève, elle avait déjà été précédée, en 1797, par une réunion qui eut lieu à Herzogenbuchsée (Berne), mais qui n'eut pas de suites, à cause des troubles révolutionnaires qui survinrent alors. Ambulante comme toutes nos sociétés générales suisses, elle s'est réunie toutes les années depuis 1815, sauf en 1831, époque de révolutions (1).

En Suisse, l'institution d'un congrès annuel a une raison d'être particulière. C'est un lien commun entre les diverses sociétés cantonales des sciences naturelles et entre les naturalistes isolés de la Suisse; aussi chacune des sociétés locales (2) est-elle appelée à envoyer annuellement à cette réunion générale un court résumé de ses travaux.

C'est le 25 août qu'eut lieu la première séance générale, toute d'installation, sous la présidence du professeur Pierre Mérian. Après la séance, on fit une grande visite à l'hôpital de Bâle, qui méritait bien cette attention. C'est une vaste réunion d'édifices formant deux quadrilatères, et ayant pour première origine le palais des margraves de Baden ; la clinique médicale est dirigée par le professeur Jung, celle de chirurgie par le professeur Mieg, qui ont chacun sous eux un interne ; un sous-aide est également attaché au service de médecine ; le service des aliénés est confié au professeur Brenner ; le palais margravial sert d'hospice de la vieillesse : un bâtiment spécial isole les malades incurables qui répandent beaucoup d'odeur et les varioleux. Le Musée d'histoire naturelle et le Jardin botanique méritent aussi une attention spéciale (3).

SÉANCES DU 26 AOUT.

Le 26 août furent constituées quatre sections, à savoir :

1° De physique et chimie ; 2° de géologie et minéralogie ; 3° de zoologie et botanique ; 4° de médecine.

Section de médecine.

Présidence de M. Rhan Escher (de Zurich).

1° Sur l'emploi des eaux de Schinznach et de Wildegg, par M. *A. Hermann*, médecin aux bains de Schinznach (Argovie). — L'auteur se loue beaucoup de l'emploi simultané des eaux de Schinznach à l'intérieur et à l'extérieur (eaux sulfureuses de + 25° R., qu'on chauffe pour les bains, et de Wildegg (eaux iodurées, très voisines de Schinznach); il étudie successivement la composition chimique des eaux de Schinznach, leurs effets physiologiques, parmi lesquels il refuse de compter la « poussée » (exanthème des bains) et l'ophthalmie thermale, qu'il regarde comme de simples symptômes d'irritation. Les contre-indications de ces eaux sont surtout les maladies des poumons et les états inflammatoires en général; elles sont indiquées principalement dans les affections cutanées les plus diverses, de la gale aux syphilides, et contre les scrofules dans tous leurs degrés. L'auteur appelle l'attention sur un fait remarquable qu'il a observé quatre fois en peu de temps, c'est que la cure de Schinznach ralentit la fréquence des accès d'épilepsie : il espère que des cures dirigées spécialement contre cette maladie pourraient en amener la guérison.

2 Sur l'ostéotomie sous-cutanée, par M. le professeur agrégé *Giesker*, de Zurich. — Récit de deux opérations pratiquées par l'auteur d'après le mode opératoire du professeur Langenbeck, de Berlin.

3° Recherches anatomiques sur les condylomes, par le docteur *D'Erlach*, médecin en chef de l'hôpital extérieur de Berne. — Il résulte des recherches de l'auteur, que les deux formes de condylomes sont deux états tout à fait différents, et qu'il faut préférer à ce mot les expressions de végétations et de plaques muqueuses; il ne peut admettre que ces dernières soient toujours un symptôme de syphilis secondaire, comme le veut M. Ricord ; souvent elles ne sont pas même primaires, mais simplement gonorrhéiques, n'étant alors précédées, accompagnées ou suivies d'aucune manifestation syphilitique; dans d'autres cas, elles sont accompagnées de phénomènes secondaires; dans d'autres enfin, de syphilides. Parfois, disons-nous, on ne trouve au début qu'une gonorrhée, pendant laquelle s'agrandit l'ouverture du canal excréteur d'une glande cutanée, entourée d'un point rouge ; l'affection papuliforme s'augmente en largeur et en hauteur ; il se forme de nouvelles papules à l'entour, elles commencent à se réunir : le microscope fait alors voir une dilatation du follicule, dont les éléments sont plus séparés qu'à l'ordinaire, et cela probablement par une simple exsudation : la sécrétion cutanée augmente, puis devient séreuse, plus tard les follicules s'atrophient par suite de l'organisation de la sécrétion. — Du mucus gonorrhéique d'un homme, appliqué sur les parties génitales d'une femme, amène souvent la production de plaques muqueuses. — Les végétations ne sont, en revanche, que des hypertrophies du corps papillaire. — L'existence simultanée des deux phénomènes, le fait que des végétations recouvrent parfois des plaques muqueuses, sont les meilleures preuves de leur non-identité.

Expériences pharmacologiques, par le professeur *Hoppe*, de Bâle. — L'auteur est persuadé qu'il est nécessaire, pour arriver à des résultats convenables, d'expérimenter l'action des remèdes sur des parties qu'on vient d'enlever à des animaux; il démontre son assertion par des expériences faites avec l'huile de bergamote, celle de romarin, le sulfate de quinine, la coffèine, l'huile d'anis et celle de canelle, sur le cœur, les yeux, les intestins et les muscles de grenouilles.

Effets toxicologiques du curare, par le professeur *Kölliker*, de Wurzbourg (Bavière). — Cette expérience, pratiquée d'après les indications de M. Claude Bernard, sur une grenouille, amène l'auteur à de tout autres conclusions, à savoir que ce poison ne paralyse que les terminaisons des nerfs dans les muscles; elle serait le meilleur argument (quoique non suffisant) en faveur de l'irritabilité musculaire de Haller.

De l'accommodation de l'œil, par le professeur *Henri Müller*, de Wurzbourg. — L'auteur admet en général les explications de ce phénomène données par Cramer et Holmholtz, mais il admet que la cause qui fait bomber le cristallin est un petit muscle sphincter qu'il a découvert à la face postérieure du muscle ciliaire près de son bord ciliaire.

De l'anatomie comparée du genre Sagitta de Quoy et Gaimard, par le professeur *Meissner*, de Bâle. Ayant trouvé une nouvelle espèce de ce genre dans la mer du Nord autour d'Helgoland, l'auteur l'a étudiée avec soin, et croit avoir trouvé que le système nerveux de ce curieux animal se compose d'un cerveau permanent, et d'une corde spinale transitoire, qui n'existe plus chez l'adulte et n'est représentée chez lui que par une ligne de séparation des fibres musculaires. De ce fait et de l'arrangement des fibres musculaires, il croit pouvoir conclure que les Sagitta n'appartiennent ni aux mollusques (ptéropodes, d'après Siebold et d'autres), ni à la suite des annulaires (Troschel), mais bien aux poissons, et que ce genre est aussi inférieur à l'Amphioxus lanceolatus, que celui-ci l'est au genre Myxinus. Nous devons toutefois dire que M. Meissner n'a pas signalé de traces d'organes de la circulation ou de la respiration chez ce singulier animal.

Après la séance, la section visita le musée anatomique de l'Université, où se trouvent encore un squelette préparé par Vésale, et diverses préparations anatomico-pathologiques de Félix Plater : nous devons ajouter que le professeur Miescher, qui nous en faisait les honneurs, l'a enrichi de nombreuses pièces intéressantes.

Pour la seconde séance générale, 27 août, un train de chemin de fer spécial, puis des voitures nous conduisirent au Hauenstein, à travers lequel on fait un tunnel ; du pied de la montagne, l'assemblée se rendit par petits groupes à la Frohbourg, établissement destiné aux personnes qui veulent faire des cures de petit-lait et surtout de l'excellent air de la montagne, et dont le comfort est remarquable et la position bien engageante : c'est là qu'avant le diner d'adieu eut lieu la dernière séance,

(1) Les réunions ont eu lieu dans les localités suivantes :

1815, Genève, — 1816, Berne. — 1817, Zurich. — 1818, Lausanne (Vaud). — 1819, Saint-Gall. — 1820, Genève, — 1821, Bâle. — 1822, Berne. — 1823, Aarau (Argovie). — 1824, Schaffhouse. — 1825, Soleure. — 1826, Coire (Grisons). — 1827, Zurich. — 1828, Lausanne (Vaud). — 1829, hospice du Grand-Saint-Bernard. — 1830, Saint-Gall. — 1832, Genève. — 1833, Lugano (Tessin). — 1834, Lucerne. — 1835, Aarau (Argovie). — 1836, Soleure. — 1837, Neuchâtel. — 1838, Bâle. — 1839, Berne. — 1840, Fribourg. — 1841, Zurich. — 1842, Altorf (Uri). — 1843, Lausanne (Vaud). — 1844, Coire (Grisons). — 1845, Genève. — 1846, Winterthur (Zurich). — 1847, Schaffhouse. — 1848, Soleure. — 1849, Frauenfeld (Thurgovie). — 1850, Aarau (Argovie). — 1851, Glaris. — 1852, Sion (Valais). — 1853, Porrentruy (Berne). — 1854, Saint-Gall. — 1855, Chaux-de-Fonds. — 1856, Bâle. — Trogen (Appenzell) est désigné pour 1857.

Ainsi qu'on le voit, il est des localités qui ont déjà reçu trois et même quatre fois le Congrès.

(2) Il en existe actuellement dans les cantons d'Argovie (Aarau), Bâle, Berne, Genève, Grisons (Coire), Neuchâtel, Saint-Gall, Vaud et Zurich ; celles de Soleure et du Valais (Sion) n'ont pas donné signe de vie depuis 1852, d'autres depuis plus longtemps. — La Suisse médicale est si peu connue à l'étranger, qu'il me sera permis d'ajouter que ce pays possède trois universités, Bâle, Zurich et Berne, et les sociétés de médecine d'Argovie, Berne, Genève, Glaris, Grisons, Locle, Neuchâtel, Saint-Gall, Schaffhouse, Soleure, Thurgovie, Vaud et Zurich, dont plusieurs, notamment celles de Berne et de Zurich, ont des sections locales ; quant aux sociétés de Fribourg et de Lucerne, j'ignore si elles existent encore.

(3) Bâle n'a pas de clinique d'accouchements, mais il possède un hôpital d'enfants, le seul qui existe à notre connaissance en Suisse : fondé par Madame Burcklard-Vischer, qui le dirige, il a pour médecin le professeur Streckeisen.

dans laquelle on n'entendit aucune communication médicale, sinon la demande faite par le professeur Kölliker, de la part de son collègue *Virchow*, de renseignements sur l'*état du crâne des crétins*.

Docteur Cornaz,
Médecin et chirurgien en chef de l'hôpital Pourtalès.

Neuchâtel (en Suisse), ce 6 octobre 1856.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi de l'acide arsénieux dans la congestion avec menace d'apoplexie, par M. Lamarre-Picquot.

Remarques sur les effets de l'acide arsénieux dans la congestion cérébrale, par le professeur R. T.

M. Lamarre-Picquot commence par établir que l'apoplexie dépend habituellement d'une augmentation des globules du sang; puis, que l'acide arsénieux a pour effet de rendre le sang moins riche en globules, et moins plastique. D'où il conclut que l'acide arsénieux est un bon remède contre l'état congestif de l'encéphale, et un préservatif de l'apoplexie.

L'auteur, du reste, ne se montre pas exclusif. Il veut que l'on constate d'abord expérimentalement la proportion des globules sanguins afin de ne pas s'exposer à administrer l'arsenic à contretemps. Mais si l'indication est reconnue, il recommande de continuer la médication même après une guérison apparente, le but à remplir n'étant pas seulement de faire cesser l'état congestif actuel, mais encore de modifier les conditions de l'assimilation.

La dose recommandée par l'auteur est de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour, qui se prennent aux repas. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1856.)

C'est ce même travail de M. Lamarre-Picquot qui est, dans El Porvenir medico l'objet de quelques remarques du professeur R. T. L'auteur anonyme se fonde principalement sur ce que, dans des cas d'intoxication arsenicale qu'il a eu occasion d'observer, et où la quantité de poison ingéré avait été considérable, la fluidité du sang n'était pas assez prononcée pour faire supposer qu'un effet de ce genre puisse être obtenu par les faibles doses d'arsenic que recommande M. Lamarre-Picquot. (*El Porvenir medico*, 30 août 1856.)

— Attribuer à la prédominance des globules la tendance à l'apoplexie nous paraît une doctrine au moins hasardée. Ce qui est surtout à considérer ici, c'est le degré de plasticité du sang, et la plasticité est due à la présence de la fibrine. Il y a souvent, il est vrai, une relation directe entre la proportion des globules et celle de la fibrine; mais ce rapport est loin d'être constant.

Cette réserve faite, et étant mis hors de doute les cas où l'imminence de l'apoplexie est amenée par une trop grande fluidité du sang (les exemples n'en manquent pas), la vue thérapeutique de M. Lamarre-Picquot est assez rationnelle et paraît d'ailleurs assez bien confirmée par ses propres observations. La fluidité et l'incoagulabilité du sang comptent parmi les caractères les plus saillants de l'intoxication arsenicale, à ce point que certains médecins de l'école de Rasori ont reconnu ce genre d'empoisonnement à la seule inspection du sang dans les veines du cadavre. Les remarques anonymes du journal espagnol ne prouvent rien contre un fait aussi général, pour ne pas dire aussi constant; comme ce n'est pas une vraie diffluence, mais seulement une diminution de la plasticité, qu'on doit chercher à produire par la médication arsenicale, l'objection adressée aux petites doses tombe de soi. Indépendamment de cette modification du sang en masse, l'acide arsénieux tend encore à fluidifier l'albumine du sérum, très faiblement, il est vrai. C'est une nouvelle condition propre à faciliter le cours du sang dans les cas où celui-ci serait trop riche en albumine. Enfin, il est prouvé aujourd'hui, par la pratique allemande de l'*arsenicophagie*, que l'usage habituel de l'acide arsénieux à petites doses amène dans l'économie un sentiment de bien-être, de vigueur, et rend surtout dispos à la marche. M. Pidoux a confirmé ces résultats sur lui-même. A supposer que de tels effets ne se lient pas à une plus grande fluidité du sang, ils sont néanmoins de nature à encourager l'emploi de la médication contre la pesanteur de tête, la somnolence et tous les signes de l'état congestif, qui sont les avant-coureurs ordinaires de l'apoplexie.

Nous ne terminerons pas néanmoins sans rappeler que les alcalins, vantés par M. Carrière contre le même état morbide, ont précisément l'action qu'on attend de l'arsenic, et l'ont plus incontestablement, du moins pour ce qui concerne la fluidification du sérum.

Affection squameuse de la peau; érysipèle de la face et du cuir chevelu; état chlorotique: traitement par l'arséniate de fer; guérison; par M. le docteur Thévenin.

Obs. — Le sujet de cette observation est une jeune fille de dix-sept ans, grande, blonde, lymphatique, bien constituée, non réglée encore, née de parents sains, et n'ayant elle-même aucun antécédent pathologique sérieux. Elle habite la montagne, dans une métairie où elle vit très médiocrement, et néglige les soins de propreté les plus indispensables. Cette fille offre les symptômes d'une chlorose déjà ancienne.

Depuis deux ans, elle a vu paraître sur la face, dans le dos, sur les bras et sur les cuisses, des croûtes grisâtres, d'épaisseur et d'étendue différentes, accompagnées de chaleur, de rougeur et de démangeaison, sans que sa santé générale en ait souffert profondément.

Dans les derniers huit jours qui ont précédé la première visite de M. Thévenin, la malade a été prise d'un érysipèle bien caractérisé à la face et au cuir chevelu. Voici les caractères de l'affection squameuse: Aspect hideux de toute la tête; sur les joues et le front, poussière blanchâtre, lamelles furfuracées, marbrées de surfaces érythémateuses; au cuir chevelu, écailles plus grandes, croûtes qui en se détachant laissent la peau rouge et tuméfiée; couronne de plaques terreuses, imbriquées, dures épaisses et toujours grisâtres, parcourant la ligne qui sépare les cheveux de la peau du front; joignez à cela l'empâtement œdémateux et l'exfoliation épidermoïde que l'érysipèle avait laissé après lui. Au tronc et sur les membres, les plaques sont séparées, peu étendues, presque régulièrement arrondies et plus élevées au centre que sur les bords. Quelques-unes sont très adhérentes, d'autres sont facilement enlevées et mettent à découvert une surface cutanée, rouge et douloureuse au toucher. Celles des coudes et des genoux, plus épaisses, plus imbriquées, plus agglomérées, formant une espèce de cuirasse autour de ces parties, se font remarquer par une sorte de liséré rouge qui les circonscrit.

Avec ces données, l'affection squameuse est évidente; mais à quel genre appartient-elle? M. Thévenin pense qu'il est impossible de le déterminer, et croit volontiers que plusieurs formes y jouaient un certain rôle.

Là ne se bornait pas encore l'état pathologique de cette jeune malade; elle offrait aussi les symptômes les plus évidents d'une chlorose déjà ancienne.

Pour remplir les indications thérapeutiques qui pouvaient s'appliquer à cet ensemble de phénomènes, M. Thévenin eut recours à quelques bains savonneux, à des lotions de même nature, à des cataplasmes émollients pour favoriser la chute des plaques, à la pommade d'iodure de soufre, et enfin à une tisane amère et aux pilules d'arséniate de fer selon la formule de Biett:

℞ Arséniate de fer........	15 centigrammes.
Extrait de houblon......	4 grammes.
Poudre de guimauve.....	2 —
Sirop de fleur d'oranger..	q. s.

Faites 48 pilules. — A prendre une ou deux par jour.

Sous l'influence de ce traitement et d'un régime aussi tonique que le permettait la position de la jeune fille, il se développa d'abord une assez vive démangeaison autour des points malades, et une certaine chaleur sur le reste de la peau. Bientôt les plaques s'affaissèrent, devinrent ensuite plus rares, et finirent par disparaître complétement au bout d'un peu plus de huit semaines.

Il est à remarquer que l'emploi de l'arséniate de fer, continué sans interruption pendant deux mois, n'a fait naître aucun accident, et que la guérison a été radicale, puisque cette observation date de trois ans et que la jeune fille qui en est le sujet jouit depuis d'une santé excellente. (*Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, 9e année.)

— Il s'agit ici évidemment d'un *psoriasis* invétéré (*psoriasis inveterata* de Bateman), c'est-à-dire d'une affection extrêmement re-

belle. La rapidité de la guérison est donc remarquable. Il est vrai que l'auteur n'a pas manqué à l'indication capitale (et trop souvent négligée) du traitement du psoriasis, qui est de faire concourir la médication générale avec la médication locale. Ici l'arséniate de fer était naturellement indiqué par le double état pathologique qu'on avait à combattre : l'affection cutanée et la chlorose. C'est d'ailleurs un médicament puissant, et que nous saisissons l'occasion de recommander aux praticiens.

Rupture présumée de l'artère méningée moyenne; trépanation; guérison; par M. Henry Watson.

Obs. — Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, d'apparence délicate, qui tomba tout à coup, le 18 avril, d'une attaque d'épilepsie. M. Watson le trouva en plein accès. Au bout de quelques minutes, le sujet recouvra sa connaissance et put répondre aux questions. Il se leva même et marcha assez facilement. Une demi-heure après, on le trouva engourdi, hébété, presque insensible; au bout d'une heure, l'immobilité était complète. Le pouls était plein et lent, les pupilles dilatées et immobiles, la peau chaude; il y avait eu des évacuations involontaires.

On fit raser la tête, qu'on examina avec soin pour voir s'il n'existerait pas quelque fracture, mais il n'y en avait pas trace; on constata seulement une légère meurtrissure du côté *droit*. Un large vésicatoire fut placé sur la tête; on donna 75 centigrammes de calomel, et un lavement térébenthiné.

Le soir, tout le côté *droit* était paralysé. Le reste des symptômes ne s'était pas amendé.

Cet état se continuait depuis trois jours, quand il parut évident que, s'il n'était rien tenté, le malade allait succomber. M. Watson se décida à appliquer le trépan sur le côté gauche du crâne, au-dessus du passage de l'artère méningée moyenne. On tomba sur un vaste caillot situé entre l'os et la dure-mère. Le sang fut évacué autant que possible. Deux heures après, le malade avait repris sa connaissance, parlait distinctement et sans déraison, et l'hémiplégie avait disparu entièrement.

La plaie était cicatrisée au bout d'un mois. Le malade recouvra sa pleine santé. (*The Lancet*, vol. XI, n° 9.)

— Ce cas ne laissait pas que d'être assez embarrassant; car on pouvait se demander si l'hémorrhagie non douteuse qui s'était faite dans le crâne ne se liait pas à quelque altération profonde dont les accidents épileptiformes auraient été eux-mêmes la conséquence. L'absence de fracture du crâne du côté opposé à l'hémiplégie, cette circonstance que la légère meurtrissure observée et dépendant évidemment de la chute amenée par l'attaque siégeait du côté même de la paralysie, jetaient quelque incertitude sur le diagnostic. Le malade avait, il est vrai, marché après l'attaque; mais ce n'aurait pas été la première fois qu'on avait vu une hémorrhagie se décider quelque temps après une simple congestion.

Ce qui a guidé ici la pratique habile de M. Watson, c'est la connaissance des hémorrhagies *par contre-coup*. Il s'est dit que la contusion remarquée sur le côté droit du crâne, quelque légère qu'elle parût, pouvait néanmoins donner la clef de tous les accidents, en accusant, sur cette partie du crâne, une percussion dont le retentissement du côté opposé pouvait y avoir déterminé un épanchement. Ajoutons que la marche graduelle de la paralysie révélait une hémorrhagie également graduelle, comme celle qui peut résulter de la rupture d'un vaisseau sanguin. On a vu comment cette vue avait été confirmée au grand profit du malade.

Nous ne donnons pas cette pratique comme exceptionnelle; nous la croyons simplement conforme aux règles de l'art; mais elle nous paraît bonne à mettre sous les yeux des chirurgiens qui n'ont pas tous les jours occasion de rencontrer des cas semblables.

Hydrocéphale chronique guérie par l'issue spontanée du liquide, par M. Leonard W. Sedwick.

Ce fait n'est rapporté par notre confrère anglais qu'à titre de curiosité.

Obs. — Il s'agit d'un enfant de deux ans, issu de mère scrofuleuse, et sujet à des dérangements intestinaux. Des symptômes d'hydrocéphale chronique se déclarèrent. Au bout de cinq semaines, le coma était imminent, la pupille presque insensible à la lumière, le volume de la tête avait beaucoup augmenté, quand tout à coup il se déclara une grande amélioration. On constata alors qu'il était sorti par les narines un liquide clair, en telle quantité que l'oreiller était mouillé dans une grande étendue. L'écoulement continua de la même manière pendant vingt-quatre heures, après quoi il commença à diminuer; mais il ne s'arrêta qu'au bout de plusieurs jours. En même temps, les symptômes cérébraux s'amendèrent rapidement, et la santé se rétablit.

Un an plus tard, l'affection se reproduisit, avec dilatation des pupilles, coma, etc. Cette rechute datait déjà de plusieurs semaines, la mort semblait imminente, quand il se fit encore par les narines un écoulement abondant de liquide, après lequel tous les accidents cérébraux disparurent. L'enfant fut mis à l'huile de foie de morue, et paraît maintenant tout à fait guéri. On ne dit pas ce qu'est devenu le volume de la tête. (*The Lancet.*)

L'auteur ajoute qu'une observation semblable a été récemment publiée dans les Medico-Chirurgical Transactions (ce que nous ne sommes pas en mesure, quant à présent, de vérifier), et que, l'enfant ayant néanmoins succombé, l'on constata que le liquide avait passé par un trou creusé dans l'ethmoïde. On se demande naturellement si l'art ne pourrait pas imiter la nature, et aller chercher le liquide là où il s'ouvre quelquefois passage de lui-même; mais la crainte des désordres qui pourraient en résulter, surtout en cas d'erreur de diagnostic, sans compter toutes les difficultés inhérentes à la détermination de l'hydrocéphale, arrêtera sans doute toujours les chirurgiens.

Sur la névralgie générale, et spécialement sur celle d'origine paludéenne, par M. Fonssagrives.

Les observations de *névralgie générale*, — affection signalée depuis longtemps sous d'autres appellations, mais à l'histoire de laquelle Valleix a imprimé son cachet habituel de précision et d'exactitude, — ces observations sont encore trop rares, même après la thèse de M. J. Leclerc, pour qu'il ne soit pas d'un haut intérêt pratique de relever celles que la science enregistre de temps à autre, surtout quand elles sont recueillies avec ce soin minutieux qu'y a mis l'honorable professeur de l'École navale de Brest. Nous ne reproduirons pourtant pas textuellement les deux nouveaux faits que publie M. Fonssagrives; l'espace nous manquerait; mais nous en résumerons les traits essentiels.

Obs. 1. — Le nommé Boudon, âgé de vingt-trois ans, soldat au 4e régiment d'infanterie de terre, entre à l'hôpital maritime de Brest, le 7 septembre 1853. Avant son incorporation, qui remonte à deux ans, il travaillait à la terre dans un pays marécageux; *il avait eu des accès de fièvre palustre sans type déterminé*, et des douleurs vagues erratiques qui ne l'ont jamais entièrement abandonné. Vers 1848, graves recrudescences de ces douleurs au tronc et aux membres. En 1851, nouvelle exacerbation après des travaux les pieds dans l'eau. En 1853, malaise général, lassitude douloureuse, douleur vive à l'épigastre, légère pesanteur de tête, tintement d'oreille, et vertiges pendant la station verticale. *Chaque jour vers sept heures du soir*, ces symptômes augmentent; céphalalgie, éblouissements, trismus erratiques. Au bout de quinze jours entrée à l'hôpital. On administre le sulfate de quinine : *les accès deviennent quartes*, puis s'éloignent de plus en plus et sont incomplets, réduits à deux stades (celui de froid manquant). Les douleurs erratiques persistent : on emploie simultanément l'extrait de quinquina et l'hydrolé de Fowler; les accès deviennent plus rares; la santé générale s'améliore, le malade quitte l'hôpital le 17 octobre; mais il y rentre le 20. La céphalalgie et les vertiges ont reparu; dilatation de la pupille; les accès de fièvre ont tantôt le type mobile, tantôt le type tierce; les douleurs sont devenues plus aiguës.

Dans les derniers jours d'octobre, *le malade éprouve tous les soirs, vers quatre heures, des fourmillements dans les jambes;* ces fourmillements remontent jusque dans le dos; puis ils se répandent dans les deux bras à la fois, et sont remplacés, dans les points qu'ils abandonnent, par un engourdissement très notable et par des picotements douloureux; ces accidents bizarres durent environ cinq ou six minutes. L'exploration minutieuse de la colonne vertébrale permet de reconnaître dans toute sa longueur deux traînées de points douloureux siégeant au niveau des lames vertébrales; il en existe huit de chaque côté; le premier correspond à la septième vertèbre cervicale, le dernier à la onzième dorsale; ils se correspondent deux à deux par la hauteur, et de l'un à l'autre on peut tirer une ligne parfaitement horizontale. Entre ces deux points correspondant aux deux lames d'une même vertèbre, est interposé un point médian ou spinal, mais placé plus bas qu'eux, de sorte que la réunion des trois

points qui siégent au niveau de chaque vertèbre figure un triangle à base supérieure, V. Les points découverts par la palpation sont marqués à l'encre sur les indications du malade, et, en les vérifiant par la palpation sur des points indolents, sa sincérité n'est jamais prise en défaut. Voici quelle disposition affectaient les points douloureux du tronc, des membres et de la face : 1° A gauche, *deuxième espace intercostal*, un point en arrière; *septième espace intercostal*, trois points douloureux; *nerf frontal*, un point; *abdomen*, quelques foyers névralgiques disséminés, sans délimitation anatomique possible; un point douloureux vers l'articulation sacro-iliaque gauche, un deuxième au niveau du pli de la fesse, un troisième au jarret; pas de point péronier; deux points malléolaires, l'un interne, l'autre externe. 2° A droite, un point douloureux au-dessus de l'acromion, un point en avant du premier espace intercostal, un point en arrière du deuxième espace, un point au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate dans le sixième espace intercostal; aux membres inférieurs, mêmes foyers névralgiques que du côté gauche. 3° Les bras sont le siége de picotements et d'élancements incommodes, mais ne présentent pas de névralgie régulièrement dessinée. Il est à remarquer que ces douleurs névralgiques ont toujours été beaucoup plus intenses du côté gauche que du côté droit.

A partir du 14 novembre, le malade fut soumis à l'usage de la poudre de racine de belladone, à la dose de 10 centigrammes par jour. Le 25 et les jours suivants, on associe à ce médicament les ferrugineux et le quinquina. L'amélioration se prononce graduellement; les douleurs *provoquées* disparaissent les premières. Le 2 décembre, *gonflement considérable des articulations de l'indicateur gauche.* Réveil de la douleur dans les premiers espaces intercostaux; presque simultanément anesthésie sensible des téguments du bras gauche, qui cesse au bout de huit jours. Le 16 décembre, une amélioration générale s'est produite; les douleurs *spontanées* ont disparu; il faut une forte pression pour retrouver les foyers de douleur rachidiens et intercostaux. Le sujet quitte l'hôpital. M. Fonssagrives le revoit six mois après; l'amélioration ne s'était pas démentie.

Obs. II. — Beliand, âgé de vingt-cinq ans, matelot, entra à l'hôpital le 14 septembre 1853. Il venait de faire une campagne de vingt-sept mois sur les côtes occidentales d'Afrique, *où il avait eu de fréquents accès de fièvre intermittente*, qui n'ont complétement cessé qu'après sa rentrée en France. Encore est-il revenu plus tard quelques accès. *En 1846, il avait eu la fièvre jaune, et c'est à la suite de cette maladie qu'il avait ressenti les premières douleurs névralgiques.* Après cette époque, les douleurs ont reparu à des intervalles variables, principalement sous l'influence du froid humide.

A l'entrée à l'hôpital, les accès de fièvre intermittente, qui ne s'étaient pas montrés pendant les huit derniers mois, venaient de reparaître. Du 9 au 18 septembre, accès quotidien très court; les trois périodes durent à peine une heure ou deux; les accès viennent irrégulièrement. L'administration de l'extrait de quinquina et du sulfate de quinine enrayent la périodicité, mais sans modifier l'état général. Éréthisme nerveux considérable, pupille dilatée, céphalalgie, vertiges, bouffées de chaleur, inaptitude à se mouvoir; épigastre sensible à la pression...

Le 6 novembre, une exploration minutieuse de la colonne vertébrale et des espaces intercostaux démontre, dans le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen, une quarantaine au moins de points douloureux, qui paraissent, au premier abord, disséminés sans ordre, mais qui, reliés les uns aux autres par des lignes fictives, dessinent en réalité, d'une manière exacte, la direction oblique et parallèle des divers espaces intercostaux. 1° En arrière, le nerf sous-occipital gauche est le siége de deux foyers douloureux : un en arrière, près des apophyses épineuses cervicales et à la base du crâne; l'autre au sommet de l'apophyse mastoïde. Deux autres points suivent le relief externe du trapèze. On en trouve deux au bord antérieur de la clavicule, l'un au tiers interne, l'autre au tiers externe; un au sommet de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale. Le point de la septième est très vif; de son niveau, s'étend une traînée transversale de quatre points, qui suivent une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et passent sans s'affaiblir au niveau de la fosse sus-épineuse. Le point coracoïdien est le plus douloureux. La *traînée* qui part de la première dorsale a également une direction oblique, mais les points en sont tellement rapprochés qu'ils figurent une ligne indiscontinue. Il existe un point près de la racine de l'épine du scapulum; mais au delà, rien. La ligne douloureuse du troisième espace traverse la fosse sous-épineuse, et un de ses points occupe le bord axillaire de l'omoplate; celle du quatrième s'arrête au bord spinal de l'os, celle du cinquième se prolonge au delà du bord externe du scapulum, celle du septième passe au-dessus de son angle inférieur, celle du huitième présente trois points vertébraux et des points intercostaux irréguliers. Trois points vertébraux existent le long des dernières apophyses épineuses dorsales et des premières lombaires. 2° En avant, chaque espace intercostal présente, soit un, soit deux, soit trois points névralgiques; une série de foyers douloureux dessinent l'arc formé par le rebord des fausses côtes; il existe trois points dans la portion sus-ombilicale droite de l'abdomen. 3° A la tête, il existe trois points sourciliers, un point jugal, un point maxillaire inférieur. 4° Au cou, on constate trois ou quatre points disséminés sur le trajet du sterno-mastoïdien.

On eut recours d'abord à la belladone, non sans avantage; mais bientôt le mal reprit de l'intensité; il se déclara notamment une névralgie irienne qui arrachait au malade des cris déchirants. Il existait toujours des accès de fièvre irréguliers. Le 27, on commença l'usage des pilules de Méglin, dont le nombre fut porté progressivement de deux à seize par vingt-quatre heures. Alors, les accès reprenant une sorte de périodicité, on revint à la quinine au commencement de décembre. Les accès étaient bien dessinés, avec frisson initial. Sous l'influence de la liqueur de Fowler, à la dose de 4 à 20 gouttes par jour, ils devinrent plus rares, en même temps que les douleurs diminuèrent d'intensité. Le malade quitte l'hôpital le 31 janvier, dans un état d'amélioration, mais non guéri. (*Archives générales de médecine*, mars 1856.)

La lenteur du début, la multiplicité des foyers névralgiques, la forme d'accès que revêtaient les douleurs, le tremblement des bras, les vertiges, éblouissements, étourdissements, sont des caractères qui appartiennent à l'histoire habituelle de la névralgie générale, telle que l'a tracée Valleix. Mais ce qui distingue spécialement les observations de M. Fonssagrives, c'est l'existence d'une fièvre intermittente paludéenne dans un cas, d'une fièvre jaune dans l'autre, antérieurement aux premiers symptômes de névralgie, et la marche, en quelque sorte parallèle, d'accès fébriles irréguliers et d'accès de douleurs névralgiques. L'auteur émet l'opinion que la névralgie, dans ces deux cas, était d'*origine paludéenne*, la fièvre jaune elle-même étant le produit d'une infection miasmatique.

La question n'est pas facile à trancher. Comme la fièvre, dans ces cas, était irrégulière et peu sensible à l'action du sulfate de quinine, on n'a pu établir bien clairement l'influence qu'avaient pu exercer sur les douleurs un remède spécifiquement adressé à la fièvre. Les accès ont été modifiés, il est vrai, par la liqueur arsenicale; mais ce médicament a pu aussi agir directement sur les douleur, car il n'est pas sûr qu'il soit sans efficacité même contre les névralgies non franchement périodiques. Il faut d'ailleurs noter que la belladone seule a notablement amendé les symptômes névralgiques dans le premier cas, plus même que n'avait pu faire auparavant la médication quinique et arsenicale. En somme, le rapport de la névralgie générale avec l'élément paludéen ressort plutôt de la succession et de la marche parallèle des douleurs et de la fièvre que des résultats du traitement. C'est une vue à poursuivre et qui mérite de l'être, parce qu'elle intéresse sérieusement la thérapeutique.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, publié, avec la collaboration d'une Société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens, par MM. H. Bouley et Reynal. Paris, chez Labé, in-8°. Tome I, 700 pages, 1856, A-AP. Tome II, 743 pages, 1856, APP-CAL.

Depuis longtemps on a dit ce que les dictionnaires peuvent avoir d'utile; depuis longtemps aussi, la critique a signalé les inconvénients qu'ils présentent, et la difficulté qu'il y a de leur donner une perfection même relative.

Les dictionnaires de faits, les dictionnaires scientifiques, ne peuvent pas, et ne doivent pas être conçus comme les dictionnaires de langues; l'ordre alphabétique n'est pas le niveau de rigueur, sous lequel doivent se dérouler toutes les parties de l'œuvre; et les auteurs doivent quelquefois élaguer, supprimer quelques mots reçus, et en choisir d'autres également reçus, mais plus appropriés et plus convenables pour parler, soit de la pratique, soit de la

théorie. Si, dans un dictionnaire de langue, il faut s'abstenir de réformer les mots ou d'en créer, dans un dictionnaire scientifique il faut imiter cette réserve, et rester autant que possible historien fidèle de la science. Dans ces derniers livres, la critique doit être sobre, impartiale, sommaire, mais toujours mesurée, et ne jamais se produire que par des interprétations utiles et originales. Si la critique devait avoir trop à faire sur certains sujets, c'est alors que, à l'imitation de plusieurs bons auteurs, il faudrait sous-entendre les mauvais ou les médiocres travaux antérieurs, en faire table rase, et, par des efforts soutenus d'exactitude et de méthode, préciser les faits et les exposer avec la plus grande clarté.

Voilà des conditions générales pour la plupart des dictionnaires de faits; mais les sciences comportent tant de divisions, elles ont tant de régions, tant de méthodes diverses, qu'on ne pourrait pas facilement comprendre que la composition et la rédaction d'un dictionnaire scientifique dussent être renfermées dans des limites précises et soumises à des règles invariables. Un dictionnaire vétérinaire, par exemple, ne peut convenir à l'époque actuelle qu'à la condition d'être une œuvre d'application et d'utilité pratique.

Depuis quelques années, un grand vétérinaire, un savant distingué, un praticien éminent, pensait que le temps était venu de rédiger un dictionnaire vétérinaire qui résumât tous les travaux accomplis depuis plus de trente ans. Sous ses auspices, sous l'influence de sa grande expérience, l'œuvre était commencée; il avait dicté la formule à laquelle devaient rigoureusement se soumettre les collaborateurs, le dictionnaire devait être une œuvre d'application et d'utilité pratique. C'est au milieu de ces préoccupations, c'est lorsqu'il s'appliquait encore à être utile à la science, que M. Bouley mourut.

Désormais le travail commencé ne pouvait plus être abandonné; il avait reçu une impulsion trop puissante et trop respectable pour être délaissé. Bientôt MM. H. Bouley et Reynal, avec l'aide de leurs collaborateurs, redoublèrent d'activité, et, à un assez court intervalle pour ces sortes de livres, les deux premiers volumes parurent.

Bien que la médecine vétérinaire ne compte pas dans sa bibliothèque un grand nombre de dictionnaires, ceux qui ont paru jusqu'à ce jour, comme tous les ouvrages de ce genre, ont été entachés d'imperfections quelquefois très graves. Le compilateur Buloz, dans son dictionnaire vétérinaire, avait imaginé la science quand il l'avait trouvée inédite; et il avait attribué aux animaux ce qui est spécial à l'homme. Hurtrel d'Arboval, en 1828, donna une première édition, et, en 1838, une seconde édition d'un dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. Cet ouvrage a rendu d'incontestables services à la science. La critique lui a fait en somme un accueil favorable, et a reconnu le mérite réel de l'auteur. Rappelons, cependant, que l'anatomie, la physiologie, la chimie, la physique, la zootechnie, considérées à tort comme sciences accessoires, n'ont pas été comprises, même pour la plus légère part contributive, dans la composition de ce dictionnaire. Certaines descriptions, qui devraient être vétérinaires, trahissent des réminiscences trop tenaces de l'*os sublime*, etc.; en effet, dans cette partie du travail, les mots supérieur, inférieur, devraient être remplacés par les mots antérieur et postérieur; là aussi, il y a un certain manque d'originalité et de spécialité qui accuse les impressions fourvoyées d'un médecin de l'homme. Nous ne parlerons pas de certains articles de dictionnaires ou d'encyclopédies signés par des auteurs vétérinaires, autrement que pour faire remarquer que dans ces ouvrages on rencontre encore des inconvénients plus graves que ceux que nous avons signalés jusqu'à présent. Les contradictions se représentent si souvent, un auteur recommandable affirme si nettement ce qu'un auteur distingué nie si positivement, qu'il en résulte dans l'esprit du lecteur une confusion et une indécision regrettables.

Mais hâtons-nous de dire qu'on peut reconnaître dès à présent que l'expérience du passé a bien profité à MM. H. Bouley et Reynal. Ils ont conservé, en les précisant nettement, certains vieux mots du vocabulaire vétérinaire, qui n'ont que le faible tort de paraître un peu bizarres, mais qui, en somme, ont l'avantage d'être pittoresques, déterminatifs et usités depuis longtemps. Ils se sont associés pour éviter les contradictions dans lesquelles pourraient tomber leurs collaborateurs; ils ont voulu imprimer au dictionnaire une unité qui ne comprimât point la conviction des auteurs, mais qui empêchât aussi ces derniers de modifier la fin qu'ils se proposaient : un livre d'application et d'utilité. Avec cette tendance bien arrêtée, la polémique ne pouvait s'introduire en parasite dans un livre destiné à l'enseignement, dans une science qui n'est pas encore faite et dans l'exposition de laquelle il vaut mieux s'arrêter que de masquer les *desiderata* par des fictions au moins inutiles.

Dans une pratique de vingt ans, MM. H. Bouley et Reynal ont recueilli un nombre considérable de faits intéressants; en effet, à la clinique, à la consultation de l'École d'Alfort, il y a une nombreuse clientèle, un grand mouvement d'animaux malades : chevaux, chiens, moutons, bœufs, porcs, etc., y sont visités et soignés avec une égale attention. C'est à cette source que MM. H. Bouley et Reynal ont pu prendre à leur choix les matériaux les plus abondants et les plus variés. Ils ont traité *ex professo* tous les articles sur la matière desquels leur expérience leur a semblé être suffisante. Pour les autres articles, ils se sont adressés à des collaborateurs qu'ils sont à même de bien connaître; et c'est en recherchant le savoir spécial de vétérinaires et de professeurs laborieux, qu'ils ont déjà fait paraître deux volumes sans s'éloigner du but qu'ils se sont proposé. Les articles signés par les différents collaborateurs forment pour ainsi dire autant de courtes monographies qui se suivent dans l'ordre alphabétique; de cette manière, chaque auteur a pu conserver son indépendance, car il ne s'est engagé à prendre aucune détermination imposée, à suivre aucune classification nosologique ou autre; il a dû seulement se pénétrer de l'esprit du livre, de ses tendances et des résultats qu'il doit produire. Il n'est plus permis à notre époque de considérer l'anatomie, la physiologie, la chimie, la zootechnie, etc., comme des sciences accessoires; aussi doivent-elles, d'après le plan adopté, occuper dans le NOUVEAU DICTIONNAIRE une place en rapport avec leur importance.

Cependant, on peut voir que, dans le premier volume, certains articles de chimie sont trop longs ou trop courts; trop longs pour les proportions du dictionnaire, trop courts au point de vue de l'auteur, qui voulait faire des monographies; ainsi, par exemple, les articles *Acétate*, *Acétique*, comportent 32 pages, tandis que les articles *Acclimatement*, *Accouplement*, bien autrement importants, n'en comportent que 12. Mais déjà dans le deuxième volume, MM. H. Bouley et Reynal ont compris cet inconvénient; les articles ont des proportions relatives plus justes et mieux appropriées. On comprendra facilement qu'il n'est guère possible dans un article de bibliographie d'analyser des travaux dans lesquels tous les auteurs ont cherché à se donner le mérite de la concision. Mais en donnant la liste par ordre alphabétique des auteurs qui ont coopéré à ces volumes, avec indication de leurs articles, nous permettons à nos lecteurs de se former une idée de la distribution du travail. Dans le premier volume, M. Bouley : *Abcès*, *Ages*, *Aggravée*, *Allonge*, *Allures*, *Amaurose*, *Amputation*, *Anasarque*, *Anévrysme*. — M. Clément : *Acétates*, *Acétique*, *Acides*, *Ajonc*, *Aigremoine*, *Albumine*, *Alcool*, *Aloès*, *Amidon*, *Ammoniaque*, *Antimoine*. — M. Delplanque : *Abeille*, *Acare*, *Aconit*. — M. Lavocat : *Anatomie*. — M. Magne : *Acclimatement*, *Accouplement*, *Air*, *Aliment*, *Alimentation*, *Allaitement*, *Amélioration*, *Animaux domestiques*. — M. Patté : *Abattoir*, *Absorption*, *Ane*, *Adipeux* (tissu), *Apoplexie*. — M. Reynal : *Abatage*, *Abdomen*, *Acupuncture*, *Aérobustite*, *Age*, *Albuminurie*, *Angine*, *Aphthes*. — M. Sanson : *Aplombs*. — M. Vogely : *Anesthésie*. — MM. Bouley et Reynal : *Anémie*. — Dans le deuxième volume, M. Ayrault (de Niort) : *Baudet*. — M. H. Bouley : *Artères* (Maladies des), *Articulations* (Maladies des), *Assujettir*, *Atteinte*, *Avortement*, *Bleime*, *Boiterie*, *Boulet*, *Bouleture*, *Brûlure*, *Cabrer*. — M. Clément : *Argent*, *Arsenic*, etc. — M. Gayot : *Appareillement*, *Appariement*, *Appatronement*. — M. Gourdon : *Articulations* (Anatomie des). — M. Lavocat : *Artères* (Anatomie des). — M. Magne : *Assolement*, *Année*, *Avoine*, *Betterave*, *Bœuf*. — M. Mignon : *Baromètre*. — M. Reynal : *Arthrite des jeunes animaux*, *Ascite*, *Asphyxie*, *Astringents*, *Balanite*, *Blessures* (Médecine légale), *Bouclement*, *Bronchite*, *Cachexie*. — M. Sanson :

Bain, *Bouche*. — M. Verheyen : *Atrophie*, *Auscultation*, *Calcul*. — M. H. Bouley et E. Renault : *Boiterie rédhibitoire*.

La Gazette hebdomadaire a toujours accordé à la médecine comparée une très grande importance ; nous n'aurons donc pas à nous étendre longuement sur les rapprochements plus ou moins appréciables que la lecture du Nouveau Dictionnaire vétérinaire permettra aux médecins de faire suivant les conditions de leur position. Des articles que nous venons d'énumérer, les uns sont purement vétérinaires, comme : âge des animaux, allures, aplombs, appareillement, assujettir, bouclement ; cependant, ils peuvent encore intéresser plusieurs de nos confrères ; ainsi on peut voir dans l'article *Age* que la science vétérinaire possède aujourd'hui le moyen d'évaluer, à l'inspection des dents et des maxillaires, le nombre des années, même dans la vieillesse avancée du cheval. Les articles *Allures* et *Aplombs* contiennent un grand nombre de données utiles à l'étude de la physiologie comparée ; le mot *bouclement* montre quels progrès ont faits, en médecine vétérinaire, les anciens procédés d'infibulation pour l'homme et pour la femme cités par Juvénal et décrits par Celse, Fabrice d'Aquapendente, et plusieurs autres auteurs. Les mots *Abcès*, *Anévrysme*, sont plus importants par les nombreuses contributions qu'ils peuvent donner à la médecine de l'homme. On sait que chez le cheval presque toutes les plaies suppurent avec la plus grande facilité et qu'il est très difficile d'obtenir les réunions *par première intention* ; on sait aussi que le bœuf a quelquefois des abcès qui présentent des analogies frappantes avec les abcès froids de certains hommes scrofuleux. Mais le cheval, dont les plaies simples suppurent si facilement, peut être sans trop de danger blessé à la carotide. « Rainard et M. Renault » ont fait des expériences qui toutes sont d'accord pour démontrer » qu'une compression méthodique est suffisante à arrêter l'hémor- » rhagie par la carotide, et que la cicatrisation des tuniques arté- » rielles est si parfaite et si résistante que jamais on ne voit se » produire d'anévrysmes circonscrits consécutivement. » Les mêmes faits se produisent dans les autres animaux et surtout dans le chien ; chez ce dernier, les hémorrhagies de la carotide s'arrêtent d'elles-mêmes sans moyens compressifs. Ces conditions, si différentes de celles que présente l'organisation de l'homme, expliquent comment des expériences faites sur des animaux avec des eaux dites hémostatiques ont été suivies de brillants résultats ; mais en réalité ces eaux n'arrêtent que les hémorrhagies qui s'arrêtent d'elles-mêmes ou par l'intervention des moyens les plus simples, et du reste, dans la médecine de l'homme, l'opinion est suffisamment fixée sur ce point.

Certains articles aussi paraîtraient avoir, au premier abord, des développements beaucoup trop considérables ; mais ils ont en médecine vétérinaire une importance bien plus grande que dans la médecine de l'homme. Pour pratiquer sur l'homme les grandes opérations, il est rarement utile de le garrotter, de le lier pour lui interdire la production des mouvements qui gêneraient l'opérateur et pourraient par suite mettre la vie des opérés en danger. A part les procédés employés dans quelques opérations de taille et dans quelques autres circonstances rares, les efforts de quelques aides intelligents suffisent à tenir en parfaite immobilité les malades qui doivent subir les opérations. Pour les grands animaux domestiques, il n'en est pas de même ; il faut alors employer une série de moyens de contrainte et de répression ; il faut, pour pratiquer des opérations en position de décubitus, les lier soigneusement, suivant les règles que la pratique a déterminées, puis les renverser, les assujettir et les maintenir assujettis. La puissance musculaire est si prodigieusement énergique dans beaucoup d'animaux ; elle est si exaltée sous l'incitation toujours violente de la douleur, qu'on voit alors, malgré les précautions employées, survenir assez fréquemment des accidents relativement rares dans la chirurgie de l'homme. Nous voulons parler des ruptures, des déchirures des muscles et des aponévroses, des fractures ou des écrasements des os, fractures des os longs chez les animaux jeunes ou vieux, écrasements des vertèbres pendant les efforts excessifs que provoquent l'impatience et la douleur. Alors les ruptures tendineuses sont extrêmement rares ; on n'en connaît en médecine vétérinaire que deux ou trois observations. Mais au moment même où les animaux liés suivant les règles de l'art sont renversés sur le lit de paille et de douleur, il arrive que, surexcités au maximum, ils font produire à la contraction musculaire tout ce qu'elle peut donner de force et de puissance. Cette action étant continuée au moment même de la chute, les ébranlements déterminés par la chute trouvent l'organisme dans des conditions extrêmement favorables pour la production des ruptures d'organes intérieurs. Ainsi, c'est alors qu'on note assez fréquemment la rupture du diaphragme et qu'on voit aussi survenir des déchirures du rectum à plusieurs centimètres de l'anus. Nous ne pouvons même ici énumérer par leurs titres un très grand nombre d'observations curieuses qui se trouvent méthodiquement placées dans l'article *Assujettir*. Ces observations, par leur variété, par leur évidence, par l'impromptu d'anatomie pathologique si familier aux vétérinaires, sont de nature à éclairer l'étiologie d'un assez grand nombre d'affections chirurgicales de l'homme. Et comme dans la pratique ces sortes d'accidents sont très fréquents, et cela dans les différents temps des opérations, il était utile de les décrire sommairement en les indiquant tous à l'article *Assujettir*, qui renferme les moyens préventifs et la prophylaxie qu'on peut opposer à ces sortes d'accidents.

Bornons-nous maintenant à énumérer quelques articles plus particulièrement capables de provoquer l'intérêt des médecins de l'homme : les mots *Avortement*, *Boiterie*, *Bronchite*, *Brûlure*, *Cachexie*. L'article *Auscultation*, l'article *Calcul*, dus à la collaboration savante et éclairée d'un vétérinaire éminent, sont extrêmement remarquables. Qu'il nous soit permis de dire qu'il est difficile d'être plus clair, plus exact, plus substantiel et en même temps plus sobre d'une érudition, que M. Verheyen possède cependant à un si haut degré. Toujours soigneux dans ses productions, M. Verheyen a, dans ces articles, donné une preuve de plus de son talent d'exposition ; par ce redoublement de soins, on devine aussi qu'il a voulu honorer la mémoire du fondateur du Nouveau dictionnaire auquel il vouait une estime sans bornes et une amitié étroite. M. Bouley jeune avait un sens pratique, un jugement droit, un profond amour de la vérité, des convictions actives, un grand attachement à la science et à l'art, une mesure de respect toujours exacte pour les savants, une prédilection marquée pour les anciens en même temps qu'une véritable vénération pour ses maîtres. Avec de telles qualités et quand on possède une grande expérience, il est possible d'inspirer l'émulation, d'imprimer une bonne direction à une œuvre sérieuse. Les lecteurs du Nouveau dictionnaire retrouveront souvent, dans les deux premiers volumes, une grande abondance d'aperçus ingénieux, des aveux nettement formulés de l'état peu avancé de la science, et ils penseront probablement que ce Dictionnaire ayant pour objet les études d'application et l'utilité pratique, les auteurs ont tenté de louables efforts pour remplir leurs promesses.

Docteur Patté.

VII.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour l'agrégation (section de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires) a commencé le 3 novembre, à midi.

Les compétiteurs sont, en anatomie et en physiologie, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Dupré, Legendre, Rambaud, et Rouget ; pour la Faculté de Strasbourg, M. le docteur Morel.

En physique, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Grassi et Guillemin.

En histoire naturelle, pour la Faculté de Paris : M. le docteur Baillon. Aucun candidat ne s'est présenté au concours pour la Faculté de Montpellier.

En pharmacie et en toxicologie, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Ducom et Reveil. Pour la Faculté de Montpellier : M. le docteur Moitessier.

Aucun candidat ne s'est présenté pour la place vacante en chimie à la Faculté de Strasbourg.

— Cours public d'opérations obstétricales. M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera ce cours le 17 novembre, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

Ce cours sera terminé le 31 décembre.

— Un décret impérial du 31 octobre 1856 nomme dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier* : M. Saint-Pair, second médecin en chef de la marine. *Au grade de chevalier* : MM. Plomb, chirurgien de 2e classe de la marine. Ségard, pharmacien de 2e classe de la marine. Serpin, chirurgien auxiliaire de 3e classe. Foiret, chirurgien auxiliaire de 3e classe.

— SINGULIER EFFET DU SEMEN CONTRA. Voici le fait, raconté par M. Wittcke, dans le *Medicinische Zeitung*. La famille d'un teinturier, composée des deux parents et de plusieurs enfants adultes, prit une quantité assez forte de semen-contra, arrivée depuis peu, d'après le témoignage du pharmacien, et remarquable par sa belle couleur verte. Outre l'évacuation de nombreux vers intestinaux, ce remède produisit le phénomène de changer, pour chaque membre de cette famille, le rouge en orangé et le bleu en vert ; effet qui cessa dès le lendemain, et que M. Wittcke trouve propre à prouver la subjectivité des couleurs.

On a déjà publié plusieurs faits qui montrent que c'est à la santonine que l'on doit attribuer le phénomène décrit. (*Répertoire de pharmacie.*)

— PRIX ASTLEY COOPER. Le sujet du sixième prix triennal est *la structure et les usages de la glande thyroïde.* Les travaux doivent être envoyés à *Guy's Hospital*, à l'adresse des médecins et chirurgiens de l'établissement, avant le 1er janvier 1859. On peut, pour de plus amples renseignements, consulter l'*Appendice à la troisième série*, vol. II de *Guy's Hospital Reports*.

— STATIONS MÉTÉOROLOGIQUES. Il y a maintenant en France quatorze stations où se font des observations météorologiques que le télégraphe apporte tous les matins au gouvernement et à l'Observatoire ; ces stations sont à Dunkerque, Mézières, Strasbourg, Tonnerre, Paris, le Havre, Brest, Napoléon-Vendée, Limoges, Montauban, Bayonne, Avignon, Lyon, Besançon.

— PRIX PROPOSÉS. M. Alessandro Riberi, professeur de médecine opératoire à l'Université de Turin, a institué un prix de 600 francs, à accorder à l'élève de sixième année qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens, pendant tout le cours de ses études. A égalité de points, le prix sera donné à l'élève le moins fortuné.

— La section médicale de la Société d'encouragement pour les sciences, lettres et arts de Milan, a accepté d'*un médecin italien établi en Orient* l'offre d'un prix de 1,000 francs à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur les *névralgies brachiales*. Établir le diagnostic différentiel des névralgies dans divers troncs nerveux, et insister spécialement sur le traitement. Distinguer la névrite de la névrose. Les mémoires, écrits en italien, ou en français, ou en latin, devront être adressés à la section médicale de la Société, avant le 30 septembre 1857.

— Une statue allégorique, représentant : *la Pharmacie, aux hommes qui ont bien mérité de la science médicale (sic)*, vient d'être placée au Cercle artistique et littéraire de Bruxelles. Elle est due au ciseau de M. Aug. Van den Kerkhoven.

NARCOTIQUES CHEZ LES DIFFÉRENTS PEUPLES. — La Sibérie a ses fongus ; la Turquie, l'Inde et la Chine ont leur opium ; la Perse, l'Inde et la Turquie avec toute l'Afrique, depuis le Maroc jusqu'au cap de Bonne-Espérance et même les Indiens du Brésil, ont leur chanvre et leur hachisch ; l'Inde, la Chine et l'archipel du Levant, ont leurs noix de bétel et leur poivre de bétel ; les îles de la Polynésie ont leur ava quotidien ; le Pérou et la Bolivie ont leur interminable coca ; la Nouvelle-Grenade et les chaînes de l'Himalaya ont leurs pommes-épines rouges et communes ; l'Asie, l'Amérique et le monde entier, peut-on dire, ont le tabac ; les Indiens de la Floride ont leur houx émétique ; le nord de l'Europe et l'Amérique ont leur pedum et leur galle douce ; les Anglais et les Allemands ont le houblon, et les Français la laitue. (*Statistique du docteur Johnson.*)

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 63 à 73. — 60. Rétablissement de l'irritabilité musculaire par les courants galvaniques constants, par *Heidenhain*. — Analyses et critiques. — 72. Gangrène et réparation du scrotum, par *Heise*.

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — Sept. 1856. Recherches physiologiques sur les effets de quelques poisons, par *Kœlliker*. — Sur les abcès du cerveau, par *Lebert*. — Cas de difformité des extrémités par suite d'étranglement, contribution à l'étude des amputations spontanées, par *Frickhœffer*. — Sur l'influence du sucre de canne dans la digestion et la nutrition, par *Hoppe*. — Sur l'anatomie pathologique de la rétine et du nerf optique, par *Virchow*. — Nouveau cas d'embolie mortelle des artères pulmonaires, par *Virchow*. — La cystine, élément constitutif du foie humain dans le typhus, par *Scherer*. — Calculs de cystine dans les reins, par *Virchow*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, de Vierordt, 1856, 3e cahier. — Différences dans les proportions des types de races, par *Zeising*. — De l'arthrite sèche, par le professeur *Roser*. — Sur les bruits perçus à la tête et à la partie supérieure de la colonne vertébrale chez les enfants, par *Hennig*. — Cas de leucémie, par *Thierfelder* et *Uhle*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — 8e vol., 2e cahier. — Sur la pyromanie, par *Diez*. — Rapports sur des cas de médecine légale.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 33 et 35. — 33. Délire passager survenu après l'ingestion de champignons, par *Innhauser*. — 34. Sur la réduction des luxations anciennes, par *Nagel*. — 35. Le tabac comme moyen contre la démonomanie, par *Zzermak*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 35 à 37. — Guérison de l'anus contre nature par la voie opératoire, suite, par le professeur *Schuh*, communication du docteur *Küchenmeister*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE — IVe vol. 1856. — Observations cliniques faites à l'hôpital des Enfants, à Prague, par le professeur *Loeschner*. — De l'ostéosclérose. — Sur le développement de cette maladie, et moyen de la faire servir à la guérison de séquestres, par *W. Klose*. — Inflammation de l'iris, par *Pilz*. — Sur la guérison de la constipation, par le professeur *Phœbus*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — Nos 36 à 38. — 36. Sur l'usage endermique de la glycérine iodée, par *Szukits Ferdinand*. — 37. Cas de déplacement subit de la rate, par *Helin*. — 38. Sur les parasites de nature végétale, comme cause de symptômes inflammatoires et diphthéritique sur la muqueuse génitale de la femme, par *Kuechenmeister*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, d'Hebra. — Juillet et Août 1856. — Contribution à l'étude de la nature et du traitement de la syphilis, par *Michaelis*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier d'août. — De la méthode de M. Rothmund pour la cure radicale des hernies inguinales, par le docteur *Kallibourcès*. — De la peste d'Athènes dans la seconde année de la guerre du Péloponnèse, par le docteur *Kyriakos*. — Entozoaire trouvé dans l'intérieur de l'œil, par le docteur *Jaejer* jeune. — Cahier de septembre. — De la méthode de M. Rothmund pour la cure radicale des hernies inguinales, par le docteur *Kallibourcès*. — De l'action du sulfate de quinine dans les maladies des voies urinaires, et de l'action de celles-ci comme causes de fièvres intermittentes.

EL PORVENIR MEDICO. — No 238. Sur la cataracte et son traitement, par *A. de Gracia y Alvarez*. — 239 (manque). — 240. Sur la cataracte, par de *Gracia y Alaarez*. 241. Sur la *phlegmatia alba dolens*, par *V. Gimeno* et *Vidorreta*. — 242. Emploi thérapeutique des eaux de *Trillo*, par *Gonzalez y Crespo*. 243. Sur la cataracte (suite). — Eaux de Trillo (suite). — 244. *Idem*. — Sur la cataracte (suite). — 245. *Idem*. — 246. Acide arsénieux dans les congestions cérébrales, par *R. T.* — 247. Action des eaux minérales, par *Maria Velasco*. — 248. *Idem*.

EL SIGLO MEDICO. — No 132. Études cliniques sur la syphilis ; du bubon ; par *J. Gonzalez Olivares*. — Absence des nerfs olfactifs ; atrophie congénitale du testicule, etc. (suite), par *Muestre de San Juan*. — Valeur de l'interruption des moyens de communication pour éviter la propagation du choléra, par *G. Lopez Garcia*. — Choléra de Déjar, par *Gimenez y Sanchez*. — Sur les eaux de *Alhama d'Aragon*. 133. Du bubon secondaire ou consécutif, par *J. Gonzales Olivares*. — Importance des conditions extérieures en médecine, par *Salgado*. — Fièvres lentes, par *Caballero*. — Choléra de Villacarille, en 1855. — 134. Bubon constitutionnel, par *Olivares*. — Importance, etc., par *Salgado*. — Épidémie de fièvres intermittentes à Noblejas, par *Garcia Carsi*. — 135. Sur l'hystérisme vapureux, par *G. Lucia*. — Importance, etc., par *Salgado*. — Le principe cholérique est-il importable ? — 136. Bubon, par *Olivares*. — Choléra de Villacarillo. — Dysménorrhée hystéralgique guérie par le chloroforme, par *Fernandez de Losada*. — Hydropisie ascite grave ; guérison ; par *Francisco de Vargas*. — 137. Maladies des marins à la Havane, par de *Erostarbe*. — Parturition difficile par suite d'un abcès interstitiel de l'utérus, par *Pablo de Pablos*, — 138. Maladies des marins, etc. — 139. *Idem*. — Sur l'inoculation préservative de la fièvre jaune. — 140. Sur l'hystérisme, par *Lucia* — Choléra de *Villar del Rey*, par *F. Moreno*.

Livres nouveaux.

MÉMOIRE SUR LA PINCE A SÉQUESTRE, par le docteur *J.-L. Cornay* (de Rochefort), grand in-4o de 16 pages et 1 planche. Paris, Labé.

HANDBUCH DER TOPOGRAPHISCHEN ANATOMIE (Traité d'anatomie topographique) par *J. Hyrtl*, 3e édit., 2 vol. in-8o. Vienne, chez Braumüller. 26 fr. 75

LEHRBUCH DER KRANKHEITEN DER WEIBLICHEN SEXUALORGANE (Traité des maladies des organes sexuels de la femme), par *F.-W. Scanzoni*, in-8o. Vienne, chez Braumüller. 16 fr.

MIKROGEOLOGIE. UEBER DIE CONCREMENTE IM THIERISCHEN ORGANISMUS (Sur les concrétions dans l'organisme animal), par *H. Meckel*. Après la mort de l'auteur publié par *Th. Billroth*, in-8o. Berlin, chez Reimer. 5 fr.

ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE DES MENSCHLICHEN STIMM UND SPRACH-ORGANS (Anthropophonik) (Anatomie et physiologie de l'organe de la voix et de la langue de l'homme), par *C.-L. Merkel*. Gr. in-8. Leipzig, Abel. 26 fr. 75

NEUE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DEN BAU DES RÜCKENMARKS. (Nouvelles recherches sur la structure de la moelle épinière), par *B. Stilling*. 1re liv., gr. in-4 av. atlas in-fo. Francfort, Literar-Anstalt. 24 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 14 NOVEMBRE 1856. N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés;

Vu l'article 2 de l'arrêté du 7 mars 1856, par lequel un concours est ouvert à Poris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires prés la Faculté de médecine de Paris;

Vu la circulaire du 26 août 1856, qui répartit ces neuf places d'agrégés stagiaires de la monière suivonte :

3e *section.* —	Médecine proprement dite. . .	5 places.
4e —	Chirurgie proprement dite . . .	3 —
	Accouchements	1 —

Considéront que dans l'état actuel des choses la Faculté de médecine de Paris possède dans la 3e section, pour la médecine proprement dite, un agrégé de plus qu'il n'y a de chaires, et dans la 4e section, pour la chirurgie, un agrégé de moins qu'il n'y a de chaires;

Considérant que cette situation est contraire à l'économie du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés, et qu'il importe, pour qu'elle ne puisse se prolonger, que le nombre des places d'agrégés stagioires mises au concours par l'arrêté du 7 mors 1856 soit modifié, non dans son chiffre total, mais dans les chiffres suivant lesquels les places sont réparties entre la médecine proprement dite et la chirurgie proprement dite,

Arrête :

Dans le concours ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires prés la Faculté de médecine de Paris:

1° Quatre places seulement, au lieu de cinq, seront affectées à la médecine proprement dite ;

2° Quotre places, au lieu de trois, seront affectées à la chirurgie proprement dite.

Fait à Poris, le 7 novembre 1856.

ROULAND.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Article 1er. — Sont maintenus pour trois ons dans leurs fonctions, près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés en activité dont les

---

FEUILLETON.

De l'influence du climat de l'Egypte sur les tubercules pulmonaires, par M. A. REYER, professeur de chirurgie au Caire (1). — Traduction par M. PAUL PICARD.

Une tragédienne célèbre est allée demander au climat de l'Égypte le rétablissement d'une santé délabrée ; elle a fixé sa résidence au Caire. Il n'arrive pas souvent qu'on vienne de France dans cette contrée pour une affection chronique de poitrine, et l'on a pu se demander si la grande artiste, qui a porté si noblement le diadème de Cléopâtre, n'allait pas simplement visiter ses États. Mais point. Elle n'est partie qu'après avoir recueilli de la bouche de M. Perron, médecin sanitaire à Alexandrie, les renseignements les plus précis sur l'extrême rareté des tubercules pulmonaires en Égypte, et après avoir pris l'avis de M. Rayer. Comme les embarras d'un grand voyage ne sont rien dans une question de vie ou de mort, comme il y a malheureusement des tubercules dans des contrées plus voisines du Nil que ne l'est la France, comme enfin le goût des voyages va se répandant de plus en plus, on ne lira peut-être pas sans intérêt la note suivante sur la climatologie médicale de l'Égypte, écrite par un quasi-homonyme du médecin de la Charité. D'ailleurs, il paraît, d'après cette notice même, que la réputation de l'Égypte, comme station médicale, est plus répandue que ne le croient les médecins français.

A. D.

Le nombre des malades qui chaque année viennent chercher en Égypte le soulagement ou la guérison des maladies de poitrine, augmentant chaque jour, nous avons cru devoir publier nos observations, qui seront de quelque utilité pour les médecins de l'Europe.

(1) *Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte zu Wien.* 1856, N° 40.

noms suivent et dont le temps d'exercice expire dans la présente année, savoir :

MM. Robin	1re section.
Regnault	2e —
Orfila	2e —
Vigla	3e —
Becquerel	3e —
Gueneau de Mussy	3e —
Hardy	3e —
Richet	4e —
Jarjavay	4e —
Sappoy	4e —
Depaul	4e —

Article 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

ROULAND.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Article 1er. — Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés libres dont les noms suivent,

Savoir :

1° Pour trois ans, MM. Béclard (1re section, anatomie et physiologie), Gosselin (4e section, chirurgie) ;

2° Pour six ans, MM. Barth (3e section, anatomie pathologique), Tardieu (3e section, médecine légale).

Article 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

ROULAND.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 13 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Article 1er. — Les vingt-six agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Paris sont répartis, ainsi qu'il suit, dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie	Verneuil. Béclard.
Histoire naturelle	Robin.

2e SECTION. — *Sciences physiques.*

Physique	Regnault.
Chimie	Leconte.
Pharmacie et toxicologie	Orfila.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne. Clinique interne. Pathologie générale. Matière médicale et thérapeutique. Hygiène	Vigla. Becquerel. Gueneau de Mussy. Hardy. Aran. Bouchut. Delpech. Gubler. Lasègue.
Anatomie pathologique. Médecine légale	Barth. Tardieu.

4e SECTION. — *Chirurgie et Accouchements.*

Chirurgie	Gosselin. Richet. Jarjavay. Sappey. Broca. Follin. Richard.
Accouchements	Depaul. Pajot.

Article 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

ROULAND.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 9 mars 1852,

Arrête :

Article 1er. — M. Jarjavay, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris.

M. Béclard, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de physiologie près la même Faculté, pendant l'absence de M. Bérard, professeur titulaire empêché.

M. Vigla, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de clinique médicale près la même Faculté, pendant l'absence de M. Rostan, professeur titulaire empêché.

M. Hardy, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de pathologie et de thérapeutique générales près la même Faculté, pendant l'absence de M. Andral, professeur titulaire empêché.

Article 2. — M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

ROULAND.

On arrive généralement au Caire en octobre, à l'époque où la température de cette ville n'est plus aussi chaude qu'en été, mais où elle est encore aussi élevée que la température estivale du nord de l'Europe. La différence entre l'automne des pays que les patients quittent et celui du Caire, les fait d'ordinaire souffrir de la chaleur dans les premiers temps de leur séjour ; mais ils s'habituent promptement à ce climat bienfaisant, au ciel pur, aux soirées douces et calmes, au paysage toujours verdoyant.

Les mois de novembre et de décembre sont, au dire des malades qui nous visitent, les meilleurs mois de l'Égypte ; ils ressemblent aux plus beaux mois de septembre de nos contrées. Les brouillards du matin se dissipent rapidement sous l'influence du soleil ; il pleut une ou deux fois par mois, et pendant une ou deux heures ; ce n'est qu'exceptionnellement que les vents soufflent. Si d'un côté les arbres européens accusent l'hiver par leurs branches dépouillées de feuilles, les végétaux des tropiques et les semis verdoyants atténuent et effacent cette première impression. Les inondations de la vallée du Nil rendent l'air assez humide ; mais l'étranger s'en aperçoit à peine, et les indigènes s'étonnent de son imprudence à sortir couvert seulement de vêtements légers.

L'époque la plus froide commence avec le mois de janvier et finit vers le milieu de février. Pendant ces six semaines, le thermomètre marque + 3 degrés Réaumur au moment du lever du soleil, et + 10 degrés pendant le jour. La température ne s'abaisse ainsi que lorsque le ciel est couvert et que le vent du sud souffle avec vigueur. D'ordinaire, la température est de + 5 ou 6 degrés le matin, + 13 à 15 degrés à midi, comme pendant nos beaux mois d'octobre européens.

La température s'élève dans la seconde moitié de février, où il y a souvent quelques jours de pluie ; le thermomètre monte brusquement sous l'influence d'un doux vent du sud, mais retombe le jour d'après au degré normal, lorsque le vent cesse de souffler. Les arbres et arbustes de l'Europe poussent leurs premières feuilles, les rosiers entr'ouvrent leurs boutons.

Les deux mois suivants sont plus souvent troublés par le vent du sud, dont l'effet est d'élever la température de 1 à 2 degrés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté ouvrira ses Cours d'hiver les lundi 17 et mardi 18 novembre 1856. Ces cours auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacie.	Soubeiran	Lundi, mercredi, vendredi,	A 10 h. 1/2.
Physiologie	Bérard, suppléé par M. Béclard, agrégé.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Pathologie chirurgicale. .	Denonvilliers. . . .	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Médecine légale.	Adelon.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Opérations et appareils. .	Malgaigne	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie et thérapeutique générales	Andral, suppléé par M. Hardy, agrégé.	Mardi, jendi, samedi.	A 3 h.
Pathologie médicale . . .	Natalis Guillot . . .	Lundi, mercredi, vendredi	A 7 h. du s.
Anatomie	Jarjavay, chef des travaux anatomiques et agrégé, chargé du cours. .	Mardi, jeudi, samedi.	A 7 h. du s.
Clinique médicale. . . .	Bouillaud . . . . . ; Piorry.	à la Charité.	Tous les j. le matin. De 6 heur. à 10.
	Rostan, suppléé par M. Vigla, agrégé. Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale . .	Laugier. . . . . . ; Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 novembre 1856.

Académie de médecine : traitement des kystes de l'ovaire.

Nous avons prêché dans le désert, MM. Huguier et Robert nous l'ont prouvé dans la dernière séance, en demandant que la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire se poursuivît à l'Académie de médecine autrement que par de longs mémoires où chacun vient exposer le résultat de sa pratique. Ce peut être, et c'est fort instructif sans doute; mais il n'y a pas de plus sûr moyen de laisser les questions indécises pour ceux qui attendent du débat une lumière, une direction. On apprend par ces lectures que tel mode de traitement a réussi ou échoué entre les mains de tel chirurgien, que des kystes donnés comme oblitérés se sont remplis de nouveau, que des malades qu'on croyait guéris sont morts, etc. ; mais ce n'est pas de tout cela qu'il s'agit en réalité. La ponction simple a paru quelquefois dangereuse; quelle est la mesure de ce danger, et à quoi tient-il ? On a vu l'injection iodée être suivie d'accidents : est-ce à l'iode qu'il faut les attribuer ? L'injection iodée a amené la guérison dans certains cas, elle a été pratiquée en vain dans d'autres cas : de quoi dépend cette différence ? Dans les cas favorables, quelles ont été les conditions de la cure? Même question pour l'ouverture permanente, pour l'incision, pour l'excision partielle, pour l'extirpation, etc... Voilà des points sur lesquels nous voudrions voir une lutte directe d'opinions, sans longs manuscrits, sans discours apprêtés. Nous en émettons le vœu avec une nouvelle insistance.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux, par le docteur Adolphe Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin. — Voyez le n°s 43 et 45, tome III.)

Remarques générales. — Si nous résumons maintenant les symptômes offerts par les différents cas de lésion constatée ou probable de la protubérance annulaire (1), nous voyons que dans tous l'intelligence est restée parfaitement intacte. On pouvait prévoir ce résultat, puisqu'on sait que les fonctions intellectuelles proprement dites ont pour substratum les hémisphères cérébraux.

En second lieu, les membres ont toujours été frappés du côté opposé à la lésion. Cela est encore tout naturel ; car le mésocéphale est placé au-dessus de la décussation des faisceaux moteurs de la moelle, qui a lieu dans l'épaisseur du bulbe rachidien.

Mais il est une particularité bien digne d'attention : c'est, d'une part, l'absence de toute altération de la motilité dans le côté du visage correspondant à la paralysie des membres, et, d'autre part, l'existence de la paralysie faciale du côté où les membres sont restés sains. Le premier fait établit donc péremptoirement que les lésions d'un côté de la protubé-

(1) Nous négligeons à dessein les phénomènes accidentels, indiquent des complications, de même que ceux qui se rencontrent dans les autres espèces de paralysies, tels que les troubles de la respiration et ces modifications singulières des fonctions vitales dans les organes paralysés dont notre 5e observation est un exemple si remarquable et qui peuvent se traduire par le mot *exaltation vitale*. Nous avons déjà fait part de nos recherches sur l'élévation de la température dans les membres paralysés à la Société de biologie, et nous préparons un travail sur ce sujet.

Réaumur. La température d'avril ressemble déjà à nos mois d'été les plus chauds.

Le mois de mai est le plus désagréable de toute l'année. Les vents du sud, venant des déserts de l'Arabie et de la Libye, soufflent souvent durant trois à quatre jours, s'exaspèrent jusqu'au milieu de juin; à partir de cette époque, ils sont remplacés par les vents du nord, qui deviennent alors constants.

Tout voyageur en Égypte a décrit ces vents du sud. L'air est jauni par la poussière; le soleil, dont on ne peut distinguer le disque, se dessine comme une auréole rougeâtre ; un vent brûlant, dont le souffle ressemble au tirage d'un haut fourneau, dessèche les plaines ; les ânes et les chameaux sont épuisés, etc., etc. Les Arabes disent *Maschallah*, c'est-à-dire le feu tombe du ciel, et conservent leur santé en se lavant soigneusement. La température s'élève alors de 34 à 36 degrés Réaumur à l'ombre. On est réellement incapable de rien faire ; on ressent un malaise insurmontable; tout vous fait mal, jusqu'au bruit d'une porte qui se ferme. Les nuits n'offrent aucune fraîcheur. Mais la nature humaine possède une élasticité physiologique capable de supporter et le Samûm et les douches à la Priessnitz.

Du milieu de juin à la fin de septembre, le thermomètre marque à l'ombre : le matin, de 16 à 18 degrés Réaumur; à trois heures, de 28 à 32 degrés; après le coucher du soleil, de 26 à 28 degrés. C'est à peine si l'on voit un nuage le matin. Les plantes inférieures périssent ; la terre se crevasse. Au commencement du mois d'août, le Nil s'élève et remplit les canaux; la plaine est inondée par les eaux, et bientôt après on voit pousser les nouvelles semences, qui mûrissent pendant les mois moins chauds.

Mai et septembre sont très malsains : le premier, à cause des changements brusques et nombreux de la température; le second, à cause de l'inondation, coïncidant avec une chaleur étouffante. Les ophthalmies, les dysentéries, les fièvres d'accès et typhoïdes règnent à ces époques.

Les *tubercules pulmonaires* se développent *très rarement* chez les Turcs, Arabes, Arméniens, Kophtes, Juifs, et chez les Européens qui sont établis en Égypte; mais une fois déclaré, le mal marche

rance peuvent ne pas intéresser le nerf facial qui se distribue au côté opposé du visage.

Dans nos autopsies, la désorganisation n'atteignait pas le voisinage du quatrième ventricule. Selon toute apparence, les symptômes eussent été différents si l'une des moitiés latérales de l'isthme eût été affectée dans toute son épaisseur (1); mais il n'en reste pas moins constant que la lésion de ses étages inférieurs n'a plus d'action croisée sur la face comme les points plus élevés des centres nerveux. Cette lésion a-t-elle, au contraire, un effet direct? C'est ce que nous ne craignons pas d'affirmer d'après nos observations, malgré quelques objections qu'on pourrait y faire.

Dans tous les cas dont nous venons de rapporter l'histoire plus ou moins circonstanciée, la paralysie dimidiée alterne, que nous appelons plus simplement hémiplégie alterne, a toujours coïncidé avec une lésion de la protubérance annulaire. A la vérité, dans plusieurs de ces cas, l'altération organique comprenant à la fois un lobe du pont de Varole et certaines paires nerveuses qui s'échappent de son voisinage, il serait difficile de décider la part qui revient au premier dans la production des phénomènes, et l'on pourrait soutenir que, le trouble fonctionnel s'expliquant par l'affection propre du nerf, il n'est pas nécessaire d'en chercher la cause ailleurs, et que les choses se passent alors du côté de la face comme si les troncs nerveux étaient lésés seuls. De cette manière, on considérerait la protubérance annulaire comme n'exerçant aucune influence ni sur l'un ni sur l'autre côté du visage. Nous ferons voir plus loin que les lésions isolées de la protubérance produisent exactement les mêmes effets; mais quand même il en serait autrement, quand même il faudrait attribuer la paralysie directe de la face à la lésion des troncs nerveux, et l'hémiplégie croisée des membres à celle de la protubérance, il n'en serait pas moins vrai que cette opposition constituerait un excellent signe diagnostique pour fixer le siége de la lésion encéphalique. Aussi, toutes les fois que nous rencontrerons cette sorte d'entrecroisement, nous serons autorisé à admettre une altération anatomique occupant la gouttière basilaire, et portant soit sur l'isthme seulement, soit en même temps sur les nerfs correspondants.

Au reste, la lésion de la protubérance annulaire se rencontre quelquefois isolément, sans que l'expression symptomatique soit différente; et, dans l'un de nos faits, du moins, la paralysie dépendait plutôt de la lésion de la protubérance que de celle du facial après son émergence, puisque le tronc de ce nerf semblait à peu près sain. Dans ce cas, comme dans tous les autres, la paralysie faciale existait du côté de l'altération du pont de Varole. Il en sera de même certainement toutes les fois que la désorganisation, portant sur les étages inférieurs du mésocéphale, respectera les origines profondes du nerf facial opposé. Or c'est là une particularité des plus intéressantes, qui, rapprochée du fait de l'hémiplégie unilatérale dans les cas d'affections organiques des hémisphères cérébraux, est destinée à prouver presque rigoureusement la décussation des nerfs de la septième paire.

En effet, si au-dessus d'un certain point de l'encéphale, au-dessus de l'isthme, une lésion retentit toujours sur le nerf facial opposé; si, au contraire, au-dessous de ce point, dans l'épaisseur même du pont de Varole, l'action est toujours directe, il est impossible de ne pas reconnaître qu'un entrecroisement a lieu à ce niveau, d'un côté à l'autre de l'encéphale entre les nerfs faciaux.

Les faits pathologiques démontrent encore autre chose: c'est que l'entrecroisement doit être complet. S'il n'y avait qu'une décussation partielle, si le nerf facial gauche, par exemple, ne passait qu'en partie au delà de la ligne médiane pour se rendre dans l'hémisphère droit du cerveau, il arriverait que, dans les lésions de cet hémisphère, cette portion seule étant intéressée, la motilité ne serait qu'incomplétement abolie. De plus, l'entrecroisement partiel supposant l'existence de fibres directes dans chacun des nerfs de la septième paire, cette même altération de l'hémisphère droit produirait aussi une diminution de la contractilité musculaire dans le côté correspondant du visage.

Et comme ce même raisonnement serait applicable au cas inverse, il y aurait pour toute lésion cérébrale une double hémiplégie faciale incomplète, simultanément développée à droite et à gauche; la prédominance de la paralysie dans l'une des moitiés de la face ne serait déterminée que par la proportion relative des fibres décussées et directes dont serait composé le nerf qui l'anime.

Est-il bien besoin de rappeler qu'aucune de ces conséquences de la décussation incomplète ne s'observe dans la nature? Tout au contraire; non-seulement la lésion de l'hémisphère droit, quand elle est suffisamment étendue, paralyse entièrement le côté gauche du visage; mais elle ne

(1) Dans ce cas, en effet, les filets originels du nerf facial opposé, entamés au delà de leur entrecroisement, auraient déterminé la paralysie faciale du côté des membres paralysés. En sorte qu'on pourrait voir avec la lésion d'une moitié latérale de l'isthme occupant toute son épaisseur une paralysie croisée des membres et une double paralysie de la face.

---

avec rapidité, malgré le climat doux, parce que son apparition suppose une forte prédisposition. Les Arabes du désert et de la plaine meurent souvent en quelques mois de phthisie pulmonaire; les tubercules se retrouvent aussi dans les divers organes. Les nègres et les Abyssins, d'un autre côté, sont décimés par cette maladie, et la présentent sous toutes les formes et dans les mêmes proportions qu'on la rencontre chez les peuples du Nord. L'Égypte est, en effet, un climat du Nord pour les races noires. On ne peut invoquer l'esclavage pour expliquer cette préférence des tubercules, car les esclaves des musulmans sont bien traités, bien nourris et bien vêtus. Les blancs qui viennent d'Europe avec des symptômes de phthisie peuvent guérir, lorsque le parenchyme pulmonaire n'est pas trop gravement attaqué au moment de leur arrivée.

L'immunité des blancs vivant en Égypte pour les tubercules pulmonaires, les guérisons ou l'arrêt de la maladie chez les Européens qui y viennent, peuvent être expliqués par l'air, qui irrite moins les poumons, et qui ne subit que des variations de température moins brusques et plus régulières; par l'oxydation moins complète du sang; par l'action décarbonisante que le foie et la peau prennent sous ce climat chaud; par la prédisposition aux hypérémies des organes du bas-ventre: catarrhes de l'intestin, dysentérie, etc.

Le climat de l'Égypte peut donc être supporté par les tuberculeux qui viennent du Nord, et il est préférable à tous les climats qu'on pourrait leur conseiller. Son influence est très marquée quand les malades ne présentent que des signes pathologiques dans la portion supérieure des poumons, avec un léger catarrhe pulmonaire, un peu de toux et quelques crachats sanguinolents, qu'ils ne sont pas trop émaciés, et qu'ils n'ont point de fièvre. Ceux-là pourront espérer la guérison, s'ils veulent passer deux ou trois hivers consécutifs en Égypte, et pendant ce temps se vêtir et se nourrir d'une manière convenable. Inutile de dire que les simples catarrhes pulmonaires et les épanchements pleurétiques disparaîtront rapidement sous la bienfaisante influence de ce climat.

Ceux qui auront une infiltration tuberculeuse, sans cavernes, prolongeront leur vie en restant en Égypte une série d'années, choi-

frappe que lui et laisse parfaitement intact le côté opposé. Donc, en définitive, l'hypothèse de la décussation complète est la seule qui soit compatible avec les fait morbides et qui puisse en donner l'explication rationnelle.

Mais la discussion à laquelle nous venons de nous livrer suppose résolue une question préalable : celle de savoir si l'entrecroisement des symptômes par rapport aux lésions exige la décussation des fibres nerveuses dans l'épaisseur de l'isthme ou des commissures encéphaliques. La question étant encore actuellement controversée, on ne trouvera pas mauvais que nous lui accordions quelques développements historiques et critiques.

Le fait de l'entrecroisement des symptômes par rapport aux lésions, dans les maladies de l'encéphale, se vérifie dans la presque universalité des cas. Toutefois, les altérations de certaines portions des centres nerveux, telles que le cervelet (1), présentent de nombreuses exceptions à cette loi, qui devient, au contraire, presque rigoureuse quand il s'agit des autres parties, et surtout des hémisphères cérébraux. Jusqu'à quel point est-elle absolue? C'est ce que nous ne sommes pas en mesure de décider avec nos connaissances actuelles.

L'opinion générale, et c'est la nôtre, n'est pas aujourd'hui favorable à l'admission des faits exceptionnels, en ce qui concerne le cerveau proprement dit; mais peut-être a-t-on jugé trop sévèrement les observations contradictoires, qui paraissent d'ailleurs être moins rares que nous autres, partisans de la règle inflexible, ne nous plaisons à le répéter. Ainsi Desault en relate un cas que personne n'a cité depuis, et si nos souvenirs ne nous trompent pas, Leuret en a inséré deux autres dans le JOURNAL DES PROGRÈS. Tout le monde connaît le mémoire de Bayle sur le même sujet, et les observations si souvent reproduites d'après Morgagni. Parmi ces faits et d'autres qu'on pourrait exhumer des archives de la médecine, il en est d'irrécusables et qui ont dû être acceptés par ceux-là mêmes qui avaient le plus de répugnance à le faire. Seulement, on a remarqué que ce sont surtout des altérations chroniques qui ont amené des symptômes directs. Par quel mécanisme? C'est ce qu'il faudra chercher.

Mais il restera encore à expliquer les cas de lésions rapides ayant produit les mêmes effets. Existe-t-il des régions déterminées de l'encéphale dont les fibres ne s'entrecroisent sur aucun point de leur trajet, ou bien, ce qui revient au même, s'entrecroisent deux fois en sens inverse, comme cela se passe pour les nerfs optiques? Se rencontre-t-il par hasard des sujets chez qui l'entrecroisement normal manque en partie ou en totalité, de même qu'il y en a d'autres qui présentent une inversion générale des viscères? Ou bien ne pourrait-on pas se demander si les auteurs des observations subversives de la règle ne se sont pas arrêtés, à tort, aux lésions les plus grossières (1), et n'ont pas méconnu les modifications plus intimes et plus cachées qui étaient pourtant la véritable cause des symptômes?

Avant de s'arrêter à ces explications hypothétiques, il serait à désirer qu'on réunît tous les faits exceptionnels consignés dans les livres, et qu'on les soumît au creuset de l'analyse. Mais, en tout cas, il ressortira de cette discussion la rareté incontestable des faits d'affections directes comparées à l'extrême fréquence de ceux dans lesquels les symptômes se sont manifestés du côté opposé à la lésion. Nous pouvons donc négliger les premiers, et poser la loi de l'entrecroisement comme dominant la pathologie de l'encéphale.

Santorini passe à tort, aux yeux de quelques personnes, pour l'auteur de la découverte. On ne doit pas l'attribuer davantage à Wepfer ou à Baglivi, qui ont aussi indiqué les effets croisés des lésions cérébrales, ni à Valsalva, qui, selon son disciple et admirateur Morgagni (2), aurait en outre le mérite d'avoir soupçonné le premier la cause du phénomène. Il faut remonter à la plus haute antiquité pour trouver l'origine de cette observation.

Hippocrate avait déjà remarqué l'opposition qui existe entre le siége des plaies de tête et le côté paralysé. Plus tard, le fait est devenu vulgaire, ainsi que le prouvent les descriptions d'Arétée. Enfin, Galien, l'ayant constaté lui-même, annonça pour l'expliquer l'hypothèse de l'entrecroisement des fibres.

Ce rapport, auquel notre esprit est habitué aujourd'hui, a dû néanmoins frapper d'étonnement les anatomistes appelés des premiers à le constater, et l'on comprend qu'ils se soient efforcés d'en trouver l'explication dans le passage hy-

(1) Et peut-être aussi les couches des nerfs optiques. Pour le cervelet, l'action directe de ses lésions vient d'être parfaitement mise en relief par M. Turner, à qui la science est redevable d'un excellent travail.

(1) Plusieurs fois j'ai eu l'occasion de remarquer dans les cas d'affections cérébrales chroniques, que les désordres matériels les plus graves en apparence n'ont eu qu'une faible part, du moins directement, dans la production des symptômes. Par exemple dans un cas de tubercules disséminés à peu près également dans les deux hémisphères les paralysies partielles étaient en rapport aussi bien que le délire avec l'intensité de l'encéphalite et non avec le volume ou le nombre des masses accidentelles.

(2) *De sedibus et causis morb.*, lettre III, 17.

---

sissant comme lieu de séjour le Caire pour l'hiver et Alexandrie pour l'été. Les tuberculeux avancés, ceux chez qui l'infiltration est étendue ou qui ont déjà des cavernes, n'ont rien à attendre de ce climat, qui dans certains cas hâterait leur fin.

Il ne faut arriver que vers le milieu d'octobre.

Il faut malheureusement loger dans les hôtels (10 francs par jour), et se contenter du service arabe, qui est très mal fait. Il n'existe que peu ou point de propriétés particulières au Caire, où l'étranger puisse loger, et celles que l'on peut trouver sont très mal organisées. On peut recommander aux étrangers l'hôtel d'Orient au Caire et à Alexandrie; mais nous ne cacherons pas que, pour les maladies graves, le meilleur hôtel est toujours un triste lieu de résidence, et cela d'autant plus que nous avons été douloureusement ému en voyant des phthisiques, accablés par les fatigues de la traversée, venir terminer leur existence au Caire, loin de leurs parents et amis. Nous croyons qu'il y a peu de médecins qui envoient leurs malades mourir loin de leur patrie pour atténuer un insuccès; mais il y en a beaucoup qui cèdent trop facilement à des sollicitations de malades désespérés et à la chimérique espérance d'une guérison impossible; il en est, enfin, qui accordent une confiance trop grande à l'air « *antituberculeux* » de l'Égypte. Le séjour du Caire pendant cinq mois (aller et retour à Trieste compris) revient de 3 à 4,000 francs.

Lorsque l'état des forces est bon, on peut conseiller aux malades d'entreprendre en janvier le voyage de la haute Égypte, de visiter la Thébaïde et l'île de Philé, dont la température est toujours estivale, et de revenir au Caire vers la fin de février. Si les malades ne veulent pas séjourner longtemps en Égypte, on peut leur conseiller de rester au Caire jusqu'à la fin de mars, et à Alexandrie jusqu'à la fin d'avril, et mieux encore de partir avant la fin de mars, et de visiter la Syrie, la Grèce, Malte ou le sud de l'Italie. On ne doit recommander le séjour de l'Égypte pendant l'été que dans le cas où les malades comptent y rester plusieurs années, et il est bon, alors, qu'ils arrivent en automne, pour pouvoir se préparer pendant l'hiver à la brusque transition du printemps. Il est dangereux et presque toujours funeste de faire quitter à un tuberculeux le

pothétique des fibres d'un côté à l'autre des centres nerveux. Les médecins avaient depuis longtemps oublié cette supposition, quand les observateurs du XVIIIe siècle, placés en face des mêmes faits, imaginèrent la même théorie.

L'entrecroisement des faisceaux antérieurs du bulbe rachidien, découvert presque simultanément par Mistichelli (1) et Pourfour du Petit (2), vint justifier toutes les prévisions et donner, pour ainsi dire, un corps à cette idée, jusque-là purement spéculative. Cependant la théorie de l'entrecroisement n'a reçu à aucune époque l'assentiment universel, et le fait anatomique lui-même sur lequel elle repose a trouvé des contradicteurs parmi les auteurs du dernier siècle et plusieurs hommes distingués de la génération qui vient de finir. Bailly a lu autrefois un mémoire à l'Institut pour battre en brèche la théorie de l'entrecroisement. M. Natalis Guillot (3) a ravivé de notre temps cette opposition un peu oubliée; mais son autorité n'a pas eu le pouvoir de faire renoncer à cette opinion si conforme aux résultats de l'observation pathologique et des vivisections.

En effet, comment expliquer autrement que par une continuité de tissu les étroites connexions fonctionnelles qui unissent chacun des hémisphères cérébraux à la moitié opposée du corps? Sans doute, la matière brute elle-même nous montre des actions évidentes se produisant à distance. L'électricité dite par influence est de ce nombre, et la force nerveuse, qui a tant d'autres analogies avec le fluide électrique, pourrait, à la rigueur, être douée d'une semblable manière d'agir. Mais on remarquera que le phénomène physique suppose nécessairement, entre les deux corps qui s'influencent réciproquement, l'interposition d'une substance isolante, comme l'air atmosphérique; il faudrait donc admettre une disposition analogue vers l'isthme de l'encéphale. Or rien n'est plus invraisemblable: là, comme partout ailleurs dans les centres nerveux, les fibres nerveuses forment la presque totalité de la masse; elles se touchent, se pressent de toutes parts, et le tissu conjonctif, susceptible au besoin de représenter un organe de séparation, y est si rare qu'il a pu être nié. Aussi, je le répète, avec une pareille structure, l'influx nerveux émané d'un hémisphère cérébral ne me paraît pouvoir se transmettre aux cordons qui animent le côté opposé du corps que par une véritable continuité de tissu.

(1) *Dell' apoplessia*, Rome, 1709.
(2) *Lettres d'un médecin*, Namur, 1710.
(3) *Expos. anat. de l'organ. du centre nerveux*, etc., mémoire couronné par l'Académie royale de Bruxelles, 1844.

Dans ma pensée, la décussation des fibres est la condition anatomique du phénomène de l'entrecroisement des symptômes par rapport aux lésions. En vain de très grands esprits, repoussant cette nécessité, ont-ils invoqué contre la théorie que nous défendons le silence de l'anatomie sur la décussation de certains nerfs qui subissent néanmoins une action croisée de la part des altérations cérébrales; nous leur répondrons que la science n'a pas dit son dernier mot, que de nouvelles décussations ont été découvertes récemment, que des recherches ultérieures en feront certainement connaître d'autres, et qu'en tout cas cette voie est celle du progrès.

Voyons maintenant en quels termes le problème se trouve posé dans l'état actuel de la science.

L'entrecroisement des faisceaux moteurs dans les pyramides antérieures de la moelle allongée rend parfaitement compte de l'action croisée pour les membres, mais elle ne saurait expliquer le même phénomène en ce qui concerne la face, puisque les nerfs de la septième paire naissent derrière le pont de Varole, à la partie postérieure du bulbe rachidien. Les notions anatomiques actuellement répandues dans la plupart de nos ouvrages semblent donc en désaccord avec l'observation clinique.

Cependant la pathologie parle ici un langage tellement clair, qu'il est impossible de ne pas reconnaître l'insuffisance des données fournies par l'anatomie, et que nous devrions admettre l'entrecroisement des nerfs faciaux par induction, alors même que les recherches directes ne seraient pas encore parvenues à en établir la réalité. Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que l'anatomie et la physiologie seraient subordonnées à la pathologie, et que des faits morbides seraient venus éclairer l'histoire de l'organisation et des fonctions normales; la première œuvre de mon regretté maître Lallemand (de Montpellier) en est une preuve éclatante (1).

Mais, hâtons-nous de le dire, les anatomistes ne sont pas restés complétement indifférents devant cette difficulté; beaucoup ont cherché à découvrir l'origine réelle du nerf de la septième paire, et si la plupart ne sont arrivés qu'à des résultats douteux pour eux-mêmes, il en est du moins qui semblent avoir trouvé la solution du problème.

Si la manière de voir exprimée par M. Foville sur l'existence d'une série régulière d'entrecroisements, à partir des

(1) Voir sa thèse inaugurale intitulée: *Observations pathologiques propres à éclairer plusieurs points de physiologie*, Paris, 1818, 2e éd.

---

mois de mai de l'Europe, pour lui faire subir le mois de juin tropical de l'Égypte.

LA VEUVE D'HAHNEMANN ET LES HOMŒOPATHES. — Sous ce titre, on lisait dernièrement dans le *Journal des Connaissances médicales* du 30 août dernier la note suivante :

« Le président et le secrétaire de la commission centrale homœopathique, MM. Pétroz et Léon Simon, impriment dans leur journal que le » diplôme délivré à la veuve de Hahnemann, par ils ne savent quelle uni» versité d'Amérique, ne peut être considéré que comme un témoignage » de courtoisie qui ne confère aucun droit, pas plus que le titre de chan» celier de l'université de Cambridge, que portait le duc de Wellington, » ne lui conférait de droits et de priviléges au sein de cette université. » Cet illustre général, qui était à la fois chancelier de l'université et pré» sident de la corporation des marchands de poissons de Londres, ne se » croyait pas plus apte à faire des docteurs qu'à vendre du poisson. D'ail» leurs, ajoutent les homœopathes, dans notre Europe les femmes étant » légalement frappées d'incapacité sous le rapport médical, mesdames » Liet et Hahnemann ne peuvent prétendre, *à aucun titre*, à faire partie » du prochain congrès homœopathique. »

La *Revue philosophique et religieuse* fait suivre cette citation des remarques suivantes : « Cette espèce de décret est *une honte* pour ceux qui l'ont signé, qui l'ont approuvé, qui en acceptent la responsabilité.

» Il n'est pas vrai que l'exercice de la médecine soit interdit aux femmes en Europe, puisque *madame Boivin était docteur à Paris*, puisque *miss Emilie Blackwell est docteur en Angleterre*, puisqu'il n'y a pas de loi prohibitive sur la matière.

» Il n'est pas vrai que madame Hahnemann ne puisse, *à aucun titre*, siéger au congrès, puisqu'elle *est diplômée tout aussi valablement* que ces messieurs, et que c'est une pure allégation dénuée de preuve que d'attribuer son diplôme à la courtoisie de la Faculté dont elle est membre; le *titre principal* du médecin est *de guérir*, et ce titre-là qui le contesterait à madame Hahnemann?

» Et si le concile de la petite église a tant de scrupule relativement à la veuve de l'homme de génie auquel ses membres doivent leurs connaissances thérapeutiques, pourquoi leur congrès sera-t-il présidé par M. Benninghausen, homme très savant, mais sans diplôme médical?

» La conduite des homœopathes est un acte d'ingratitude, et dans la forme une insulte à la mémoire de Hahnemann. »

pyramides antérieures jusque sous les tubercules quadrijumeaux était justifiée par les faits et vérifiée par les autres anatomistes, elle dispenserait de toute autre recherche relativement à la décussation des nerfs faciaux en particulier; car cet entrecroisement régnant dans toute la longueur de la protubérance, les nerfs de la septième paire devraient naturellement y prendre part. Voici comment M. Foville formule son idée sur ce point délicat: « La pyramide antérieure n'est, dit-il, que le sommet aminci du cône pédonculaire, dont la base tient au cerveau, tandis que son milieu se trouve caché par l'écusson de la protubérance annulaire. Or, ce cône, depuis son extrémité adhérente au cerveau jusqu'à son sommet continu à la moelle épinière, s'entrecroise dans toute son étendue avec son congénère sur la ligne médiane (1). »

Cette vue synthétique plaît au premier abord; elle a obtenu l'assentiment d'un physiologiste autorisé surtout en névrologie, de M. Longet (2), qui croit même pouvoir spécifier l'origine des faisceaux sur lesquels porte l'entrecroisement aux différentes hauteurs, et s'appuie à son tour sur les observations confirmatives de Valentin (3).

Cependant, elle a aussi soulevé des oppositions sérieuses; d'autres anatomistes, admettant d'ailleurs en principe l'entrecroisement des fibres nerveuses d'un côté à l'autre de la protubérance, assurent que la série régulière des décussations médianes décrites par M. Foville n'est autre chose qu'une longue commissure de fibres transversales. Le fait général de la décussation sur toute la longueur de la moelle allongée est donc encore indécis, et ne sera mis hors de doute, s'il n'est controuvé, que par les investigations minutieuses des anatomistes qui voudront poursuivre laborieusement dans l'épaisseur de la protubérance et des parties adjacentes chacun des faisceaux nerveux primitivement distincts qui paraissent se perdre dans ces régions plus centrales.

Les indications suivantes, que je dois en partie à l'obligeance de mon excellent et savant collègue M. Brown-Séquard, donneront une idée des nombreux efforts tentés pour atteindre ce but, et de la variété des opinions exprimées par ceux qui se sont occupés de ces recherches, du moins en ce qui concerne les nerfs de la septième paire. Quelques anatomistes croient que les fibres du facial, après avoir traversé le pont de Varole de bas en haut, d'avant en arrière et de dehors en dedans, s'arrêtent près de la ligne médiane dans la substance grise du quatrième ventricule.

Telle est l'opinion de Van Kempen (4) et de B. Beck (5), et telle semble être aussi celle de Kölliker (6). Suivant une seconde manière de voir, un nombre plus ou moins considérable des fibres du facial passeraient au delà de la ligne médiane, formant ainsi un entrecroisement ou une commissure. D'après R. Wagner (7), ces deux choses (entrecroisement et commissure) existeraient, non-seulement pour le facial, mais pour les autres nerfs crâniens. Il semble très probable à Eduard Weber (8) que les fibres des deux nerfs de la septième paire s'entrecroisent. Enfin, il existe en Allemagne

(1) Foville, *Anat. du syst. nerv. cérébro-spinal*, p. 299, 300.
(2) *Anat. et phys. du syst. nerv.*, t. I, p. 421.
(3) *Névrologie*, trad. de Jourdan, p. 246.
(4) *Traité d'anat. descript. et d'hist. spéc.*, Louvain, 1854, p. 821.
(5) *Anat. Untersuchungen ueber einzelne Theile des 7 und 9 Hirnnervenpaares*; 1847.
(6) *Mikroskop. Anat.*, vol. II, part. 1, p. 460.
(7) *Goettinger Nachrichten*, 1850, n° 4, p. 47.
(8) Article *Muskelbewegung, in Wagner's Handwoerterbuch*, t. III, 2e partie, p. 22.

une troisième opinion due à Stilling (1), selon laquelle les fibres du facial, arrivées à la substance grise près de la ligne médiane, se recourberaient en partie pour se porter à la partie antérieure du pont de Varole. Il y aurait aussi des fibres commissurales entre les deux nerfs de la septième paire.

Remarquons, avant d'aller plus loin, que de ces trois catégories d'opinion, il n'en est aucune qui puisse donner une explication satisfaisante des faits morbides; celle de Stilling, qui avance le plus la question, est elle-même insuffisante, car la décussation *partielle* des nerfs faciaux ne saurait donner la raison anatomique de la paralysie croisée *complète* et *exclusive* qui frappe la face à la suite des lésions cérébrales. Si les fibres originelles du nerf facial, intéressées dans la profondeur d'un hémisphère par un ramollissement ou une apoplexie ne passaient qu'en partie de l'autre côté de la ligne médiane pour renforcer le nerf opposé, celui-ci pourrait bien, à la vérité, perdre une partie de son action par le fait de la lésion cérébrale, mais il ne serait certainement pas entièrement paralysé, et de plus, la paralysie, loin d'être bornée à ce nerf, devrait frapper surtout le nerf facial du côté correspondant à la lésion. Or c'est tout autre chose qui se produit, comme chacun sait; l'insuffisance de la donnée anatomique, telle qu'elle est établie par les auteurs allemands, est donc évidente.

Mais ces anatomistes ont du moins le mérite d'avoir entrepris de poursuivre les filets originels du facial au delà de leurs points d'émergence.

Toutefois, dès le XVIe siècle, Piccolhomini avait déjà vu les prolongements radiculaires du nerf de la septième paire s'échapper « de la partie postérieure de la moelle à l'endroit où est creusé le calamus scriptorius (2). »

Plus tard, Willis avait indiqué cette même disposition, et Ridley l'avait parfaitement fait ressortir. Enfin, Morgagni, qui cite ces anatomistes, nous paraît en adopter l'opinion (3).

Un autre anatomiste italien du XVIIIe siècle, Malacarne, a revu les mêmes faits, et plus récemment M. Cruveilhier, en France, est arrivé à de semblables résultats. L'éminent professeur de la Faculté de Paris ne se contente pas de constater que le nerf facial procède de la partie antérieure du corps restiforme:

« L'*origine réelle* de ce nerf, dit-il, est bien plus profonde; on peut la suivre à travers le corps restiforme, jusque dans l'épaisseur de la protubérance, où l'on voit ce nerf s'épanouir en filaments dont les uns se portent en dedans, les autres en dehors du côté du cervelet. »

M. Cruveilhier ajoute qu'il a été assez heureux pour « suivre quelques-uns de ces filaments jusque dans l'épaisseur du faisceau innominé, au voisinage du sillon médian du calamus (4). »

Après cela, il ne restait plus qu'un pas à faire pour mettre l'anatomie d'accord avec l'observation clinique. Il appartenait à deux physiologistes pleins d'espérances, à MM. Vulpian et Philipeaux, de réaliser ce progrès. Voici comment ils s'expriment dans une note lue à la Société de biologie (5):

« Lorsqu'on enlève avec soin la membrane qui tapisse la

(1) *De structura protuberantiæ annul.*, 1846, p. 77 et 154.
(2) *Archangeli Piccolhomini prælect. anat.* Romæ, 1596, liv. 6, sect. 5.
(3) *Advers. anat.*, VI, p. 34.
(4) Cruveilhier, *Trait. d'anat. descript.*, t. IV.
(5) *Sur l'origine profonde des nerfs des 6e et 7e paires.* Dans *Comptes rendus de la Société de biologie*, juillet 1853.

paroi antérieure du quatrième ventricule, on peut suivre facilement les radicules des nerfs faciaux jusqu'à la ligne médiane. A ce niveau, les radicules des nerfs faciaux s'entrecroisent en grande partie d'un côté à l'autre. Cet entrecroisement est des plus évidents ; nous l'avons toujours trouvé. Quelques radicules moins superficielles s'enfoncent entre les deux faisceaux intermédiaires et s'entrecroisent plus profondément. Immédiatement après avoir franchi la ligne médiane, les filaments originels des nerfs faciaux disparaissent. Il est *probable* qu'ils s'enfoncent et se recourbent en partie vers le cerveau. »

Cette dernière phrase indique un désidératum que des recherches ultérieures rempliront sans doute; mais le fait de l'entrecroisement total n'en reste pas moins constant pour les auteurs que nous venons de citer, et nous pouvons l'accepter comme démontré, puisque d'ailleurs les faits en indiquent l'existence nécessaire.

De l'ensemble de notre travail, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'hémiplégie cérébrale proprement dite est toujours unilatérale.

2° Dans les cas peu nombreux de paralysie dimidiée alterne, ou, comme nous disons plus simplement, d'hémiplégie alterne, c'est la protubérance annulaire qui est lésée.

3° La lésion existe toujours exclusivement ou principalement du côté opposé à la paralysie des membres. Ainsi l'action de la protubérance est croisée par rapport aux membres, mais elle est directe pour la face.

4° Les troubles de la sensibilité et de la motilité du côté de la face peuvent exister aussi bien avec l'altération isolée de la protubérance que quand les troncs nerveux sont eux-mêmes intéressés. Par conséquent, l'hémiplégie alterne doit être transformée en signe des lésions de la protubérance annulaire.

5° Du rapprochement de ces deux faits dans l'histoire de la paralysie de la face, à savoir, l'action croisée des lésions placées dans les hémisphères cérébraux, et l'action directe des lésions du mésocéphale, il ressort évidemment que les nerfs faciaux s'entrecroisent dans l'épaisseur de l'isthme. Au-dessus de la décussation, l'action est croisée; au-dessous, elle est directe ; rien n'est plus facile à comprendre.

6° Cette induction légitime, tirée des faits pathologiques, est d'ailleurs justifiée par les dernières recherches des anatomistes qui, en Allemagne et en France, ont tenté de résoudre la question ; elle est particulièrement conforme aux résultats annoncés par MM. Vulpian et Philipeaux.

7° La pathologie nous enseigne encore que la décussation des nerfs faciaux doit être complète, puisque les lésions du pont de Varole entraînent une paralysie entière du côté correspondant de la face à l'exclusion du côté opposé.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

A l'occasion du mémoire de M. Gubler sur l'*hémiplégie faciale alterne*, permettez-moi de vous prier de reproduire une observation d'hémorrhagie de la protubérance, et l'extrait de mon rapport à ce sujet, qui sont insérés dans les *Bulletins de la Société anatomique* de cette année (mai et juin 1856, p. 206 et 217). Je rappelle dans ce rapport un autre fait plus complexe d'hémorrhagie du mésocéphale, qui est également publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1855 (mai et juin, p. 204), et j'exprime précisément l'opinion que développe aujourd'hui le savant médecin de l'hôpital Beaujon sur la valeur de l'hémiplégie faciale croisée, comme signe des lésions de la protubérance.

Agréez, etc. AUG. MILLARD,

Interne des hôpitaux.

OBS. — *Hémorrhagie de la protubérance annulaire*, par M. SÉNAC, interne des hôpitaux. — Le 18 mars 1856, entre à l'hôpital la Riboisière C... (Charles), marchand des quatre saisons.

Cet homme est d'une constitution vigoureuse ; comme maladies antérieures ayant présenté quelque gravité, on ne trouve que deux attaques d'hémiplégie du côté droit. Ces attaques sont survenues sans perte de connaissance, la première il y a quatorze ans, la deuxième il y a sept ans. Il n'est même pas resté de faiblesse dans les membres qui en ont été le siége.

Depuis quelques jours, le malade éprouvait du malaise, sans céphalalgie ni étourdissements. Le 18 mars, le matin, il se leva comme d'habitude, et se préparait à sortir pour se rendre à son travail, lorsqu'il tomba tout à coup, paralysé du côté gauche ; il n'y eut pas de perte de connaissance, mais seulement une sensation de faiblesse générale et une impossibilité complète de se soutenir. Ce fut une voisine qui l'entendit et vint à son secours pour l'amener à l'hôpital.

A son entrée, il présente à la religieuse de service une paralysie complète dans le membre supérieur gauche, incomplète dans le membre inférieur du même côté. Il y avait eu évacuation involontaire des matières fécales et des urines.

Lorsque je vis, le soir, le malade pour la première fois, voici l'état où je le trouvai :

Décubitus dorsal. Peau chaude et moite sur le tronc et la face, froide sur les membres. Les conjonctives sont injectées, les pupilles largement et également dilatées. Le pouls est petit et irrégulier, battant 90 fois par minute. Il y a une paralysie complète du mouvement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Déviation de la face : la bouche s'abaisse par sa commissure droite, par laquelle s'écoule de la salive qui baigne le cou et le menton du malade ; la commissure gauche est relevée ; à droite, la joue se laisse distendre par l'air à chaque expiration. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont libres; la langue est tirée facilement hors de la bouche, mais sa pointe s'incline alors très manifestement à gauche. Le malade articule très mal les sons; on a beaucoup de peine à le comprendre. La sensibilité est intacte sur tous les points du corps sans exception. Il n'existe aucune douleur ni dans la tête ni dans les parties paralysées. La respiration est lente et bruyante ; la percussion et l'auscultation ne donnent que des signes négatifs, tant pour les poumons que pour le cœur. La déglutition est gênée ; il n'y a pas eu de vomissements. La langue est large, sale, enduite d'une couche blanche, épaisse et conservant l'impression des dents. Depuis ce matin, il y a encore eu des selles involontaires ; le malade urine dans son lit, sans en avoir conscience. *Son intelligence est intacte;* il répond juste à toutes les questions qu'on lui adresse.

Saignée de 400 grammes; 10 ventouses scarifiées à la nuque ; sinapismes promenés sur les membres inférieurs. Diète absolue.

19 mars. Il y a eu un peu de sommeil cette nuit. La peau est chaude et halitueuse; le pouls est résistant au doigt, à 80 pulsations, beaucoup plus plein qu'hier soir. L'état des parties paralysées n'a pas changé. Le malade ne souffre nulle part ; il a toute sa connaissance, et donne sur sa santé antérieure les renseignements consignés plus haut. La déglutition est presque impossible. Chaque fois que l'on veut faire boire le malade, on provoque des accès de toux.

20 mars. Même état. Pouls à 76, résistant et plein ; sommeil cette nuit. Déjections involontaires. La déglutition est toujours aussi difficile. Bouillon.

21 mars (soir). Pouls à 96. Congestion de la face. Le malade se plaint pour la première fois de souffrir dans le bras paralysé, et peut lui imprimer quelques mouvements de totalité qui étaient impossibles encore ce matin. Il y a un peu de contracture ; l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras et ne peut être étendu sans de vives douleurs. Les mouvements dans le membre inférieur sont plus libres qu'ils ne l'ont été jusqu'ici.

21 mars. Même état. Application de 25 sangsues à l'anus.

22 mars. La douleur de tête a presque entièrement disparu. Pouls à 90.

23 mars. La paralysie du mouvement a diminué dans le bras et surtout dans le membre inférieur. Il y a toujours un peu de contracture. Le pouls est à 84. La face est pâle.

Potion avec bicarbonate de soude, 2 grammes. 2 bouillons, 2 potages.

24 mars. Même état. Pouls à 84. Évacuation involontaire. Gêne con-

sidérable dans la déglutition. La paralysie de la face n'a pas varié. La langue est toujours blanche et sale.

25 mars. Amélioration sensible. La respiration est plus libre; la déglutition est toujours difficile et ramène des quintes de toux. Le malade a pu retenir les matières fécales et a demandé le bassin pour la première fois.

26, 27 mars. L'amélioration persiste.

28 mars. Cette nuit a été moins tranquille que les précédentes; ce matin il y a de l'assoupissement. La respiration est stertoreuse. A l'auscultation, on entend quelques râles humides assez gros, en arrière au niveau des grosses bronches.

La peau est froide; sur toute la surface du corps il y a une sueur assez abondante. Le pouls est plus petit que les jours précédents; il reste à 80. La contracture persiste; le malade ne sent aucune douleur; il paraît impatienté lorsqu'on l'interroge ou qu'on l'examine.

29 mars. Depuis hier, l'état du malade s'est encore aggravé. Facies altéré. Somnolence continuelle. Impossibilité absolue d'avaler quoi que ce soit. Respiration entrecoupée, stertoreuse. *Immobilité complète des membres paralysés*, avec persistance de la contracture signalée plus haut. Déjections alvines involontaires. Pouls petit, assez irrégulier, à 96.

30 mars. Même état.

31 mars. Le malade a eu cette nuit, pour la première fois, un peu de délire; il paraît comprendre à peine ce qui se passe autour de lui; somnolence; respiration accélérée; râle trachéal; râle muqueux assez gros à la base du poumon en arrière. La déglutition est complétement impossible. Selles liquides involontaires. Pouls à 88, irrégulier et petit.

1er avril. Le délire a complétement cessé; le malade comprend parfaitement ce qu'on lui dit lorsqu'on le tire de la somnolence dans laquelle il est plongé. Le facies est profondément altéré; la respiration est embarrassée. Râle trachéal. Pouls à 116, petit et très irrégulier. L'auscultation ne révèle aucun phénomène nouveau.

Mort à huit heures et demie du soir.

Examen de l'encéphale fait trente-six heures après la mort. — Les parois du crâne et les téguments qui le recouvrent sont sains.

A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une quantité très considérable de liquide coloré en rouge. Toute la surface convexe du cerveau est recouverte d'une couche épaisse de sérosité de consistance gélatineuse, ressemblant assez à la couche de sérosité condensée qui se rencontre quelquefois sous l'épiderme soulevé par un vésicatoire.

Les circonvolutions elles mêmes sont aplaties. Partout la pie-mère s'enlève facilement. Le tissu cortical du vaisseau a sa consistance habituelle.

Il est impossible de rencontrer dans les hémisphères cérébraux la moindre trace d'épanchement sanguin, soit ancien, soit nouveau, bien que cet examen ait été fait avec tout le soin et toutes les précautions possibles.

En examinant la base de l'encéphale, on découvre sur la face inférieure de la protubérance annulaire, un peu à gauche de la ligne médiane, à peu près au milieu de son diamètre antéro-postérieur, un point de l'étendue de 5 millimètres, dans lequel le tissu cortical de la protubérance semble aminci, et présente une coloration noir bleuâtre due évidemment aux tissus sous-jacents. La même altération se retrouve au milieu du pédoncule cérébelleux moyen du côté droit, au point où il s'enfonce dans le tissu du cervelet. Si maintenant, par une incision transversale pratiquée avec précaution, on réunit les deux points que nous venons de signaler, on pénètre, après avoir traversé une couche mince de l'écorce blanche du mésocéphale, dans un foyer hémorrhagique contenant du sang noir et diffluent.

Le foyer hémorrhagique a le volume d'une amande; il est clos de toutes parts : en avant, il n'est séparé de la face antérieure que par une couche mince de fibres transversales; en arrière et en haut, il a détruit le tissu nerveux jusqu'au niveau des fibres qui continuent, dans la protubérance, les pyramides antérieures du bulbe. Le faisceau du côté droit est lui-même profondément excavé et détruit.

L'excavation creusée par le sang a des parois inégales et anfractueuses, recouvertes par une pellicule très mince formée de vaisseaux entrecroisés et qui se continuent entre eux. A ces parois sont appendus des flocons d'un tissu rougeâtre, nageant sous l'eau, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au chevelu que présente la racine de certaines plantes aquatiques. Dans l'épaisseur du pédoncule cérébelleux moyen droit, au contraire, le sang semble avoir écarté simplement les fibres nerveuses.

Les cavités ventriculaires du cerveau ne contiennent que du liquide incolore en quantité considérable. Les ventricules latéraux paraissent agrandis dans tous les sens. Aucune autre altération anatomique dans l'encéphale.

Extrait du rapport de M. Millard.

« ..... Ce n'est pas, vous le savez, que les hémorrhagies de la protubérance soient elles-mêmes très fréquentes : il suffit de rappeler que, sur 130 cas d'hémorrhagie cérébrale, M. Rochoux n'en a observé que 6, et M. le professeur Andral 9 seulement sur 386.

» Les circonstances les plus remarquables de la première observation (celle qu'on vient de lire) sont :

» 1° La simplicité et la localisation si nette du foyer, sans autre complication ;

» 2° La conservation de la sensibilité et de l'intelligence;

» 3° L'hémiplégie du mouvement du côté opposé à l'épanchement;

» 4° L'absence complète de ces mouvements convulsifs, épileptiformes ou tétaniques, sur lesquels Ollivier (d'Angers) a insisté, et dont il avait voulu faire un symptôme presque pathognomonique ;

» 5° Enfin, l'hémiplégie faciale directe.

» Ces deux derniers points ont déjà été examinés par moi, l'an dernier, dans un rapport que j'ai eu l'honneur de vous lire à l'occasion d'un autre exemple d'hémorrhagie de la protubérance, présenté par M. Poisson. Dans le fait de notre collègue, comme dans celui-ci, il y avait également absence de paralysie générale et de contracture, et hémiplégie d'un côté du corps, croisée avec la lésion, et contrastant avec une hémiplégie faciale directe.

» En passant rapidement en revue devant vous l'état actuel de la science sur l'histoire si obscure des hémorrhagies de la protubérance, j'avais constaté que tous les auteurs étaient d'accord pour reconnaître qu'aujourd'hui il est à peu près impossible de diagnostiquer cette espèce d'hémorrhagie, et de la séparer des autres épanchements sanguins de l'encéphale. Dans leur troisième volume, qui a paru depuis, MM. Hardy et Béhier ont également soutenu cette opinion. Cependant ces auteurs ont emprunté à la thèse inaugurale de M. le docteur Josias (*Des hémorrhagies de la protubérance*, 1851) plusieurs remarques intéressantes et nouvelles. Je vous demande la permission de citer ici les principales conclusions de cette thèse; car vous allez voir que presque toutes sont parfaitement confirmées par le fait de M. Sénac.

» 1° *Les convulsions, les mouvements tétaniques, épileptiformes, peuvent souvent manquer.*

» Ils ont complétement fait défaut dans le cas actuel, à moins qu'on ne veuille rapprocher de ces signes la contracture légère observée à l'avant-bras.

» 2° *La respiration est profondément troublée, et, sous ce rapport, les hémorrhagies de la protubérance se rapprochent de celles du cervelet, pour lesquelles Morgagni avait donné ce trouble de la respiration comme un signe de quelque valeur.*

» A ces troubles de la respiration je serais assez tenté de joindre des troubles marqués de la déglutition; car, dans l'observation principale de la thèse de M. Josias, il est dit que *la paralysie s'étendit à l'œsophage.* M. Sénac a également observé chez son malade, dès le sixième jour, outre la gêne de la respiration, une difficulté très grande qui allait toujours croissant. Ces accidents de dyspnée et de dysphagie sembleraient bien indiquer que, dans les deux cas, quelques fibres originelles et radiculaires d'un des nerfs pneumogastriques et spinaux avaient été lésées par le foyer sanguin.

» 3° *L'hémorrhagie peut n'intéresser qu'un des côtés de la protubérance, et, dans ce cas, il y a hémiplégie de mouvement du côté opposé; il n'y a de paralysie générale que si l'hémorrhagie occupe le centre du mésocéphale.*

» C'est le fait nouveau et capital de la thèse, et que confirme de tous points l'observation de M. Sénac. MM. Hardy et Béhier citent également un autre exemple qui leur est personnel, à l'appui de cette opinion.

» 4° *Il peut y avoir conservation de la sensibilité dans le côté paralysé, si le foyer est placé dans les couches les plus antérieures.*

» Nous sommes précisément ici dans ces conditions, puisque le foyer était situé immédiatement au-dessous du pont de Varole et avait détruit une partie des fibres ascendantes, qui continuent dans la protubérance les pyramides antérieures. Dans un cas semblable, M. Archambault, médecin de Charenton, a donné une explication très satisfaisante de cette conservation de la sensibilité, en faisant remarquer que le foyer, ainsi limité aux couches antérieures et moyennes, n'intéressait que des fibres *motrices*, et respectait, au contraire, dans les couches postérieures, les prolongements des corps restiformes ou faisceaux sensitifs de la moelle.

» Messieurs, il reste un dernier symptôme dont j'ai été étonné de ne trouver aucune mention dans cette thèse : car c'est celui dont votre rapporteur a été le plus frappé, et qu'il tiendrait à mettre ici en relief. Je veux parler de l'hémiplégie faciale directe, qui m'avait déjà fort intrigué l'an passé. Je m'étais alors appuyé des recherches de notre collègue M. le docteur Vulpian sur l'origine des nerfs crâniens et du nerf facial en particulier, pour tâcher de trouver la clef du croisement de la paralysie de la face avec celle des membres. Chez le malade de M. Poisson, l'hémorrhagie occupait l'étage supérieur de la protubérance, et avait même envahi la paroi antérieure du quatrième ventricule, c'est-à-dire précisément le siége qu'assigne M. Vulpian à une décussation constante et manifeste entre les radicules des nerfs de la septième paire ; la lésion, située en dehors du sillon médian, avait dû, d'après les idées mêmes de cet anatomiste distingué, produire une hémiplégie faciale directe. Mais aujourd'hui les conditions sont tout autres, puisque ce sont surtout les fibres antérieures et moyennes du mésocéphale qui ont été détruites, et l'explication tombe. Cependant, à défaut de théorie, il n'en reste pas moins un fait clinique très remarquable et sur lequel je tiens à fixer l'attention : c'est la constatation d'une hémiplégie faciale directe dans deux cas d'hémorrhagie de la protubérance. *Si ce symptôme, inaperçu et resté sans signification jusqu'ici, se retrouvait jusque dans un certain nombre d'observations analogues, il est bien évident qu'il acquerrait une très grande valeur et pourrait devenir un signe diagnostique précieux des épanchements sanguins du mésocéphale.*

» Entreprendre dans ce sens une revue minutieuse des faits qui sont dans le domaine de la science, rechercher tous les cas d'hémiplégie faciale directe, et voir dans quelles proportions ce phénomène peut être rattaché *à une lésion quelconque de la protubérance* (*hémorrhagie, ramollissement ou tumeurs*, etc.), telle est la tâche que se proposait votre rapporteur; le temps lui a manqué cette fois, mais il se réserve de reprendre plus tard cet ordre de recherches, et il se borne pour le moment à vous soumettre, avec une réserve bien naturelle, une opinion qui ne repose encore que sur deux faits bien observés. »

— M. Gubler nous autorise à dire qu'il reconnait que M. Millard a signalé avant lui un rapport possible entre l'hémiplégie faciale directe et les lésions de la protubérance ; mais que lui, M. Gubler, avait vu et diagnostiqué le fait dès 1855, comme en témoigne la cinquième observation de son mémoire. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Analyse physiologique des propriétés des systèmes musculaire et nerveux au moyen du curare*, par M. *Claude Bernard*. — « La comunication que M. Kölliker a faite à l'Académie dans sa dernière séance me fournit l'occasion de rappeler mes expériences sur le curare, ainsi que les conclusions physiologiques auxquelles j'ai été conduit par l'étude de cette singulière substance.

» En 1844, je trouvai que chez les animaux empoisonnés par le curare, le système nerveux perd immédiatement après la mort la propriété de réagir sur le système musculaire pour produire des convulsions. Si par exemple on empoisonne une grenouille en lui plaçant sous la peau du dos un peu de curare sec ou en dissolution, on voit que les mouvements réflexes s'éteignent complétement à mesure que l'empoisonnement s'effectue, et si, aussitôt après, on prépare la grenouille à la manière de Galvani en dépouillant les membres postérieurs et en isolant les nerfs lombaires, on n'obtient aucune contraction dans les membres par l'excitation électrique portée directement sur les nerfs, tandis que la même excitation appliquée sur les muscles détermine des convulsions violentes. Non-seulement les troncs des nerfs ont perdu leur excitabilité, mais les ramuscules nerveux, aussi près des muscles qu'on puisse les prendre, sont dans le même cas.

» Les conséquences physiologiques que j'ai tirées de cette expérience sont que la contractilité musculaire est entièrement distincte et indépendante de la propriété nerveuse qui la met en jeu, puisqu'en effet le curare laisse subsister la première et anéantit complétement la seconde. J'en ai conclu que la question de l'indépendance de l'irritabilité musculaire, débattue depuis Haller, se trouvait définitivement jugée au moyen de cette analyse physiologique spéciale qu'opère le curare. Cette expérience fut indiquée dans un travail que nous communiquâmes à l'Académie, M. Pelouze et moi, en 1850, sur les propriétés chimiques et physiologiques du curare (*Comptes rendus*, t. XXXI, 14 octobre 1850).

» En 1852, pour donner une nouvelle preuve de cette séparation physiologique des propriétés des systèmes nerveux et musculaire, j'annonçai que chez les animaux empoisonnés par le curare l'irritabilité musculaire n'avait subi, non-seulement aucune diminution, mais qu'elle se trouvait au contraire augmentée. J'avais remarqué, en effet, que les muscles des grenouilles mortes sous l'influence du curare, qui sont généralement plus rouges, restaient excitables à l'action directe de l'électricité plus longtemps que les muscles d'autres grenouilles non empoisonnées. Mais comme ces animaux peuvent présenter des différences individuelles dans leur irritabilité musculaire, il fallait, pour rendre l'expérience plus probante faire l'épreuve comparative sur des muscles correspondants et appartenant au même animal.

» Voici comment je réalisai les conditions de cette nouvelle expérience : sur une grosse grenouille, je liai les vaisseaux d'un des membres postérieurs, en ayant soin de laisser le nerf sciatique intact, après quoi j'empoisonnai l'animal en introduisant un peu de curare par une incision faite à la peau du dos. De cette manière, tout le système musculaire de la grenouille recevait l'influence du curare par l'intermédiaire de la circulation, excepté les muscles du membre dont les vaisseaux avaient été liés, et qui dès lors pouvaient être considérés comme des muscles normaux par rapport aux autres. Or, je constatai dans cette expérience que les muscles du membre qui n'avait pas reçu de poison perdaient toujours leur irritabilité beaucoup plus tôt que les muscles des membres qui avaient été empoisonnés.

» En poursuivant ces recherches, un autre fait nouveau s'offrit à mon observation : je vis que le membre qui n'avait pas reçu de curare restait parfaitement sensible, et que l'on y déterminait toujours des mouvements réflexes en le pinçant. Mais ce qui était plus remarquable encore, c'est que, en excitant la peau des autres parties du corps où avait pénétré le poison, on voyait de même des mouvements réflexes se produire uniquement dans le membre non empoisonné.

» Il était évident que ces derniers mouvements réflexes dans le membre sain, par irritation des parties empoisonnées, devaient être transmis par les nerfs sensitifs restés intacts; ce qui me porta à penser que le curare n'avait anéanti que les propriétés des nerfs moteurs en laissant subsister celles des nerfs sensitifs, et que, si l'on n'obtient pas de mouvement réflexe en pinçant la peau quand l'animal est totalement empoisonné, cela ne prouve pas que l'animal soit insensible, mais seulement que les nerfs moteurs sont partout devenus impropres à réagir sur les muscles par l'excitation sensitive réflexe aussi bien que sous l'influence de la volonté.

» J'ai démontré directement cette propriété singulière du curare d'éteindre les propriétés nerveuses des nerfs moteurs tout en conservant celle des nerfs sensitifs par l'expérience suivante : Sur une grenouille, je pratique une incision au bas du dos pour isoler les nerfs lombaires. Je passe ensuite au-dessus d'eux une ligature avec laquelle je serre tout le corps de l'animal, moins les nerfs lombaires qui se trouvent ménagés. De cette manière, la moitié antérieure de la grenouille ne communique plus avec la moitié postérieure que par les nerfs lombaires, car la ligature a étreint l'aorte et tous les vaisseaux sanguins. J'empoisonne alors l'animal en plaçant un peu de curare sous la peau du dos près de la tête, et peu à peu toute la moitié du corps au-dessus de la ligature éprouve

les effets toxiques et devient immobile. Mais si l'on pince la peau dans cette partie, on détermine aussitôt dans le train postérieur des mouvements, qui quelquefois sont assez violents pour que la grenouille exécute l'action de sauter en poussant au-devant d'elle la moitié antérieure de son corps empoisonné et inerte.

» De cette deuxième série d'expériences, j'ai conclu que le curare effectue une analyse physiologique qui ne se borne pas à isoler les propriétés du système musculaire. Elle sépare encore comme distinctes les propriétés des nerfs moteurs et sensitifs, puisqu'on voit qu'elle conserve les propriétés des nerfs sensitifs et anéantit celles des nerfs moteurs. Le curare agit sur le système nerveux moteur de la vie de relation plus vite que sur le système nerveux de la vie organique ou sympathique. Mais il finit aussi par atteindre ce dernier lorsque l'empoisonnement est complet, et j'ai vu qu'il n'est plus possible alors, par exemple, d'arrêter le cœur par la galvanisation du nerf vague. Enfin j'ai constaté que cette action du curare s'exerce sur les nerfs moteurs de manière à les anéantir en procédant de la périphérie au centre, ce qui est l'inverse de la paralysie ordinaire de ces nerfs.

» Les expériences de M. Kölliker sont donc tout à fait concordantes avec les miennes. Il est évident que M. Kölliker ne connaissait pas mes dernières recherches sur le curare, de sorte que la coïncidence des résultats que nous avons obtenus est une garantie de plus de leur exactitude.

» En terminant, j'appellerai surtout l'attention des physiologistes sur cette espèce d'analyse physiologique des systèmes organiques qu'on peut effectuer à l'aide des agents toxiques tels que le curare, la strychnine, le sulfocyanure de potassium, l'oxyde de carbone, etc., qui agissent non pas sur des organes, mais sur des systèmes organiques, comme par exemple le système nerveux moteur ou sensitif, le système musculaire, les globules du sang, etc. Ces substances ainsi considérées sont de véritables réactifs de la vie qui, portés par le torrent de la circulation dans tous les points de l'organisme, exercent leur action sur certains tissus, les isolent et amènent la mort par un mécanisme qui désigne le rôle physiologique du tissu qui se trouve atteint. Avec ces agents on peut étudier, non pas la mort des organes, comme l'a fait Bichat, mais la mort des systèmes organiques. Cette étude offre un haut intérêt au point de vue de la physiologie générale. »

Chimie météorologique. — *Note en réponse aux observations présentées par M. Chevreul, au nom de M. Cloëz*, dans la séance du 20 octobre 1856; par M. *Scoutetten*. — « M. Cloëz dit que le papier sensible à l'ozone se colore parce qu'il y a contact du papier avec *oxygène, vapeur d'eau et lumière ;* il en trouve la preuve dans l'expérience suivante : En mettant du papier sensible dans deux cloches de verre, dont l'une seulement est enveloppée de papier noir, en les renversant et les fixant dans une grande cloche de verre qu'on fait reposer sur du gazon éclairé par le soleil, on observe que le papier sensible renfermé dans l'éprouvette recouverte de papier noir ne se colore pas, tandis que l'autre se colore ; qu'enfin, en mettant la cloche au-dessus d'une assiette remplie de coton humide ou d'eau pure, l'effet est le même.

» Les expériences indiquées par M. Cloëz se trouvent exposées dans mon ouvrage sur l'*Ozone*; elles ont contribué à me faire découvrir l'origine de ce corps dans l'air atmosphérique.

» Ces mêmes expériences sont suivies d'une autre qui détruit l'objection qui m'est faite; c'est que, si l'on se sert d'*eau distillée* au lieu d'eau ordinaire, le papier sensible ne se colore pas. Il ne suffit donc pas qu'il y ait action simultanée de l'air, de la vapeur d'eau et de la lumière sur le papier pour que celui-ci se colore ; mais il faut encore une action chimique donnant naissance à l'électricité, phénomène qui se produit au moment où l'eau se sépare des sels qu'elle tient en dissolution, et dont la manifestation est évidemment favorisée par la lumière solaire ; si cette condition manque, l'air ne s'électrise pas, et le papier ozonoscopique n'éprouve point de réaction. » (*Commission précédemment nommée.*)

Chimie organique. — *Résultats d'expériences ayant pour but de déterminer l'action des corps organiques sur l'oxygène*, par M. *L. Phipson*. — L'oxygène se transforme en ozone sous une foule d'influences : quand ce gaz abandonne une combinaison quelconque, il est à l'état d'ozone au moment où il est *naissant*, qu'il soit dégagé de la combinaison en question au moyen de l'électricité ou par tout autre moyen.

Il est à l'état d'ozone *au moment où il se combine*, et cela est surtout remarquable quand il s'agit des corps organiques.

L'auteur a constaté que non-seulement les corps azotés, mais aussi les corps ternaires neutres et différents hydrogènes carbonés, transforment l'oxygène en ozone au moment où ils commencent à subir une altération. Parmi les corps ternaires et binaires, l'amidon, le sucre liquide, l'éther et l'alcool, les essences d'amande amère, de cannelle, de citron, de cumin, de térébenthine brute, le baume de Pérou, les huiles fixes et les graisses, ont été soumis à l'expérience. M. *Phipson* a été forcément amené à conclure que toutes les fois que l'oxygène réagit sur un corps organique, ce gaz est à l'état d'ozone. La lumière paraît avoir une influence sur les phénomènes observés. (*Commission nommée pour le mémoire de M. Cloëz.*)

Chimie météorologique; ozone. — *Sur la production de l'acide azotique*, par M. *S. de Luca*. — L'auteur a voulu savoir si l'oxygène qui se dégage des feuilles des plantes par l'action de la lumière solaire, ou l'air qui environne les plantes en végétation, présentaient les propriétés de l'ozone.

Il n'a pas obtenu de résultats concordants dans un grand nombre d'essais et d'expériences faites avec des feuilles détachées ou non détachées de différentes plantes, ou avec des plantes entières ou au voisinage d'une abondante végétation; presque toujours le papier de tournesol se décolore, mais le papier amidonné et ioduré ne prend une teinte bleue que dans certains cas. Ainsi, avec plusieurs plantes de la famille des Cactus, le papier amido-ioduré ne se colore pas ; il se colore quelquefois par l'action de la lumière en présence des feuilles vertes des plantes herbacées, plus rarement avec les feuilles des rosiers, fréquemment au contact ou au voisinage du gazon, et très rarement dans un endroit habité.

Ne pouvant tirer avec certitude aucune conclusion de ces résultats, et le papier ozonométrique étant un réactif très infidèle et susceptible de se colorer sous les influences les plus diverses, M. de Luca a voulu faire des expériences comparatives entre l'air qui environne un assez grand nombre de plantes tenues dans une serre chaude, et l'air libre de l'atmosphère dans un endroit éloigné de la végétation. Au moyen d'un aspirateur de 140 litres, il a fait passer lentement l'air pendant le jour, d'abord dans deux tubes de verre remplis de coton cardé, puis dans l'acide sulfurique, ensuite sur du potassium et du sodium, et enfin dans des solutions étendues de potasse pure et de soude. L'auteur a constaté ains la présence de l'ammoniaque dans l'acide sulfurique de chaque appareil. Cette ammoniaque provenait évidemment de l'atmosphère. Mais la présence de la plus petite quantité d'acide azotique n'a pu être constatée dans les solutions de potasse et de soude et dans les liqueurs provenant du potassium et du sodium.

Les faits observés montrent que les solutions alcalines ne produisent pas d'azotates, pendant le jour, avec un courant d'air contenant de l'ammoniaque, lorsque ce courant a lieu loin de la végétation des plantes et qu'au contraire l'air d'une serre chaude, où végètent un grand nombre de plantes de toute nature, produit des azotates avec les solutions alcalines, même après avoir traversé l'acide sulfurique et s'être ainsi débarrassé de l'ammoniaque. Les phénomènes d'oxydation que l'ozone peut produire ne sont pas rares, et l'on sait quel parti on peut tirer pour l'analyse chimique de l'essence de térébenthine ozonisée, de l'ozone qui se produit pendant la combustion de l'éther au contact du platine, etc. On sait d'ailleurs que dans le sang de l'économie animale il se forme de l'urée, et M. Béchamp a montré que ce corps se produit artificiellement par l'oxydation des substances albuminoïdes au moyen du permanganate de potasse.

Il n'est pas improbable que l'oxygène de l'air introduit dans l'économie par le phénomène de la respiration et retenu condensé ou modifié par les globules du sang en présence d'une matière alcaline, s'y trouve, au moins en partie, à l'état d'ozone, comme

l'oxygène dissous dans l'essence de térébenthine et par conséquent en état de produire les mêmes phénomènes d'oxydation. Ces vues trouvent un appui dans quelques expériences faites avec du permanganate de potasse, dont l'oxygène dégagé par l'acide sulfurique présente les propriétés de l'ozone, même d'une basse température, et dans les dernières recherches de M. Schœnbein relatives à la propriété que présente le suc de certains champignons de transformer l'oxygène en ozone. (*Commission nommée pour le mémoire de M. Cloëz.*)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Présence du fluor dans le sang*, par M. *J. Nicklès*. — Ayant constaté la présence du fluor dans les os, l'auteur a recherché ce principe dans le sang, seule voie par où il ait pu arriver jusqu'au tissu osseux. Il l'y a trouvé en proportion notable, non-seulement dans le sang humain, mais encore dans plusieurs mammifères (porc, mouton, bœuf, chien) et de plusieurs oiseaux (dindon, canard, oie, poulet).

Des résultats si concordants infirment cette opinion de Berzelius, suivant laquelle la présence du fluor dans les os est purement accidentelle et en tout cas n'est pas nécessaire. D'ailleurs, il y a du fluor dans la bile, dans l'albumine de l'œuf, dans la salive, dans l'urine, dans les cheveux ; il y en a dans les poils d'animaux (bœuf, vache et veau) ; en un mot, l'organisme animal est pénétré de fluor ; on peut s'attendre à le trouver dans tous les liquides qui l'imprègnent.

NOMINATION. — M. *de Quatrefages* est nommé, à la place de feu *Magendie*, membre d'une commission chargée de l'examen d'un mémoire de M. *Fock* sur les proportions du corps humain.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Corse et du Lot, en 1855. — *b*. Un rapport du docteur *Valat* (d'Autun), sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné à Auxy en 1856. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une série de questions relatives à la vaccine, posées par le président du département sanitaire du royaume britannique, et transmises au ministre du commerce, avec prière de solliciter de l'Académie de médecine, les réponses que comportent ces questions. — *d*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Yonne. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. L'état des vaccinations pratiquées gratuitement à Bayonne en 1856, par M. le docteur *Hourselle*. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Une notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiées du voile du palais, et leur traitement par la dissolution, par M. le docteur *Anselmier*. (M. Ségalas, *rapporteur.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Bartoletti*, secrétaire général de la Société impériale de médecine de Constantinople, qui transmet à l'Académie deux exemplaires du compte rendu de la discussion qui a eu lieu au sein de la Société, sur le typhus observé dans les armées pendant la guerre d'Orient. — *d*. Un mémoire intitulé : Observations cliniques faisant connaître l'action et les résultats thérapeutiques obtenus par les eaux thermo-minérales alcalines de Vichy, dans les diverses maladies, en précisant les cas de leur application; par M. le docteur *Barthez*, médecin en chef de l'hôpital thermal et militaire de Vichy. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une note de M. *Robiquet* en réponse à la réclamation de priorité élevée par M. *Berthé*, au sujet de quelques points de son dernier mémoire sur la codéine. (*Commission nommée.*) — *f*. Une note sur un esthésimètre, nouvel instrument pour mesurer la sensibilité, par M. *Burq*. (M. Beau, *rapporteur.*) — *g*. Une lettre de M. *Leroy* (d'Étiolles), relative au traitement de l'hydropisie de l'ovaire par la canule laissée à demeure. — *h*. Un paquet cacheté, déposé par M. *Beau*, membre de l'Académie.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Huguier*, après avoir insisté sur l'importance de cette discussion, et résumé sommairement les doctrines formulées par MM. Velpeau, Jobert, Trousseau, Moreau, Gimelle et Cruveilhier, s'applique à limiter le nombre des cas où l'expectation, préconisée par M. Moreau, est applicable aux kystes ovariques; puis il discute successivement les questions suivantes :

1° A quel âge succombent ordinairement les personnes atteintes d'hydropisie de l'ovaire, abandonnées à elles-mêmes? Quels sont les accidents auxquels elles sont exposées?

Ici je distinguerai deux catégories : dans la première, je placerai toutes les femmes atteintes de quarante-cinq à cinquante ans, chez lesquelles la fonction génératrice est terminée : chez ces malades, la marche de l'affection est ordinairement très lente ; le chirurgien doit respecter les tumeurs qu'elles portent, à moins d'une absolue nécessité, ce qui se présente encore trop souvent. La deuxième catégorie comprendra toutes les femmes atteintes vers l'âge de vingt à quarante ans et au-dessus : celles-là succombent, en général, entre trente et quarante-cinq ans, et plus la maladie les a frappées jeunes moins elles ont de chances en leur faveur. Les femmes de cette catégorie sont sujettes à mille incommodités, à la stérilité; exposées à la péritonite, à la suppuration du kyste, à l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, à la métrorrhagie, à l'avortement, à l'accouchement impossible ou difficile, comme j'en ai vu un exemple avec M. Depaul. Elles meurent à la suite des accidents graves, généraux ou locaux, qu'entraîne le développement énorme et rapide de la tumeur. Pour ces malades l'art doit intervenir.

2° L'inefficacité de la thérapeutique médicale, la longue durée de la maladie et ses divers modes de terminaison spontanée justifient-elles l'utilité de l'intervention chirurgicale? Oui. Les quelques cas de guérison à la suite de rupture de la tumeur, soit au dehors, soit dans une des cavités naturelles, ne font que démontrer l'opportunité d'une évacuation chirurgicale. Mais ce n'est pas à dire qu'il faille opérer indistinctement tous les kystes ovariques.

L'étude clinique et anatomo-pathologique montre encore mieux l'utilité de l'intervention chirurgicale. Tant que la science du diagnostic ne sera pas plus avancée, on confondra toujours une foule de kystes formés autour de l'ovaire avec ceux de cet organe : les kystes séreux et les kystes embryonnaires des ligaments larges, les kystes péri-utérins, développés sous la membrane cellulo-fibreuse qui entoure l'utérus, même les kystes interstitiels de la matrice, quand ils ont acquis un grand volume (l'orateur montre un dessin représentant un kyste de ce genre), les kystes du corps de Wolff ou de l'organe de Rosenmüller, certaines hydropisies enkystées du péritoine pelvien. Toutes ces poches, se rapprochant des membranes séreuses par leur organisation, peuvent être facilement oblitérées par l'injection iodée, conformément aux remarques de M. Velpeau et de M. Cruveilhier. C'est probablement un de ces kystes extra-ovariques qu'Auguste Bérard croyait avoir guéri par l'acupuncture.

Les kystes ovariques proprement dits sont de plusieurs espèces : 1° ceux qui se développent dans les vésicules de Graaf : ce sont les plus communs et les plus difficiles à guérir, à cause de l'analogie de leur structure avec celle des muqueuses; 2° ceux qui se développent dans la trame celluleuse qui réunit les vésicules : ce sont des kystes séreux ou séro-sanguins; 3° les kystes hydatiques; 4° les kystes purulents à marche chronique; 5° les kystes embryonnaires. Ces quatre dernières espèces sont susceptibles de guérir facilement.

La distinction clinique entre ces divers kystes étant le plus souvent impossible, si vous enveloppez dans la même proscription l'action chirurgicale employée à ces tumeurs, que l'on réunit sous le nom de kystes de l'ovaire, vous priverez un grand nombre de femmes des secours de l'art, et les vouerez à une foule d'accidents, ainsi qu'à une mort certaine, que souvent vous eussiez pu conjurer.

Quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés? 1° Tous ceux qui se manifestent vers l'âge de cinquante ans et au delà. Cependant MM. Boinet et Monod ont opéré avec succès des femmes âgées de plus de soixante ans. 2° Ceux qui, chez des femmes moins âgées, ne font plus de progrès et ne causent aucun trouble fonctionnel. 3° Les kystes multiples, aréolaires, multiloculaires, si surtout ils ont un grand volume. Je vois que, dans sept cas de mort, quatre appartenaient à des kystes multiloculaires. La mort n'a pas ordinairement lieu par péritonite, mais bien par infection purulente ou putride, par épuisement graduel, conséquences de la suppuration et de la mortification lente du kyste. C'est ce que j'ai observé dans deux cas où, à la vérité, les injections iodées n'avaient pas été pratiquées. Cependant des guérisons de kystes multilocu-

laires ont été obtenues par MM. Boinet, Monod et Demarquay. 4° Les kystes très volumineux, dont les larges adhérences avec les viscères supérieurs ou les parois de l'abdomen s'opposent à la rétraction et à l'oblitération. 5° Les kystes développés chez des personnes très faibles, entachées d'un vice général; ceux compliqués de lésions organiques de l'ovaire ou de l'utérus, à moins de nécessité, témoin la malade dont M. Malgaigne et moi avons déjà parlé.

Nous pensons qu'au contraire on devra opérer: 1° Tous les kystes qui existent chez des femmes jeunes et leur causent des incommodités sérieuses ou des accidents. Rappelez-vous les malades citées par M. Gimelle, M. Jobert, M. Trousseau et M. Cruveilhier. 2° Les kystes qui, sans causer actuellement d'accidents, ont un accroissement rapide et continuel. 3° Ceux dont les parois ne paraissent pas trop épaisses, qui sont sans inégalités, sans bosselures, sans adhérences très étendues avec les viscères; ceux dont le contenu est mobile, peu épais et d'apparence séreuse. 4° On devra ponctionner et injecter de teinture iodée tous les kystes qui, après plusieurs ponctions de nécessité, s'enflamment et suppurent, afin de prévenir ou d'arrêter l'intoxication purulente.

Examinons maintenant les méthodes et les procédés.

L'incision de la paroi abdominale et du kyste a été abandonnée par ses inventeurs eux-mêmes. En prenant la précaution de faire adhérer le kyste et la paroi abdominale, quelques praticiens de nos jours ont évité l'épanchement du liquide, la péritonite, mais nullement l'inflammation ou la gangrène du kyste, l'infection purulente ou putride. Cependant j'ai obtenu trois succès à l'aide de l'incision pratiquée par le vagin et suivie d'injections iodées.

La ponction simple, pratiquée une seule fois et par le vagin, m'a fourni un cas de guérison complète chez une femme de vingt-cinq ans affectée d'un kyste contenant près d'un litre de liquide opaque, filant et brun clair. Il n'y eut ni fièvre, ni réaction inflammatoire.

Quant à la ponction simple répétée, je ne l'ai jamais vue être suivie d'accidents, quand elle était faite d'une manière convenable et dans des conditions opportunes.

Les trois faits cités par M. Cruveilhier sont des exceptions. On peut ajouter que l'opération a été retardée jusqu'au moment où des accidents sérieux ont forcé le médecin de la pratiquer, condition éminemment défavorable; qu'en outre, dans un de ces cas, il y eut des pressions et des manœuvres capables d'amener des accidents.

En définitive, quand on doit opérer un kyste ovarique, la ponction simple doit d'abord être employée, soit comme opération évacuative, soit comme premier temps d'une opération plus complexe, si la maladie récidive.

La ponction avec canule à demeure ne nous paraît convenable que pour les kystes primitivement purulents, pour ceux qui suppurent après une ou plusieurs ponctions, pour les kystes multiloculaires, qui, par une erreur de diagnostic souvent inévitable, ont été pris pour des kystes uniloculaires.

La méthode des injections iodées est suffisamment justifiée par les faits avantageux rapportés par MM. Boinet, Jobert, Velpeau, Cazeaux, Cruveilhier, Gimelle, Nélaton, Monod et Demarquay. M. Moreau la repousse par pur sentiment; M. Trousseau, à cause des récidives; et cependant la récidive est la règle après la ponction simple, que M. Trousseau approuve; il la rejette aussi parce qu'elle l'effraie; et cependant je ne vois rien dans cette opération ni dans ses suites qui la rende effrayante.

Sur neuf opérations de ce genre que j'ai pratiquées, je n'ai eu à déplorer aucun décès. Une seule malade a eu une péritonite grave, dont elle a guéri; deux autres ont eu des récidives, après deux ponctions et une injection. Cinq ont guéri sans accidents sérieux, deux avaient des kystes embryonnaires, les trois autres des kystes séreux simples. La neuvième malade est celle dont M. Malgaigne et moi avons parlé dans la dernière séance. Opérée d'abord, presque mourante, le 19 avril 1855, cette malade, qui portait en même temps une énorme tumeur fibreuse de l'utérus, présente bientôt les signes de l'inflammation du kyste et de l'infection putride. Une seconde ponction fut pratiquée le 12 mai : elle donna six litres de pus; une canule fut laissée à demeure; des injections iodées furent pratiquées tous les jours, et les accidents cessèrent. Aujourd'hui la tumeur fibreuse a un peu diminué; quant au kyste, il n'admet pas plus de trois ou quatre cuillerées de liquide.

En résumé, les injections iodées, dans les kystes de l'ovaire, sont propres, dans un grand nombre de cas, à amener la guérison de cette affection; non-seulement, le plus souvent, elles ne sont pas suivies d'accidents, mais elles font le plus ordinairement cesser, comme par enchantement, les accidents inflammatoires et d'intoxication purulente. Je demeure convaincu que l'on aurait encore plus de succès à citer, si l'on n'eût pas attendu, pour opérer, que les malades eussent déjà un pied dans la tombe.

Voici les objections sérieuses qui ont été faites à la méthode des injections :

1° Les cas d'insuccès que l'on cache l'emportent probablement sur les succès que l'on publie; 2° il est impossible d'obtenir le retrait d'une poche trop volumineuse; 3° une injection irritante dans un grand kyste expose à une inflammation grave, soit de la tumeur, soit du péritoine ou de l'utérus; 4° si le kyste n'est pas adhérent, on lèse le péritoine en deux ou même quatre points, quand il y a adhérence du grand épiploon avec la partie antérieure du kyste; 5° on peut blesser des vaisseaux importants; 6° on aura affaibli la paroi du kyste dans le point ponctionné, et plus tard, si la tumeur se reproduit, elle pourra se rompre dans ce point, sous l'influence du plus léger effort, d'où une péritonite mortelle; 7° si la poche suppure, les liquides, stationnant dans la partie la plus déclive, s'altèrent, et il y a danger d'infection purulente ou putride; 8° si c'est un kyste aréolaire ou multiloculaire, la fonte purulente, le ramollissement putride ou la gangrène se manifesteront dans les parois et les cloisons du kyste. L'orateur, après avoir démontré que ces objections sont plus spécieuses que solides, expose les avantages de la ponction pratiquée par le vagin. En ouvrant, dit-il, la partie la plus déclive de la tumeur, on évite la stagnation des liquides. Si la plaie demeure fistuleuse, si le kyste, ayant récidivé, vient à se rompre, l'écoulement aura lieu sans danger par le vagin. De plus, on s'expose moins à blesser les vaisseaux du kyste, qui arrivent à cette poche par sa partie externe. La ponction par le vagin ne produit pas de ces adhérences qui fixent le kyste et l'empêchent de se rétracter. Je ne l'ai jamais vue suivie de péritonite. M. Ricord s'est également bien trouvé de ce mode opératoire chez une malade qui n'avait pu être guérie par la ponction abdominale. C'est aussi par cette voie qu'il faudra pratiquer les ponctions exploratrices.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure : 1° que les kystes de l'ovaire ne sont pas des affections aussi bénignes qu'on le pense généralement; que ce sont, au contraire, des affections fort graves dans un grand nombre de circonstances; 2° que c'est une erreur de penser que, dans la majorité des cas, la vie se prolonge jusqu'à un âge avancé : plus la femme est jeune, plus vite elle succombe. 3° Les kystes uniloculaires sans altération organique de leurs parois, qui contiennent un liquide séreux, séro-sanguinolent ou albumineux; ceux qui ont pour point de départ une grossesse extra-utérine, les kystes purulents, sont ceux dont on obtient le plus facilement la guérison. 4° Il ne faut pas toucher aux kystes aréolaires et multiloculaires, à moins que très peu volumineux ils ne causent déjà de grandes incommodités ou des souffrances. On a alors la chance d'éviter les graves accidents que leur traitement chirurgical détermine ordinairement lorsqu'ils sont volumineux. 5° Le moment opportun pour opérer est celui où le kyste, n'ayant pas encore acquis un grand volume, commence à faire souffrir la malade ou à exercer une fâcheuse réaction sur les fonctions. 6° L'emploi d'une seule méthode réussit rarement : souvent il faut les combiner. 7° Parmi les injections, les iodées sont celles qui réussissent le plus souvent, qui sont le moins suivies d'accidents, et qui mettent le plus sûrement à l'abri de l'infection purulente. 8° On devra, autant que possible, attaquer le kyste par le vagin, plutôt que par la paroi abdominale.

M. *Robert*. Au point où en est arrivée cette discussion, ce que l'Académie doit le plus désirer de connaître, ce sont des faits : aussi me bornerai-je à dire ce que l'observation m'a appris sur le trai-

tement de ces kystes, et plus spécialement sur les effets des injections iodées.

La première et la plus simple des opérations que l'on pratique sur les kystes ovariques, c'est la ponction suivie de l'évacuation d'une partie ou de la totalité du liquide contenu dans le kyste.

Le manuel opératoire n'offre rien qui mérite ici d'être mentionné. Cependant, pour éviter l'écoulement du liquide dans le péritoine, je dirai qu'il faut exercer une pression constante sur la paroi de l'abdomen pendant toute la durée de l'opération et après elle, de manière qu'elle soit toujours exactement appliquée sur le kyste. On doit même la continuer au moyen d'un bandage convenable pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'on suppose les adhérences établies. Il est, en outre, de la plus haute importance de laisser pendant plusieurs jours les malades au repos et dans la plus stricte immobilité.

Mais, malgré toutes les précautions, il se manifeste quelquefois, peu d'heures après l'opération, des signes peu graves de péritonite partielle autour de la piqûre.

La ponction des kystes ovariques est le préliminaire obligé de tout traitement chirurgical; elle complète le diagnostic toujours plus ou moins incertain lorsque les tumeurs n'ont été soumises qu'aux moyens ordinaires d'investigation. Elle nous fait connaître la nature du liquide contenu dans le kyste; elle révèle la disposition intérieure de la tumeur et elle permet au chirurgien d'explorer les parois mêmes du kyste, d'en apprécier l'épaisseur, la consistance; elle permet aussi de reconnaître les tissus qui l'environnent, et de constater la présence de masses fibreuses qui souvent lui sont associées.

Quelquefois la ponction seule suivie de l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur suffit pour amener la guérison, ainsi que j'en ai vu un exemple en 1849 à l'hôpital Beaujon.

La ponction simple du kyste de l'ovaire est ordinairement suivie de la reproduction plus ou moins prompte du liquide. Mais on peut y revenir à titre de palliatif aussi souvent que cela est nécessaire, et il est à signaler que l'organisme s'habitue d'une manière remarquable à ces opérations, que l'on peut ainsi répéter un très grand nombre de fois.

Enfin la ponction est le premier temps d'une opération complexe ayant pour but la guérison radicale. Or, deux méthodes peuvent être employées pour obtenir cette guérison. La première consiste à ouvrir le kyste et à en provoquer la suppuration, de manière à obtenir la formation de bourgeons charnus et la cicatrisation, comme dans les plaies suppurantes. La seconde, au contraire, laisse au kyste son caractère de cavité close; la suppuration, loin d'être un but qu'on cherche à atteindre, est au contraire un accident redoutable qu'il importe de prévenir.

Quel que soit le procédé que l'on met en usage pour obtenir l'ouverture permanente et la suppuration d'un kyste de l'ovaire, la cavité ovarienne ainsi mise en contact permanent avec l'air atmosphérique perd ses caractères de cavité close; une inflammation violente ne tarde pas à s'y manifester; la suppuration qui en résulte devient promptement très fétide et donne lieu à des symptômes de résorption et d'intoxication putride. L'idée d'employer les injections iodées dans ces cas graves s'est naturellement présentée à l'esprit des praticiens qui connaissaient les propriétés antiputrides de cet agent, et les modifications qu'il imprime aux surfaces suppurantes. En 1850, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'y recourir; mais malgré les résultats heureux qu'elles m'ont promis d'abord, je n'ai pas eu le bonheur de guérir et de sauver mes malades. Voici le résumé des trois observations rapportées par M. Robert :

1° Femme de cinquante-cinq ans. Kyste comme la tête d'un fœtus à terme. Ponction : trois litres de liquide couleur chocolat. Canule laissée à demeure. Quatorze jours après l'opération, frissons. Liquide épais, grisâtre, extrêmement fétide. Injections d'eau chlorurée. Accidents d'intoxication putride. Injections iodées pendant neuf jours. Amendement des symptômes généraux et locaux. Vaines tentatives pour obtenir l'oblitération du kyste. La malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant, mais conservant une fistule ovarique avec canule à demeure. Elle succomba quelques mois après dans le marasme.

2° Femme de quarante ans. Kyste volumineux. Ponction : dix litres d'un liquide séro-purulent. La canule est retirée. Dix jours après, nouvelle ponction : dix litres de pus. Injection iodée; canule à demeure pendant quatre jours. Seize jours après, troisième ponction. Dix-sept jours après, quatrième ponction : sérosité trouble. Canule à demeure. Injections iodées. Marasme. Mort.

A l'*autopsie :* Kyste volumineux, cloisonné, à poches communicantes, remplies de pus mêlé de teinture d'iode.

3° Jeune fille de dix-sept ans. Ponction : deux litres de liquide filant. Ponction renouvelée tous les deux jours. Enfin, canule à demeure, retirée plus tard par la malade. Nouvelle ponction. Liquide séreux d'abord, puis purulent et fétide. Injections chlorurées sans résultats. Injections iodées : diminution du kyste et de la suppuration. A la suite d'un refroidissement, le kyste s'enflamme et la malade meurt.

A l'*autopsie :* Kyste à parois épaisses. Inflammation diffuse du péritoine.

Dans ces trois faits, on voit que si l'iode a pu modifier la nature du pus et arrêter la marche de l'infection putride, il a été impuissant pour amener le retrait de la membrane pyogénique, et n'a pas empêché les malades de succomber.

Du reste, ils ne sont pas les seuls que possède aujourd'hui la science; et il est à ma connaissance que dans plusieurs cas semblables les résultats n'ont pas été plus heureux ; et l'observation elle-même que M. Barth a lue à l'Académie dépose contre la méthode qui consiste à laisser une canule à demeure, puisque, malgré ses efforts persévérants, il n'a pu parvenir à obtenir la guérison.

Mais il y a plus, il résulte d'un fait dont je dois la connaissance à M. le docteur Briquet, que la teinture d'iode peut se combiner avec les produits albumineux déposés dans l'intérieur du kyste ou à sa face interne, et transformer ceux-ci en lames compactes, d'une densité que M. Briquet compare à celle du cuir, et qui s'opposent invinciblement à tout travail d'adhésion.

L'auteur de l'*iodothérapie*, en rapportant les observations qui me sont propres, prétend que l'iode n'a point été convenablement employé, et que sa méthode eût produit de plus heureux résultats. A cela, je répondrai que ce mode opératoire, mis en usage par M. Boinet, à l'hôpital de la Charité, sous les yeux de M. Briquet, a produit de fâcheux résultats, ainsi que l'affirmait, il y a peu de jours encore, cet honorable et savant confrère.

Ainsi, la méthode qui consiste à ponctionner les kystes de l'ovaire et à maintenir l'ouverture béante en y laissant une canule à demeure, doit être abandonnée et réservée seulement pour quelques cas exceptionnels. Tel serait, par exemple, celui dont M. Huguier a entretenu l'Académie.

Dans quelques cas rares où les kystes ovariques seraient facilement accessibles par le vagin, peut-être serait-il possible de ponctionner la tumeur par cette voie. L'ouverture étant déclive, on pourrait en espérer des résultats plus avantageux.

Il me reste maintenant à étudier la méthode qui consiste à vider le kyste de l'ovaire par une simple ponction immédiatement suivie d'une injection iodée.

Dans cette méthode, la suppuration, loin d'être le but de l'opération, est, au contraire, un accident redoutable que l'on doit éviter avant tout.

Ce qui me paraît résulter des faits qui me sont propres et de ceux dont j'ai eu connaissance, c'est que l'injection iodée ne produit pas, en général, d'inflammation vive sur les parois de la cavité kystique; mais une portion du liquide contenu dans celle-ci, mélangée avec une certaine quantité de solution iodée, peut s'échapper par la piqûre du trocart après qu'on a retiré la canule, s'épancher dans le péritoine, et y causer une inflammation dangereuse.

C'est là, si je ne me trompe, l'accident que l'on a le plus à craindre à la suite de cette opération. Au lieu de la canule laissée à demeure, qui peut devenir le point de départ d'une inflammation pyogénique, je préfère maintenir la paroi abdominale exactement appliquée contre la poche ovarique au moyen d'une compression convenable; cette simple précaution m'a toujours suffi.

Il est inutile de chercher à faire sortir tout le liquide contenu dans la tumeur. Les pressions multipliées que nécessite cette ma-

nœuvre ont l'inconvénient de froisser le péritoine et les parois du kyste, et de les prédisposer aux inflammations. Après l'injection, j'ai l'habitude de laisser une certaine quantité du liquide injecté, suivant le précepte donné par M. Velpeau pour l'opération de l'hydrocèle.

Que se passe-t-il après l'opération? Mon expérience personnelle n'est pas suffisante pour l'établir d'une manière complète, puisque je n'ai eu que six fois l'occasion de pratiquer des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Sur ce nombre, je n'ai pas observé d'accidents graves; les phénomènes d'inflammation ont été très modérés, et je dois dire que le volume des kystes ne m'a pas paru avoir d'influence sur l'intensité des symptômes.

Lorsque l'opération doit échouer, l'épanchement se reproduit assez vite, et continue sa marche progressive.

L'insuccès d'une première opération n'est point une condition qui exclut la possibilité de la guérison radicale. On peut y revenir une ou plusieurs fois, pourvu que ce soit à de longs intervalles, et qu'on se soit assuré que la tumeur s'accroît de nouveau.

Dans les cas où la guérison doit avoir lieu, l'épanchement se reproduit peu de temps après l'opération, mais il est loin d'atteindre son volume primitif; puis, au bout de quelque temps, il prend une marche rétrograde.

Le travail de résorption est lent, et pendant très longtemps on sent encore de la fluctuation.

Mais que deviennent ultérieurement et définitivement ces kystes? S'oblitèrent-ils complétement ou bien conservent-ils une cavité? Parmi les malades que j'ai opérées et que j'ai eu occasion de suivre, je n'ai pas encore observé une disparition complète de la tumeur; cependant j'admets qu'il puisse en être ainsi, puisque plusieurs praticiens dignes de foi disent l'avoir constaté.

Du reste, on aurait tort d'admettre que l'oblitération des kystes de l'ovaire soit la condition unique et exclusive de leur guérison. L'iode possède une propriété remarquable, c'est celle d'agir comme simple modificateur des surfaces altérées, de manière à y rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, ainsi que l'ont établi MM. Abeille et Hutin, et que j'ai eu occasion de le constater moi-même pour des cas d'hydarthroses traitées par les injections iodées.

Il est donc aujourd'hui bien démontré que les kystes de l'ovaire peuvent être guéris par la ponction suivie de l'injection iodée. C'est là un progrès réel de la chirurgie moderne, puisque, il y a peu d'années encore, ces tumeurs étaient considérées comme n'étant susceptibles que d'un traitement palliatif.

Toutefois, pour l'apprécier exactement et lui assigner le rang qu'elle devrait occuper dans la pratique chirurgicale, nous aurions à résoudre deux questions : 1° celle de savoir si elle peut compromettre la vie, et dans quelle proportion; 2° celle d'établir le chiffre des guérisons.

Il est impossible de supposer qu'une opération, dont le foyer est souvent très étendu, très rapproché du péritoine, ne soit pas sérieuse et de nature à provoquer des accidents fâcheux. Nous savons qu'il y a eu des revers; mais malheureusement ils n'ont pas tous été enregistrés, et cependant comment avoir des données précises, si l'on ne procède pas par la statistique?

Une question non moins importante que la précédente consiste à savoir dans quelle proportion les injections iodées produisent la guérison. Or, sur ce point, nos documents sont encore moins explicites que sur le précédent. Sur les six cas qui me sont propres, la maladie s'est reproduite deux fois.

Tout ce que l'on sait, et c'est déjà un résultat assez important, c'est que la nature du liquide contenu dans les kystes influe puissamment sur les chances de succès.

Telle est aujourd'hui l'unique solution possible aux diverses questions que nous avons posées.

Quoi qu'il en soit de ces incertitudes que le temps ne manquera pas de dissiper, on peut dire déjà que, dans l'état actuel de la science, l'intervention de la chirurgie à titre de moyen curatif est admissible dans le traitement des kystes de l'ovaire, et que la méthode qui consiste à ponctionner la tumeur et à y faire une injection iodée est celle que l'on doit préférer.

Mais à quelle époque convient-il d'agir?

Certes personne ne conseillera d'attendre que les kystes aient atteint un volume énorme, et tel qu'il en résulte un trouble notable dans les fonctions des viscères de la poitrine ou du ventre. Mais, d'un autre côté, quel est le praticien prudent qui osera porter la main sur une tumeur récente, d'un petit volume, dont l'accroissement est à peine sensible, et qui n'amène aucun dérangement dans la santé de la femme?

Pour moi, je n'admets l'opportunité de l'opération que dans les cas où il s'agit d'un kyste déjà volumineux, ou en voie d'accroissement assez rapide, de telle sorte qu'on puisse dire que dans un temps peu éloigné il deviendra la source d'incommodités graves.

—A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Maladies produites par l'excès de chaleur, par M. C.-F. Moore.

Après l'article que nous avons publié dans le n° 44 (p. 781), nous ne reviendrons pas longuement sur ce sujet. Nous nous bornerons à donner une idée générale du travail de M. Moore, qui vient tout à fait à l'appui des remarques que nous avons émises nous-même relativement à l'existence, dans les pays chauds, d'une fièvre non identique avec la fièvre rémittente proprement dite, vraisemblablement due à l'action isolée d'une chaleur excessive, et non à l'action combinée des éléments climatériques.

L'auteur commence par rapporter quelques observations dans lesquelles le rapport de succession entre l'exposition à l'influence directe des rayons solaires et le développement des accidents fébriles a été tellement direct, on pourrait presque dire tellement immédiat, qu'il est difficile de ne pas y reconnaître une relation de causalité. Il rappelle que des confrères, familiarisés avec les maladies des pays chauds, lui ont affirmé avoir vu des fièvres du même genre se développer en mer (à l'abri conséquemment des autres conditions climatériques des pays chauds · miasmes, humidité, etc.), sous l'action d'une température excessive, mais sans exposition aux rayons solaires. Il cite le passage suivant du docteur Dick, inséré dans les *Commentaires* de Duncan (1785) : « Les hommes (exposés aux rayons solaires dans l'Inde) se plaignent du mal de tête, de soif, d'étouffement; *en peu de minutes* il survient des vertiges, des vomissements bilieux; ils tombent sans respiration, sont pris de coma, et, à moins d'un secours immédiat, la face se gonfle et devient noire; le pouls, qui était d'abord plein et vif, faiblit, et la mort arrive après quelques efforts pénibles de respiration. En les emportant à l'ombre d'un arbre, en les saignant largement et à temps, en leur donnant un peu d'eau, on les guérit généralement, etc. » Ce tableau, il est vrai, n'est pas celui d'une forme pyrétologique, mais bien d'un *coup de soleil* porté au plus haut degré, et ce n'est pas cet ensemble d'accidents que, sous le nom d'*insolation*, certains auteurs veulent assimiler à la fièvre rémittente. Mais on se rappelle que les partisans de l'opinion contraire, c'est-à-dire ceux qui admettent l'existence indépendante d'une fièvre d'insolation, se fondent précisément sur ce brusque début que rappelle le passage précité, et aussi sur la forme *asphyxique* de ce début, qui est si évidente dans la description de Dick, et qui concorde parfaitement avec les ecchymoses pulmonaires généralement trouvées à l'autopsie. De sorte que, si l'on suppose atténués ces premiers effets de la cause morbigène, et si l'on y ajoute la série de symptômes qui leur succède fréquemment, symptômes plus ou moins analogues à ceux du *causus*, avec rémissions et exacerbations irrégulières, on aura en gros le tableau de la véritable *insolation* des médecins de l'Inde, plus analogue à la fièvre inflammatoire qu'à la fièvre bilieuse rémittente.

Au reste, ce qu'ils ont observé se voit aussi en Algérie, et le *coup de soleil* y a la même forme et parfois la même gravité que dans l'Inde. Il est dès lors présumable que, si la fièvre d'insolation est

une individualité morbide, une variété, si l'on veut, du *causus*, mais une variété distincte, on la rencontrera également en Afrique. Or, c'est ce qui nous paraît ressortir de l'ensemble de travaux des médecins d'Afrique. L'ouvrage de M. Armand lui-même (*L'Algérie médicale*), qui, dirigé principalement contre la doctrine de l'*intoxication miasmatique*, accorde à l'excès de température une grande influence sur la production des fièvres intermittentes et rémittentes, ne convainc pas que ce soit là le seul genre de fièvre qui puisse en provenir. (*Medical Times and Gazette*, n^{os} 293 et 330.)

Accidents produits par l'emploi des fuseaux de plomb des métiers à la Jacquart.

Le VIERTELJAHRSSCHRIFT publie sur des cas d'empoisonnement attribués à l'emploi des métiers Jacquart des détails dont l'intérêt s'accroît à nos yeux par l'analogie qu'ils présentent avec des faits qui ont eu chez nous quelque retentissement.

Plusieurs cas de colique de plomb, observés parmi les ouvriers canuts de la ville de Berlin avaient provoqué, de la part des autorités, une enquête dont les docteurs Sieber, Schultz et Perle avaient été chargés.

La commission s'étant assurée que les accidents n'avaient frappé que les ouvriers en étoffes façonnées, les seuls qui se servent des métiers à la Jacquart, a été amenée à soupçonner dans cet appareil quelque disposition particulière de nature à les provoquer.

En effet, l'inspection seule des métiers a fourni tout d'abord une explication satisfaisante : les fils innombrables destinés à former la trame de l'étoffe sont tendus par de petits cylindres de plomb de 12 à 15 centimètres de long, dont le nombre peut, dans de certaines étoffes très fines, s'élever jusqu'à 6,000, ce qui donne un poids d'environ 1 quintal.

Si l'on conçoit maintenant que, pendant le travail, tous ces fuseaux sont mis en mouvement, on s'explique sans peine, par le frottement continuel qu'ils exercent les uns sur les autres, la production d'une certaine quantité de poudre d'oxyde de plomb ou de plomb métallique dans un état de division tel qu'elle puisse être introduite dans l'économie par les voies respiratoires.

Dans cette présomption, la commission avait cru devoir prescrire les mesures suivantes :

1° Vernissage des cylindres dans les métiers actuellement en activité, avec recommandation de renouveler cette opération au moins de deux ans en deux ans ;

2° Substitution du fer au plomb dans les métiers à construire.

Cependant, des objections ayant été faites relativement à la substitution au plomb du fer ou de tout autre métal, on résolut, avant d'adopter les mesures conseillées, d'étendre l'enquête aux autres fabriques du pays. On s'adressa donc à Crefeld, à Elberfeld, à Brandenbourg, à Gladbach, etc., et l'on apprit, non sans quelque étonnement, que, dans aucune de ces manufactures, on n'avait eu à regretter d'accidents du genre de ceux qu'on attribuait aux métiers à la Jacquart, bien que l'usage en fût établi partout depuis longtemps.

En présence de ces contradictions, on se demanda s'il ne fallait pas chercher ailleurs la cause morbide, et si, par exemple, elle n'existerait pas dans les matières premières. Des informations prises et des observations faites à ce sujet, il résulta que quelques soies grèges, celles de Chine, par exemple, sont en effet mélangées d'une notable quantité de plomb destiné à en augmenter le poids, et que certaines qualités subissent même un apprêt qui consiste à les passer dans une solution saline de ce métal. Mais les premières sont ultérieurement soumises à un lavage qui en élimine tout le plomb à l'état de savon métallique, et les secondes sont exclusivement destinées à la couture ou à la confection de plusieurs étoffes rares et tout à fait exceptionnelles. D'ailleurs, il est démontré que les ouvriers employés à ces diverses opérations ne sont nullement atteints de l'affection mentionnée. Et puis, si la cause de la maladie résidait dans la soie elle-même, comment expliquer l'espèce d'élection dont sont exclusivement l'objet les ouvriers qui se servent des métiers à la Jacquart ? Comment expliquer l'immunité dont jouissent les fabriques de certaines localités ?

Sans aucun doute, c'est à l'usage des fuseaux de plomb qu'il convient d'attribuer les accidents produits, mais c'est à l'observation ou à la négligence des soins de propreté, et au bon ou mauvais état des appareils, qu'il faut demander compte des différences observées entre les diverses fabriques de telle ou telle ville.

En effet, dans les fabriques des localités où les accidents ont pris assez de fréquence et de gravité pour exciter l'attention de l'autorité, les métiers, d'ailleurs en mauvais état et dégageant en conséquence une plus grande quantité de poudre de plomb que dans des circonstances contraires, se trouvent placés sur un sol inégal, mal carrelé, quelquefois même sur la terre. Il se répand alors sur le sol, sans qu'on s'en aperçoive et sans qu'on puisse ni que l'on cherche à s'en débarrasser, des couches de plomb pulvérisé dont l'humidité atmosphérique favorise l'oxydation, et par suite la transformation en carbonate, qui, plus léger que le plomb lui-même, se dissémine avec d'autant plus de facilité sous l'influence des courants d'air.

Au contraire, dans les ateliers bien tenus, le sol sur lequel reposent les métiers étant recouvert d'un carrelage lisse et en bon état, la poussière dégagée par le frottement des cylindres y est aussitôt décelée par sa couleur noire, et un balayage en fait justice.

C'est donc moins dans une réforme médicale, d'ailleurs toujours difficile à obtenir, que dans un ensemble de précautions hygiéniques qu'il faut aller chercher un préservatif contre le danger signalé. Sans doute, il est à désirer que la substitution du fer au plomb s'effectue dans la confection des nouveaux métiers à construire ; mais, pour le moment, nous pensons, avec la commission berlinoise, qu'il serait suffisant d'exiger :

1° Le vernissage des cylindres de plomb des métiers actuellement en activité ;

2° L'introduction, sous chaque métier, d'un dessous mobile, par exemple d'une couverture de laine qui serait facilement enlevée et nettoyée chaque semaine.

Par ces deux moyens, qui tendent, l'un à s'opposer à la formation de la poussière toxique, l'autre à l'éliminer à mesure qu'elle se produit, il est plus que probable qu'on mettrait les ouvriers des métiers à la Jacquart à l'abri de tout accident. Nous sommes convaincu que c'est à des soins de cette nature que la ville de Rouen, l'une des plus éprouvées naguère, a dû l'amélioration sensible et croissante qui s'est manifestée depuis quelques années dans l'état sanitaire des ouvriers de ses fabriques. (*Vierteljahrsschrift für Gerichtliche und Oeffentliche Medicin*, IX Band, 2 Heft.)

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

DIE BRUSTORGANE DES MENSCHEN IN IHRER LAGE (Les organes de la poitrine de l'homme dans leur situation), par *H. Luschka*, gr. in-fol, en étui. Tubingue, chez Laupp. 24 fr.

ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN (Atlas des maladies de la peau). Texte par le professeur *F. Hebra*, planches par le docteur *A. Elfinger*. Publié par l'Académie des sciences, 1re livr., LUPUS, gr. in-fol. avec 10 planches. Vienne, chez Braumüller. 80 fr.

DIE KNOCHENGESCHWUELSTE IN ANATOM. UND PRAKT. BEZIEHUNG DARGESTELLT (Les tumeurs des os représentées au point de vue anatomique et pratique). 1re partie DIE EXOSTOSEN UND EXCHONDROME. gr. in-4°, cart, Bonn, chez Marcus. 13 fr. 50

LECTURES ON THE PRINCIPLES AND METHODS OF MEDICAL OBSERVATION AND RESEARCH (Leçons sur les principes et méthodes d'observation et de recherche en médecine), par *T. Laycock*, 8°, Edinburgh, chez Longman. 8 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Erratum. — N° 45, pag. 790, 1re col, lign. 8, au lieu de : engourdissement passager des bras, *lisez :* du bras.

Même pag., même col., 16^e lign. en remontant, au lieu de une douleur très vive, *lisez :* une rougeur.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 21 NOVEMBRE 1856. N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés, en date du 12 novembre 1856, M. ARAN, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris (3e section, — médecine proprement dite), est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de pathologie et de thérapeutique générale près la même Faculté pendant l'absence de M. ANDRAL, professeur titulaire légitimement empêché.

M. ROGER, agrégé libre, est rappelé pour trois ans à l'activité près la Faculté de médecine de Paris, et sera attaché à la 3e section (médecine proprement dite), en remplacement de M. HARDY, dont la démission est acceptée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 28 au 29 août 1856.

239. MESTIVIÉ, Jean-Vincent-de-Paul, né à St-Ciers-Lalande (Gironde). [*De la saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx.*]
240. LOISEAU, Charles, né à Limay (Seine-et-Oise). [*De la folie.*]
241. ARNAULT, Ernest-Jules, né à Cormery (Indre-et-Loire). [*De la fièvre typhoïde.*]
242. DE SCHACKE, Henri-Jean-Baptiste-Lucien, né à Château-Salins (Meurthe). [*Propositions diverses.*]
243. BISSIEU, Clément-Émile, né à Verneuil (Eure). [*Du siége anormal de l'embryon.*]
244. JOUSSELIN, Prosper-Louis, né à Château-Gontier (Mayenne). [*Des corps étrangers des articulations.*]
245. MARCONNET, Charles, né à Arleuf (Nièvre). [*Des vomiques.*]
246. CHAYRON, Octave, né à Libourne (Gironde). [*Des abcès du sinus maxillaire.*]
247. LHONNEUR, Maurice, né à Saint-Jouin-les-Marnes (Deux-Sèvres). [*De la kéloïde.*]
248. BLAQUIER, Joseph-Paul-Horace, né à Ouara (Mexique). [*Des douleurs dans la phthisie pulmonaire et de leur valeur au point de vue du diagnostic.*]
249.
250. LAMARCHE, Claude-Basile, né à Turcey (Côte-d'Or). [*De l'érysipèle salutaire.*]
251. DENOIX, Émile-Victor, né à Lieffians (Haute-Saône). [*Des kystes hydropiques de l'ovaire.*]
252. PANISSET, Louis-François, né à Oyonnat (Ain). [*De la maladie appelée* fièvre typhoïde.]
253. BOURDIN, Étienne-Paul, né à Vierzon (Cher). [*De la fièvre palustre en Sologne.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 20 novembre 1856.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Jamais rentrée de Faculté ne s'est faite plus paisiblement; jamais discours plus calme n'a orné ce genre de solennité; jamais diction plus mesurée et plus tranquille ne s'est appropriée à la placidité de la forme ; jamais les élèves n'ont été plus *sages* avant l'entrée des professeurs, car les cris de coq et les éternuments formidables, dont le poëte parlait certainement quand il a dit :

> Et le souffle de sa narine
> Résonnait comme l'aquilon,

sont infiniment préférables aux *poussées* traditionnelles. Tout enfin, dans cette séance, a été à la température du lieu, température moyenne, douce et agréable, qui, dans le désœuvrement de l'attente, faisait dire à un mauvais plaisant qu'on voyait bien qu'il y avait *Dubois* à la Faculté. L'oisiveté est mère de tous les vices.

M. Natalis Guillot a prononcé l'éloge de Requin. Son discours se distingue par un mérite qu'il est juste de faire ressortir. Le vice de la plupart des éloges, de ceux surtout qui défraient la rentrée de Facultés ou d'Académies, est de ne montrer, pour ainsi dire, que des figures découpées, sans ce *nécessaire* qu'on appelle en terme d'art les *accessoires*, sans fond de tableau, sans cadre; ce qui n'est pas le moyen de donner du relief à la personnalité, ce qui la dépouille même arbitrairement de l'intérêt qu'elle emprunte toujours plus ou moins à l'histoire de la science et aux institutions ; ce qui, enfin, engendre de toute nécessité la monotonie. M. Guillot s'est visiblement efforcé de se soustraire à cet ordinaire défaut du panégyrique. Sa digression sur l'ancienne Faculté, sa ferme défense des droits de la physique et de la chimie appliquées à

la médecine, son hommage au culte de l'observation, en sont les témoignages les plus saillants. Mais, usant à son égard de la même liberté qu'il a prise envers Requin, à qui il a dit quelques bonnes vérités, nous constaterons ce qui nous a paru être remarqué par tout le monde, à savoir que ces morceaux d'histoire et de philosophie manquent un peu de proportion et ne se relient pas avec le fond du discours par des transitions assez ménagées, assez naturelles. Le murmure qui s'est élevé au moment où l'orateur a passé d'une longue série de médecins du XVI^e et du XVII^e siècle, de Baillou, de Riolan, de Dodart à Requin, a dû l'avertir que son détour avait été trop long et que *la connaissance* que pouvait avoir Requin *de l'antique édifice au sein duquel il pénétrait avec le titre d'agrégé* n'était pas un motif suffisant pour promener l'auditeur dans tous les circuits de cet édifice. L'excellence de l'observation peut toujours être rappelée avec avantage devant un auditoire de jeunes gens; mais elle n'était pas mise en cause, par ce seul fait que Requin *ne se dissimulait pas les difficultés de son enseignement;* et cette remarque est d'autant plus justifiée, que Requin s'élevait lui-même contre les prétentions trop exclusives de l'observation. « Pour réaliser, écrivait-il, l'idéal d'un pathologiste, l'*art d'observer* n'est pas tout : il faut encore y joindre l'art de généraliser, l'art de déduire des conséquences, l'art d'établir des probabilités, et enfin l'art de la critique des témoignages (1). » C'est cette thèse, sur laquelle le regrettable professeur revenait fréquemment, que nous aurions voulu voir passer par la plume experte et l'esprit élevé de M. Guillot. En s'y attachant, il aurait eu au moins l'avantage d'écrire un chapitre de philosophie médicale, sans quitter un instant l'objet propre de son panégyrique.

Le passage que nous venons de considérer comme une digression disproportionnée est pourtant le seul que nous reproduisions ci-après, l'espace nous manquant pour mettre le discours entier sous les yeux du lecteur. Ainsi détaché, ce passage offre un tableau amusant et instructif de l'ancienne Faculté. Nous le donnons sans suppressions, bien que, pour notre part, nous en eussions volontiers retranché quelques expressions où se révèlent des intentions plaisantes qu'un succès de rire attendait inévitablement, — surtout relevées comme elles l'ont été par le débit — mais dont il nous a paru que le bon goût ne pouvait pas toujours s'arranger. Voici ce passage : A. DECHAMBRE.

« ..... M. Requin connaissait l'antique édifice au sein duquel il pénétrait avec le titre d'agrégé, et il avait vu dans l'histoire de la Faculté ce que ses annales offrent à la fois de grandeur et d'imperfection. Il savait tous les noms glorieux que nos sciences ont conservés. En fallait-il davantage pour l'entraîner vers l'enseignement, cette application la plus difficile et la plus élevée de l'intelligence humaine?

Si l'histoire de l'ancienne Faculté de Paris nous retrace les habitudes et les préjugés d'une puissante corporation, elle rappelle aussi la mémoire des savants qui nous précédèrent, et dont les efforts ont devancé et préparé les nôtres.

Malgré ses abus et ses fautes, la Faculté de médecine de Paris, grande par ses origines et son antiquité, le fut également par son amour sincère pour la science, par le sentiment profond qu'elle avait des devoirs du médecin. Elle aimait la jeunesse, comme nous l'aimons; et c'est à ses traditions que nous avons emprunté les liens de bienveillance et de sympathie qui établissent une sorte de parenté entre le maître et les élèves.

Arrêtons-nous un moment, messieurs, sur ce passé, et voyons ce qu'il fut, en considérant ce que nous sommes.

(1) Préface de son *Traité de pathologie interne.*

De nos jours, en sortant du collége, avec un peu de grec et de latin et un léger vernis de science, on est bachelier; qu'on y ajoute un certificat de *bonnes mœurs*, on a droit au titre d'étudiant en médecine.

En 1700, on était jeune étudiant à vingt-six ans ; on ne suivait alors les cours de la Faculté qu'avec le diplôme important de *maître ès arts*; diplôme qui indiquait une connaissance parfaite des langues, des lettres et de la philosophie.

Les trois grades nécessaires étaient le baccalauréat, précédé des études élémentaires; la licence, après les études supérieures; le doctorat, témoignage d'une instruction complétement perfectionnée.

Après trois années de travail et d'épreuves sévères, on devenait bachelier. Une nouvelle année et de nouveaux examens permettaient d'espérer et d'obtenir le baccalauréat émérite, et de solliciter de la Faculté les honneurs du *paranymphe.*

La cérémonie pompeuse du paranymphe faisait le bonheur de nos vieux maîtres et de leurs élèves ; tout le monde y prenait part dans l'École, et c'était un des grands jours de la Faculté.

Ce n'était pas un grade que le paranymphe, mais une très grande distinction que la Faculté accordait aux bacheliers émérites à la fin de leurs études élémentaires. Elle imposait aux candidats l'obligation de défendre des thèses publiques, comme on le fait de nos jours dans les concours de l'agrégation.

Quelques jours avant la cérémonie, les bacheliers émérites en costume, précédés des bedeaux et des appariteurs revêtus de leurs insignes et portant leurs masses, sortaient de l'École, traversaient Paris et se rendaient au parlement et chez tout ce qu'il y avait d'illustre à la cour ou dans l'armée, les invitant à honorer de leur présence l'acte important de la Faculté. Dans le cours de ces visites, visiteurs et visités parlaient la langue de Pline et de Celse : c'était l'usage; mais par exception *écrite aux statuts de l'École*, M. le prévôt des marchands et MM. les échevins de la ville de Paris écoutaient seuls une harangue en français. Ils avaient droit à ce privilége; mais on peut aussi supposer que c'était de la part de la Faculté une courtoisie *nécessaire.*

L'objet de cette cérémonie à laquelle on conviait tant de témoins était exprimé par la mystérieuse dénomination de *paranymphe;* nom étrange, qui signifiait, poétiquement, la première entrevue de l'adepte avec la nymphe de la science, sa fiancée, encore revêtue de sa robe virginale, et dont la ceinture allait bientôt tomber.

Un nouvel intérêt s'ajoutait encore à la solennité de ces séances; on n'y ménageait pas toujours son prochain ; mais s'il arrivait que la malice y lançât des paroles aigres ou amères, une coutume toute lénitive en édulcorait la saveur.

A la fin de la séance (et ici, messieurs, je traduis le paragraphe XXVI des statuts de la Faculté), des gâteaux, des confitures, des dragées, *bellaria*, circulaient dans la salle en abondance, *plenis patellis*, aux frais des bacheliers.

Cette agréable cérémonie était *très goûtée* de la jeunesse, et l'âge mûr n'y était pas indifférent.

La licence ne pouvait être obtenue qu'après toutes ces épreuves, et le licencié n'avait plus à s'occuper que de l'étude des questions les plus élevées de la science. Ces travaux, d'un ordre important, ne l'empêchaient point de prendre part, comme examinateur, aux interrogatoires des élèves moins avancés que lui dans leurs études, et de faire en même temps preuve de sa valeur personnelle devant la Faculté.

Il devait subir une série de thèses auxquelles la Faculté attachait une très grande importance ; les gens du monde s'en occupaient; les profanes aimaient alors beaucoup plus qu'aujourd'hui à venir respirer les parfums de la science jusque dans son sanctuaire.

Les dames, sans doute élégamment parées, daignaient quelquefois même embellir de leur présence les réunions de l'École, et la tenue des étudiants de cette époque était loin de les effaroucher.

En 1704, une thèse sur cette question : *L'homme a-t-il commencé par être un ver ?* fut soutenue par Geoffroy, fils du célèbre chimiste, et père de l'entomologiste. Elle piqua vivement la curiosité du beau sexe. Contre l'usage, il fallut la traduire en français. Toutes les dames (et on en comptait du plus haut rang) voulaient comprendre

le mystère enfermé dans cette question. La réception du docteur terminait cette longue série d'épreuves.

Le doyen pressait sur son cœur le candidat reçu, auquel il ne restait plus à accomplir qu'une dernière formalité.

Les anciens n'avaient garde de l'oublier. Le nouveau docteur faisait hommage au président de sa thèse inaugurale d'un costume dont le nôtre n'est qu'une incomplète copie.

Cette coutume singulière disparut lentement ; vers le milieu du dix-huitième siècle, on donnait encore une toque neuve et une boîte de gants au président de sa thèse inaugurale.

Le docteur pouvait s'élever encore et prétendre à la régence, que l'on n'obtenait pas sans efforts nouveaux.

Le titre de régent impliquait l'obligation d'instruire et d'examiner les élèves ; la régence était le corps enseignant.

A cette époque où le titre de docteur était difficilement obtenu, où le grade de licencié conférait déjà le droit d'exercer la profession, c'était quelque chose de bien élevé que cette position des régents.

Seuls ils participaient à la nomination des doyens, placés au sommet de la hiérarchie.

Tuteur des études, protecteur de la tradition, défenseur des droits et privilèges du corps, le doyen dominait tout, tenait entre ses mains et sous son autorité les lois, la force et l'honneur de la corporation, consacrées par le serment de tous ses membres, depuis le plus humble jusqu'au plus puissant.

Le doyen était l'expression vivante de ce que la Faculté avait de plus grand, soit par l'autorité de la vertu, soit par l'étendue et la profondeur du savoir.

Il en concentrait alors sur lui-même, comme aujourd'hui, toute la gloire et tout l'éclat.

Que de noms, messieurs, dans cette longue suite de docteurs régents et de doyens, devraient être inscrits sur ces murailles et frapper chaque jour vos regards ; que de nobles exemples leur souvenir perpétuerait pour cette École !

Ces régents et doyens, tout à la fois théologiens et clercs dans le moyen âge, appartenant à l'Église qui les séparait de la chirurgie naissante par l'horreur du sang et par l'obligation du célibat, préférèrent plus d'une fois aux avantages temporels de leur profession les rigueurs de la vie claustrale ; quelques-uns furent archevêques et cardinaux ; l'un d'eux même, le seul de nos doyens passés, et probablement de nos doyens futurs, fut élevé à la papauté sous le nom de Jean XXI.

Sous Charles VII, en 1452, rendus au monde par l'Église elle-même, qui leur permit le mariage, ils restèrent toujours, quoique laïques, mêlés aux grands mouvements de chaque époque.

Lorsque l'extinction des discordes civiles permit en France l'essor des sciences, ce fut alors que commença la nomenclature des hommes qui les servirent le plus dans cette École. Nommons quelques-uns des régents et des doyens qui s'illustrèrent à partir de cette époque : 1580, Baillou ; 1594, les deux Riolan, Simon Pietre ; 1598, Charles Pison ; 1608, Charretier ; 1627, Guy-Patin, Claude Perrault, génie universel, créateur de l'anatomie comparée, qui construisit l'Observatoire et la colonnade du Louvre, et sut prouver par ces chefs-d'œuvre qu'aucune gloire n'était étrangère à la Faculté de Paris.

Inscrivons sur cette liste Hamon, 1626, dont on disait que ses vertus pouvaient éclairer tous les siècles, qui délaissa les gloires de cette École pour les austérités de Port-Royal, ami de Pascal, ami de Racine, qui voulut être enterré à ses pieds.

Dodart, anatomiste et physiologiste, rapportant tout à la science, même les lois de l'Église. Devançant son siècle dans la voie de l'observation, il inaugurait les expériences renouvelées par nos contemporains.

Pendant trente-trois ans, il étudia les transpirations, les déjections, les comparant à la somme des matières ingérées ; il entreprit de semblables recherches sur le poids soustrait au corps par la saignée, et sur la rapidité avec laquelle l'organisme peut réparer cette perte.

S'étant pesé au commencement et à la fin du carême, il avait perdu par le jeûne plus de 4 kilogrammes de substance, qu'il recouvra en huit jours, avec toute la sûreté de conscience d'un chrétien et le robuste appétit d'un physiologiste, faisant ainsi servir la science au salut de l'âme et du corps.

Fagon (1664), qui eut pour berceau le Jardin des Plantes, et qui fut le restaurateur de cet établissement. Il osa, le premier, dans sa thèse inaugurale, soutenir la circulation du sang. C'est à l'autorité qu'il exerça comme surintendant du Jardin des Plantes que la botanique doit Tournefort et la glorieuse dynastie des Jussieu. Il fit ordonner par Louis XIV, dont il était le médecin, les savantes explorations de Plumier en Amérique, de Feuillée au Pérou, celles de Tournefort en Égypte et dans l'Asie Mineure.

Rappelons encore les noms de Littre (1691), qui, le premier, découvrit le mécanisme et les effets des grossesses extra-utérines ; de Tournefort, immortel auteur des *Institutiones rei herbariæ* (1698) ; de Louis Lémery, médecin de l'Hôtel-Dieu, digne de continuer la gloire de son père, chef de la chimie française.

Il fut célèbre par la discussion avec Duverney et Winslow, sur l'origine, la cause et la formation des monstruosités, discussion que nous avons vue renaître de nos jours sous la parole puissante de Cuvier.

On soutenait qu'un fœtus à deux têtes vient d'un germe à deux têtes : c'était l'opinion universellement admise. Lémery affirma que ces deux têtes appartiennent à deux embryons parfaits soudés par accident. Ce fut le premier pas de la *tératologie*, et ce pas était grand.

Que de noms j'omets encore, que d'hommes utiles dont je ne puis rappeler la mémoire, brillèrent depuis cette époque jusqu'au jour où la grande réformation de la société française détruisit, avec la Faculté de Paris, tant d'institutions séculaires pour en fonder de nouvelles !

Tous ces doyens, messieurs, étaient honorés et respectés, les souverains eux-mêmes les comblaient de dignités et de faveurs ; en général, ils étaient médecins des rois, et profitèrent de leur crédit pour donner une grande splendeur à la science et à la médecine.

La corporation des médecins, qui brillait de ces splendeurs scientifiques, n'était pourtant pas exempte de payer son tribut aux misères morales de l'humanité ; pétrie d'or et d'argile, comme tant d'institutions de ce monde, n'estimant rien en dehors d'elle, elle écrasait sans ménagement tout ce qui pouvait offusquer son orgueil.

Arnauld de Villeneuve, celui qui découvrit l'art de la distillation, l'essence de térébenthine, les teintures médicamenteuses, qui, appliquant le mercure aux affections de la peau, indiqua le remède du mal que l'homme devait connaître un siècle plus tard ; Fernel, médecin philosophe et mathématicien ; Sylvius, le professeur le plus éloquent de son temps, furent en butte à ses persécutions ; et pour les exprimer par un seul exemple, nous dirons qu'en plein XVIe siècle, elle ne craignit pas de s'opposer à la publication des *OEuvres d'Ambroise Paré* (1574).

Pleine d'aigreur et prodigue de mesquine taquinerie envers la corporation des chirurgiens, dédaignant les hommes de mérite qui en faisaient partie, elle ne sut ni prévenir des conflits ni apaiser des rivalités au nom de la science.

On lit avec regret les motifs vulgaires des luttes qui divisèrent si longtemps ces fameuses corporations.

L'orgueil clérical de la médecine prétendait tout dominer ; la chirurgie voulait étendre ses privilèges ; la corporation des *barbiers* elle-même s'agitait. La *barbarie* était la servante commode de la Faculté, dont ses menus services lui assuraient l'appui. Cette alliance faisait sa force. Son domaine naturel ne lui suffisait plus : elle tentait de pénétrer *au delà de l'épiderme*, malgré les prohibitions expresses des lois.

Tous appelaient à leur aide les statuts plus ou moins apocryphes de la corporation, les ordonnances des rois, les arrêts des parlements.

On invoquait l'usage, la confiance du public, la nécessité ; chacun cachait le vrai mobile qui n'était autre que l'*intérêt*.

Il ne faut pas s'étonner, messieurs, si les esprits fins et délicats du XVIIe et du XVIIIe siècle furent scandalisés de ces débats.

On rit d'abord de ces rivalités, des pamphlets virulents qu'elles

suscitaient, des *petits* écrits qui mettaient au jour de *grands* ridicules, et Molière parut pour leur infliger le premier châtiment.

A la plaisanterie succéda le dégoût, et l'édifice vermoulu ne tarda pas à s'écrouler.

Ces malheureuses dissensions, ces habitudes de haine et de discorde, cet oubli de la grandeur de notre profession divisèrent dès l'origine les deux grands courants de l'art de guérir, et les empêchèrent longtemps de se confondre, pour porter en commun et répandre comme aujourd'hui tant de science et de lumière.

Elles durent certainement retarder les progrès de l'École française et la retenir dans l'ombre, tandis que les Écoles d'Italie, aussi studieuses et plus paisibles, établissant l'étude de la médecine sur ses véritables bases, l'anatomie, la physiologie et la physique, enrichissaient le monde de leurs découvertes.

Notre Faculté actuelle, en perdant les priviléges de sa mère, a été délivrée de ses erreurs et de ses abus; guidée par les tendances philosophiques du siècle, elle ne connaît d'autre devoir que celui de fortifier les études médicales et de repousser l'ignorance, mortel fléau de la société.

L'exemple du progrès a été donné dès le moment où elle fut constituée, et les hommes n'ont pas manqué à cette mission qui sera toujours sa gloire.

Après ce discours, la Faculté a décerné les prix annuels aux élèves de l'École pratique :

1er grand prix (médaille d'or) : M. Panas (Fotino), de Céphalonie (Grèce).

1er prix (médaille d'argent) : M. Luton (Étienne-Alfred), de Reims (Marne).

2e prix *ex æquo* MM. Brunet (Daniel), d'Ambrières (Mayenne), et Guyot (Jules), de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).

Prix Montyon (médaille d'or) : M. Isambert (Émile), d'Auteuil (Seine).

Le sujet du prix proposé pour le concours de l'année prochaine est celui-ci : *Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, l'action thérapeutique du chlorate de potasse.*

Académie de médecine : traitement des kystes de l'ovaire.

Nous jugeons superflu de venir, après chaque séance de l'Académie de médecine, commenter les discours que nous reproduisons longuement au *compte rendu*. Ce serait nous condamner à des redites, à des longueurs fastidieuses, à des contestations de détail, tolérables jusqu'à un certain point dans une question entièrement neuve, mais non dans celle qui est le sujet du débat actuel. Il nous a paru plus utile de donner aujourd'hui la parole au chirurgien distingué qui a eu l'honneur d'apporter un progrès considérable au traitement des kystes en général, particulièrement des kystes de l'ovaire, et dont le nom a si souvent retenti depuis quelque temps à l'Académie. Dans le travail que nous publions ci après, M. le docteur Boinet résume et examine à son point de vue les principaux termes de la discussion ; il donne ensuite, dans un grand tableau, le relevé des opérations qu'il a pratiquées pour des kystes de l'ovaire, avec l'indication des résultats et de toutes les circonstances propres à en permettre l'appréciation exacte.

Dans le prochain numéro, nous reviendrons nous-même sur la question, en tenant compte des éléments apportés par les instructifs discours de MM. Robert, Huguier, Jobert, Cazeaux et Barth.

A. D.

Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées, par M. le docteur Boinet.

§ I. *Est-il possible de guérir radicalement les hydropisies ovariques par des remèdes internes ou par des ponctions palliatives?*

Il y a près d'un siècle, un médecin illustre et profond observateur, William Hunter, disait, en parlant de l'hydropisie enkystée des ovaires : « J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre d'hydropisies enkystées, dont plusieurs furent traitées par des médecins du premier rang, et cependant jamais je n'ai observé un exemple de guérison. Je ne connais même pas un seul cas dans lequel la tumeur ait sensiblement diminué de volume, sous l'influence d'un autre traitement que la ponction. S'il m'était permis de juger d'après tout ce que j'ai vu, tant sur le vivant que sur le cadavre, je serais porté à croire que l'hydropisie de l'ovaire est une affection incurable; le trocart est le seul palliatif. » (*Medical Observation and Inquiries*, t. II, p. 56.)

Ce que disait Hunter il y a près d'un siècle, tous les médecins expérimentés l'ont dit également. Cette opinion, qui est celle de tout le monde aujourd'hui, était aussi celle de P. Camper, Morgagni, Boyer, etc.; c'est encore celle de tous ceux de nos maîtres qui sont venus exposer à cette tribune le résultat de leur longue expérience ; tous ont dit : L'hydropisie des ovaires est incurable.

Cette maladie étant jugée au-dessus des ressources de l'art, que faisaient et que font encore aujourd'hui les médecins appelés à la traiter? Les uns s'efforcent de consoler leurs malades, en cherchant à leur donner un espoir qu'ils sont loin d'avoir; ils leur conseillent d'avoir la patience, leur laissant croire que le moment d'agir n'est pas encore venu. Les autres, moins expérimentés, ou croyant à la vertu curative de certains médicaments, essaient à la suite les uns des autres une foule de remèdes, et tous finissent, lorsque l'hydropisie est parvenue au point d'occasionner des accidents graves par l'extrême réplétion de l'abdomen, par donner issue à la matière contenue dans le kyste, par une ponction. Jusqu'à présent, l'expérience a malheureusement prouvé que ces remèdes internes, comme la ponction, étaient inutiles; bien plus, elle a prouvé que ces moyens avaient des inconvénients et des dangers ; les premiers, en dérangeant les fonctions des organes de la digestion; le second, en accélérant la marche de la maladie et en produisant trop souvent des accidents mortels. Après une première ponction, le liquide s'accumule encore plus rapidement; au bout de quelques mois, il devient nécessaire de l'extraire de nouveau; on fait ponctions sur ponctions, à la suite desquelles le liquide s'altère et prend de mauvaises qualités; il en résulte que les malades s'affaiblissent vite, et qu'elles meurent épuisées par la douleur, par d'abondantes sécrétions, et emportées par l'inflammation. Instruits de ces phénomènes graves, les médecins et les chirurgiens reculent la ponction le plus qu'ils peuvent, et n'y ont recours que quand le volume du ventre est devenu si considérable qu'il rend la respiration presque impossible, ou qu'il donne lieu à des accidents qu'on ne peut dissiper par les moyens ordinaires. Mais agir ainsi, ce n'est pas traiter la maladie, c'est l'abandonner à elle-même, c'est perdre un temps précieux et enlever au traitement chirurgical des chances de réussite.

Dans ces cas, la médecine toujours impuissante, et la chirurgie trop réservée, avaient coutume d'abandonner cette maladie à elle-même. A la vérité, elles avaient l'excuse de leur inaction dans la durée quelquefois longue de ces hydropisies, qui ne permet pas de sacrifier aux chances d'une opération hardie la probabilité de quelques années de vie. On ne peut nier, en effet, que quelques rares sujets ont vécu pendant plusieurs années avec cette maladie; mais comment ont-ils vécu ? Dans l'inquiétude et la souffrance .... Puis, en y réfléchissant bien, on voit qu'ils sont en petite proportion, comparativement à ceux qui souffrent continuellement, meurent en quelques années, et assez fréquemment au douzième ou quinzième mois. M. Cruveilhier, dans sa longue pratique, n'a pu en citer qu'un seul exemple qu'il avait observé à la Salpêtrière ; et, si l'on

consulte quelques statistiques pour savoir quels sont les avantages que les malades ont retirés des ponctions palliatives, on arrive à cette triste conclusion, qu'elles meurent au moins aussitôt que si elles n'eussent pas été opérées. Cette opinion, soutenue par Samuel Scharp, Callisen, Sabatier, A. G. Richter, qui rejetaient la ponction palliative, a été mise en complète évidence par les relevés de Southam, de Th. S. Lee, de Kiwisch. Sur 132 malades, 71 moururent un an après la première ponction (25 peu de temps après la première opération, 24 dans les six mois suivants, et 22 dans la première année); des 61 restantes, 21 moururent dans la deuxième année, 11 dans la troisième, 13 dans les quatrième ou septième années, 3 succombèrent à des maladies autres que des kystes, 7 n'ont pu être suivies, 3 furent soulagées, et 3 radicalement guéries. Ainsi la ponction simple, sur 132 cas, n'a guéri que 3 fois. Encore ces trois cas étaient-ils bien des kystes ovariques? car on sait avec quelle facilité les praticiens les plus habiles confondent quelquefois l'ascite avec l'hydropisie de l'ovaire; et j'ai vu assez souvent commettre cette erreur, pour croire que ces trois guérisons radicales dues à la ponction seule peuvent bien n'être pas bien certaines.

Ainsi, sur 132 malades, la ponction simple n'a donc procuré, dans 129 cas, qu'un soulagement de très courte durée, et transformé presque constamment, quand elle a été souvent répétée, des kystes séreux en des kystes purulents avec fièvre hectique. Que tous ceux qui ont eu à soigner des kystes ovariques veuillent bien dire quels sont les résultats qu'ils ont obtenus, et combien ils connaissent de malades vivant depuis longtemps avec cette maladie.

Dans cet état de choses, trouver un traitement qui eût l'avantage, non-seulement de prolonger l'existence des malades, mais encore de guérir radicalement, dans bon nombre de cas, là où la mort était toujours inévitable, était un service immense rendu à la science et à l'humanité. L'expérience et le temps décideront si j'ai été assez heureux pour rendre ce service.

§ II. *Les injections iodées peuvent-elles sûrement et sans danger procurer la cure radicale des kystes ovariques? Et les faits publiés jusqu'à ce jour ont-ils assez de valeur pour engager les médecins à conseiller et à appliquer cette méthode?*

Il y a bientôt dix ans que j'ai proposé et appliqué les injections iodées dans les kystes de l'ovaire, quoique cette idée me fût venue depuis bien plus longtemps; et depuis cette époque (1847), des faits déjà nombreux, observés et vus par un grand nombre de praticiens, sont venus attester que cette méthode n'est pas si dangereuse qu'il faille l'abandonner plutôt que de sacrifier aux chances d'une opération hardie, la probabilité de quelques années d'existence. D'ailleurs, les malades qui ont été soumises aux injections iodées, même sans succès, n'ont pas succombé plus vite que celles qui n'ont suivi aucun traitement, et qui ont été abandonnées à elles-mêmes ou traitées par les ponctions palliatives.

Tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer ces injections sont venus affirmer à l'Académie ce que j'ai établi depuis longtemps, que les injections iodées dans les kystes ovariques étaient d'une innocuité remarquable. Parmi ces savants praticiens, je rappellerai les noms de MM. Velpeau, Monod, Jobert, Gimelle, Nélaton, Robert, Demarquay, Huguier, Barth, Cazeaux, etc. En effet, quand les malades ont succombé, c'était la maladie, très grave et souvent incurable, qu'il fallait en accuser, ou bien quelquefois le procédé suivi pour pratiquer ces injections, mais jamais les injections. A cette heure, j'ai pratiqué, et toujours en présence de confrères éclairés, soit en ville, soit dans les hôpitaux, des injections iodées par centaines, et je suis encore à observer, non-seulement un accident mortel, mais même un accident digne d'être noté; et dans les cas où la mort a eu lieu pendant l'usage de ces injections, on peut dire qu'elle a toujours été le résultat ou des imprudences des malades, ou le plus souvent des désordres très graves que la maladie avait déjà produits, et qui, au moment de l'opération, étaient tels que les malades étaient vouées d'avance à une mort certaine; et cependant, dans ces cas de mort imminente, les injections iodées ont pu encore procurer du soulagement et prolonger l'existence des malades. En m'exprimant d'une manière aussi absolue, je ne veux pas dire que ces injections ne seront jamais la cause d'un accident quelconque; j'aurais tort de parler ainsi, car je sais plusieurs accidents survenus après leur emploi; mais, je suis obligé de le dire, parce que c'est la vérité, c'est au *modus faciendi* et non à la méthode qu'on doit les attribuer. En prenant toutes les précautions que je vais indiquer et que j'ai déjà recommandées maintes et maintes fois, ces accidents seront, je le crois au moins, sinon impossibles, au moins très rares.

§ III. *Tous les kystes de l'ovaire ont-ils les mêmes chances de guérison?*

L'expérience, basée sur des faits assez nombreux déjà, m'a conduit à diviser les kystes en deux catégories seulement, au point de vue du traitement : les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires. Les premiers, lorsqu'ils sont simples, c'est-à-dire lorsqu'ils renferment un liquide séreux, clair, limpide, que leurs parois sont minces et sans altération aucune, guérissent souvent avec une grande facilité et avec une seule ponction et une seule injection, quelle que soit leur ampleur, et quelquefois sans même laisser la moindre trace de leur existence appréciable au toucher à travers les parois abdominales. Les seconds, c'est-à-dire les kystes multiloculaires, quelle que soit la nature de leur contenu, qu'il soit séreux, mais surtout lorsqu'il est épais, visqueux, graisseux, filant, etc., résistent, dans l'immense majorité des cas, aux injections iodées, et offrent de très rares guérisons; seulement, si les injections sont impuissantes à guérir radicalement dans ces cas, elles sont toujours sans danger, et amènent des améliorations très remarquables. Assez souvent nous avons soumis à plusieurs ponctions et à plusieurs injections successives des malades ayant, comme le dit M. Cruveilhier, des kystes marqués au sceau de l'incurabilité, kystes multiloculaires renfermant un liquide de mauvaise nature, et ces malades, injectées cinq ou six fois, huit ou dix fois, soit dans la même poche, soit dans des poches différentes, ont éprouvé à chaque injection une amélioration notable. Je pourrais citer pour exemple la sœur d'un professeur agrégé de l'École de médecine, qui était atteinte d'un kyste multiloculaire que j'ai injecté huit ou dix fois sans accident aucun. Dans ces cas, opérés *in extremis* et sans aucune chance de succès, je n'ai pu qu'améliorer la position des malades, prolonger leur existence; elles meurent épuisées, emportées par leur mal, et assez souvent longtemps après la dernière injection.

§ IV. *Est-il possible de reconnaître sur une malade si un kyste est uniloculaire ou multiloculaire? S'il renferme un liquide séreux facile à évacuer, ou bien un liquide gras, épais, filant, gélatiniforme?*

Étant établi que les kystes uniloculaires sont à peu près les seuls susceptibles de guérison par les injections iodées, on a pensé qu'il serait important de pouvoir les reconnaître avant de les opérer. Cette circonstance de savoir de quelle espèce est le kyste que présente une malade avant l'opération, semble préoccuper beaucoup ceux de nos confrères qui, tout en acceptant l'usage des injections iodées pour la cure radicale des hydropisies ovariques, pensent que ces injections doivent être réservées seulement pour les kystes uniloculaires séreux. D'après les faits que j'ai observés, je suis porté à dire qu'on peut et qu'on doit faire des injections, même dans les kystes multiloculaires, mais dans le seul but de soulager les malades, d'améliorer pendant quelque temps leur position et de prolonger leur existence; par conséquent savoir distinguer les diverses variétés de kystes avant d'opérer ne me paraît donc pas avoir l'importance qu'on y attache, à moins que ce ne soit dans le but d'annoncer avant la ponction les chances plus ou moins heureuses de guérison que le malade peut espérer.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic, si important pour quelques-uns, me paraît assez facile à établir, et je pense qu'on peut, sinon toujours, au moins dans l'immensité des cas, dire si l'on est en présence soit d'un kyste uniloculaire avec liquide séreux ou purulent, ou

épais, soit d'un kyste multiloculaire, avec liquide séreux, ou épais, gélatineux, etc., soit d'une ascite, d'une hydropisie enkystée du péritoine, d'une tumeur dure, fibreuse, soit enfin d'une grossesse. On peut même, dans les kystes multiloculaires, indiquer le nombre des poches ou loges qui correspondent à la paroi antérieure de l'abdomen : la percussion seule suffit pour établir ce diagnostic. Dans les cas où les kystes sont compliqués d'ascite, le diagnostic peut devenir plus difficile, et alors, si le kyste n'est pas très volumineux, on ne peut le reconnaître d'une manière positive que si le péritoine a été débarrassé de son contenu. Dans ces cas difficiles, on est obligé d'avoir recours à la ponction pour éclairer le diagnostic.

Les signes à l'aide desquels on peut toujours reconnaître une hydropisie de l'ovaire et la distinguer de l'ascite sont les suivants. Cette distinction est, selon moi, la plus importante au point de vue du traitement ; car assez souvent j'ai vu prendre une ascite pour un kyste et un kyste pour une ascite, même par des praticiens fort habiles. On comprend de quelle importance est le diagnostic dans ces cas, attendu qu'il n'est pas indifférent d'injecter dans le péritoine la préparation iodée qu'on destinait à un kyste. Lorsque le kyste est volumineux, qu'il a envahi toute la cavité abdominale, si la percussion donne de la matité dans toute la partie antérieure du ventre, de la sonorité dans les parties latérales, on peut diagnostiquer une hydropisie de l'ovaire. Si, au contraire, le ventre est sonore à son sommet et mat dans ses côtés, il y a ascite, parce que, dans cette dernière affection, les intestins sont placés au-dessus du liquide contenu dans le péritoine, tandis que, dans l'hydropisie enkystée, ils sont placés au-dessous du kyste et sur ses parties latérales. Dans l'ascite, si l'on fait coucher la malade à droite ou à gauche, le liquide suit la position, et la sonorité est toujours appréciable du côté opposé à celui sur lequel est couchée la malade. Dans les kystes, qu'on fasse coucher les malades à droite ou à gauche, la matité ne se déplace jamais et reste toujours dans le point le plus élevé de l'abdomen. Avec ces signes, qui sont constants, il sera toujours facile de ne pas confondre une ascite avec une hydropisie ovarique.

Dans le cas de grossesse assez avancée pour ressembler à une hydropisie considérable, la méprise est moins facile à comprendre ; on aurait le bruit fœtal et le bruit de souffle pour s'éclairer, sans compter tous les antécédents qu'on pourrait invoquer, comme l'âge de la malade, la suppression des règles, l'examen des seins, du col de l'utérus, enfin la marche de la maladie, etc.

Quand les kystes n'ont encore acquis qu'un développement médiocre, ils sont alors placés tantôt d'un côté, tantôt de l'autre de la cavité abdominale, et ne pourraient être confondus qu'avec certaines tumeurs ; mais alors la présence du liquide qu'ils contiennent, leur siége, leur marche, leur développement progressif et local d'abord, serviront à les faire reconnaître.

Il est quelquefois difficile de savoir de quel côté a débuté l'hydropisie, si c'est dans l'ovaire droit ou dans l'ovaire gauche, quand le ventre a acquis un volume énorme et s'il est uniformément développé. Il devient alors indispensable de s'informer du côté où la tumeur abdominale a commencé à paraître. Presque toujours, au début, il a existé un ou plusieurs signes qui suffiront pour indiquer le point de départ de la maladie, tels qu'une douleur, un malaise, un embarras, un tiraillement, etc., dans la région de l'ovaire affecté. Heureusement que le plus souvent il n'est pas besoin de rechercher ces signes, le développement de la tumeur dans un des côtes du ventre étant tellement sensible qu'il est impossible de rester dans le doute. Cependant cette difficulté de diagnostic se présente quelquefois chez certaines malades qui ne peuvent dire de quel côté la maladie a débuté ; il faut alors avoir recours au toucher : dans ce cas, on trouve constamment une obliquité de la matrice qui est entraînée du côté du kyste, de telle sorte que le col de cet organe se trouve toujours du côté opposé à celui où le kyste a pris naissance.

Savoir de quel côté la maladie a débuté est chose importante pour l'opération ; d'abord pour se mettre à l'abri du retrait instantané du kyste sur lui-même, ensuite pour éviter tout épanchement dans le péritoine, enfin pour obtenir plus promptement et plus sûrement la guérison. J'ai longuement insisté sur tous ces points dans mon chapitre de la cure radicale des kystes ovariques par les injections iodées (*Iodothérapie*, p. 471) ; il serait trop long d'entrer ici dans tous ces détails.

Maintenant, le kyste est-il uniloculaire ? Toutes les fois qu'en percutant doucement avec un ou plusieurs doigts, ou mieux qu'en donnant *une petite pichenette* sur un des points du ventre, le flot du liquide est perçu par l'autre main, appliquée n'importe dans quel point du ventre, pourvu qu'il soit opposé à celui où est appliquée la percussion, le kyste est uniloculaire. Si le flot du liquide n'est pas perçu ainsi dans tous les points de l'abdomen, quel que soit le point où l'on exécute cette percussion, c'est un kyste multiloculaire. Alors le flot du liquide est divisé en autant de surfaces circonscrites qu'il y a de poches en contact avec la paroi de l'abdomen; alors la fluctuation générale, si je puis m'exprimer ainsi, n'a plus lieu : il n'y a que des fluctuations partielles qui sont limitées par l'étendue en superficie de chaque loge ; alors, si une pichenette est appliquée sur un point du ventre, le flot du liquide n'est plus senti dans le point opposé, mais seulement dans la circonscription de la loge. On peut, en procédant ainsi, arriver à compter le nombre des loges dont se compose un kyste, au moins celles qui sont superficielles et en rapport avec la paroi abdominale. Il est rare que ces poches soient d'égale grandeur : il y a presque toujours une poche principale autour de laquelle sont groupées toutes les autres. Cette circonstance est encore facile à reconnaître par la fluctuation, qui est sensible dans une étendue plus considérable, ce qu'indique la percussion.

Reste à établir la nature du liquide contenu dans le kyste. Lorsque le liquide est séreux, limpide, hydatique, en un mot lorsqu'il doit sortir par la canule du trocart, comme sortirait de l'eau, la fluctuation est franche, nette, et ressemble à celle d'une ascite considérable ; elle est perçue avec une grande facilité. Si le liquide est épais, filant, visqueux, gélatineux, la fluctuation quoique perceptible dans tous les points de l'abdomen, est bien moins franche ; on sent que le flot du liquide arrive à la main appuyée sur le ventre du côté opposé où a été donnée la pichenette d'une manière moins prompte, plus embarrassée, plus empâtée; le choc est sensiblement moins net, moins sec, le liquide se déplace avec moins de facilité, on le dirait plus lourd.

Si les malades ont éprouvé des douleurs dans le ventre, s'ils ont eu de l'inflammation, si le ventre a été ou est légèrement douloureux, soit à la pression ou autrement, il est probable que le liquide, que le kyste soit uniloculaire ou multiloculaire, aura une coloration plus ou moins prononcée, qu'il sera rougeâtre, sanguinolent, couleur de café ou chocolat. Dans les kystes multiloculaires, il est habituellement épais, visqueux, de mauvaise nature.

On peut annoncer avec quelque probabilité que le liquide contenu dans un kyste est de nature purulente, toutes les fois que les malades seront atteintes d'une fièvre continue, lente, de perte d'appétit, de vomissements, de diarrhée, d'amaigrissement considérable, de douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste, en un mot, de tous les symptômes de la fièvre hectique, ou qui annoncent les grands foyers de suppuration. Les injections iodées guérissent ces kystes suppurés presque aussi sûrement que les kystes simples uniloculaires. Sur 3 cas de cette espèce que j'ai eu à traiter, j'ai obtenu 3 guérisons.

§ V. *Comment doit-on procéder pour vider les kystes ovariques et pour pratiquer les injections iodées ?*

J'ai déjà fait remarquer, et cette remarque a été mal reçue par quelques opérateurs, que les accidents qui arrivaient quelquefois à la suite des injections iodées, devaient être attribués plutôt à l'opérateur ou au mauvais appareil instrumental qu'il employait qu'aux injections iodées proprement dites. J'ai posé pour règle de toujours faire les ponctions du côté où le kyste a pris naissance. Les avantages de cette pratique sont les suivants : d'abord de permettre au kyste de revenir sur lui-même plus facilement, c'est-à-dire à son point de départ; c'est ensuite de ne pas s'exposer à voir la canule s'échapper de l'intérieur du kyste, comme il est quelquefois arrivé, lorsque la ponction a été faite dans un point éloigné ou

opposé à celui où il a commencé à se développer ; c'est enfin le mettre à l'abri d'adhérences qui nuiront plus tard à son retrait et par conséquent à sa guérison. Que remarque-t-on, en effet, dans les kystes très anciens, qui ont acquis un développement très considérable, et dans ceux qui ont subi plusieurs ponctions faites indistinctement dans les différents points de l'abdomen, tantôt à droite, tantôt à gauche ; on voit que des adhérences se sont établies entre le kyste et les parois abdominales, mais principalement au niveau des ponctions, et ces adhérences se forment d'autant mieux, que les ouvertures des ponctions ont suppuré par suite de l'inflammation produite par la présence d'une sonde, d'une canule ou d'un corps étranger quelconque laissé à demeure. Ces adhérences sont-elles un avantage ou un inconvénient ? Suivant quelques chirurgiens, elles serviraient à empêcher, soit le liquide du kyste, soit le liquide iodé qu'on y injecte, de s'épancher dans le péritoine ; de rapprocher et de maintenir rapprochées des parois de l'abdomen les parois du kyste. Si, en effet, ces adhérences existaient dans les points les plus rapprochés du lieu où le kyste a débuté, elles pourraient, si elles n'étaient pas utiles, au moins n'être pas nuisibles. Mais si ces adhérences se trouvent dans un point de l'abdomen éloigné ou opposé au siége primitif du kyste, elles deviennent un obstacle très grand pour la guérison : dans ces cas la guérison devient plus difficile, demande beaucoup de temps, et est même quelquefois impossible, parce que les adhérences formées à la suite des ponctions, de celles surtout qui ont suppuré, fixent le kyste à la paroi abdominale, s'opposent au mouvement de retrait qu'il éprouverait s'il était libre, mouvement de retrait si nécessaire, indispensable à la guérison. Ces adhérences sont donc un obstacle très grand au retour du kyste sur lui-même, et l'inconvénient qui en résulte est d'autant plus grave que l'adhérence se trouve ou dans un point très éloigné ou tout à fait opposé à celui où le kyste commence à paraître. Il arrive alors que ce kyste se trouve placé entre deux forces à peu près égales, qui le tirent en sens inverse et l'empêchent par conséquent de revenir sur lui-même et de s'oblitérer, ou s'il y revient, il ne le fait que très lentement et très difficilement ; sa cavité ne diminuant que d'une manière incomplète, le liquide se reforme et l'hydropisie revient ; ou bien si l'on a été obligé de mettre une sonde à demeure, la suppuration devient intarissable, dans un foyer dont les parois ne peuvent arriver au contact. C'est donc à éviter tous ces inconvénients que le chirurgien doit s'appliquer, et c'est pour y arriver sûrement que je recommande, instruit par l'expérience : 1° D'opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un grand développement, qui les expose à contracter des adhérences et à devenir multiloculaires ; 2° de les ponctionner du côté où ils ont commencé à apparaître et le plus près possible de leur lieu d'origine ; 3° d'éviter, autant que faire se pourra, la sonde à demeure. En effet, pourquoi dans les kystes simples uniloculaires, non compliqués, mettre d'abord une sonde à demeure, quand par une seule ponction et une seule injection iodée on a la possibilité de la guérir radicalement et aussi promptement qu'une hydrocèle ? Il est toujours temps d'en venir à la sonde à demeure quand plusieurs ponctions et plusieurs injections, opérations toujours sans danger quand elles sont faites convenablement, n'amènent par le résultat qu'on voulait obtenir.

Le précepte d'opérer de bonne heure devrait surtout être accepté par ceux qui croient qu'il y a moins de danger à injecter un kyste de petite dimension, qu'un kyste très considérable ; d'autre part, il faut moins de temps pour obtenir leur retrait, et la constitution meilleure des malades, l'organisme moins affaibli secondent avantageusement les efforts du chirurgien.

Enfin les adhérences ne sont pas fâcheuses seulement parce qu'elles retardent ou empêchent la guérison, mais parce qu'elles exposent quelquefois à des accidents mortels, à des étranglements internes, qui sont dus aux brides que ces adhérences forment dans la cavité abdominale, sous lesquelles brides les intestins peuvent s'engager et s'étrangler.

D'autre part, on s'est préoccupé et avec raison des accidents que pourraient faire naître la ponction du kyste, l'injection iodée, son séjour dans l'intérieur du kyste, etc. On a craint qu'en injectant de la teinture d'iode dans un kyste mobile, on en répandît dans la cavité péritonéale ; mais ces craintes sont chimériques si la ponction et les injections sont faites convenablement. En effet, si des accidents de péritonite suivent les ponctions palliatives et les injections iodées, c'est que le liquide du kyste ou de l'injection tombe dans le péritoine. Il est un moyen bien simple et bien sûr d'éviter cet accident grave. Tout le monde comprend que si la ponction est faite dans un point de l'abdomen d'où le kyste devra s'éloigner pour revenir sur lui-même, il pourra arriver qu'un épanchement ait lieu dans le péritoine parce que le kyste, en se rétractant, peut abandonner la canule, et si le chirurgien ne s'aperçoit pas de ce retrait, il injectera dans le péritoine la teinture d'iode qu'il voulait injecter dans le kyste, ou bien en retirant la canule du kyste, celle-ci se trouvant libre dans l'espace compris entre la paroi du kyste et celle de l'abdomen, c'est-à-dire dans le péritoine, laissera tomber dans cette cavité, soit de la teinture iodée, soit du liquide du kyste. Afin d'éviter ces accidents qui sont toujours graves, souvent mortels, il faut ne jamais se servir de la canule du trocart pour pratiquer l'injection, et la remplacer par une sonde de gomme élastique. Voici comment je procède : avec un gros trocart, celui que j'ai fait faire exprès pour les ponctions des kystes ovariques et des abcès par congestion, je pratique la ponction du côté où le kyste s'est primitivement développé et dans le point le plus rapproché du lieu où il a pris naissance. Je laisse sortir la moitié, les trois quarts du liquide par la canule, sans imprimer le moindre mouvement à la malade, puis j'introduis dans la canule une sonde de gomme élastique percée de plusieurs trous latéraux. Cette sonde doit remplir exactement la canule du trocart, mais de façon cependant à permettre le glissement facile de la sonde dans la canule ; alors je retire la canule sur la sonde que je laisse à sa place : elle sert à évacuer le reste du liquide et à faire les lavages, si besoin en est, et l'injection iodée. Si dès le début le liquide s'écoule difficilement par la canule, je place aussitôt la sonde, avec laquelle il devient facile de vider complétement le kyste, quelle que soit l'épaisseur du liquide qu'il contient, en l'aspirant avec une seringue.

Les avantages de cette sonde sur la canule sont, étant introduite profondément dans le kyste, à 8 ou 10 centimètres environ : 1° de ne pas craindre que le kyste, en se rétractant, abandonne la sonde ; 2° d'établir, si le kyste venait à se rétracter, une espèce de pont entre lui et la paroi abdominale ; 3° de pouvoir, si le liquide est épais et s'écoulant difficilement, le retirer jusqu'à la dernière goutte, en l'aspirant avec une seringue ; 4° de faire autant de lavages qu'on voudra dans le kyste, afin de débarrasser ses parois de cette matière grasse, visqueuse, qui l'empêche d'éprouver les modifications bienfaisantes de la teinture iodique ; 5° de pouvoir malaxer le kyste, le pétrir dans tous les sens, afin de mettre le liquide de l'injection en contact avec toutes les parties du kyste, sans crainte d'un épanchement dans le péritoine ; 6° enfin, d'être à même de retirer toute l'injection qui a pénétré dans le kyste, et de pouvoir y faire le vide d'une telle façon, que, non-seulement on le débarrasse du liquide et de l'air qu'il peut encore contenir, mais encore qu'on peut rapprocher ainsi les parois du kyste et les mettre en contact. Lorsque tout est dans ces conditions, il est de toute impossibilité qu'un épanchement quelconque puisse avoir lieu dans le péritoine lorsqu'on retire la sonde. Avec une canule, tout s ces manœuvres sont impossibles, et bien des accidents sont à craindre. On ne doit retirer la sonde qu'armée de la seringue, c'est-à-dire que celle-ci, toujours placée dans l'ouverture externe de la sonde qu'elle bouche hermétiquement, continue d'aspirer l'air et le liquide qui peuvent être dans le kyste. Ce n'est pas la pénétration de l'air qui est à craindre dans une cavité close, c'est son séjour prolongé et permanent, d'où sa décomposition et la viciation des liquides sécrétés.

La crainte d'un empoisonnement par l'iode a encore été invoquée contre ces injections, de même que l'inflammation que pourrait déterminer sur les parois d'un kyste trop vaste la grande quantité de teinture iodique, qu'il faudrait injecter dans ces cas particuliers. Que le kyste soit grand, qu'il soit petit, la quantité de teinture injectée est à peu près toujours la même, environ 100 grammes. Le point important n'est pas de mettre une quantité plus ou moins grande d'injection, mais d'en mettre suffisam-

ment pour que toute la surface du kyste en soit touchée, et il est facile qu'il en soit ainsi, en malaxant le kyste. En agissant ainsi, on peut se dispenser d'abandonner l'injection dans le kyste, une fois que cette injection est restée en contact avec les parois du kyste pendant sept, huit ou dix minutes. Cette crainte d'un empoisonnement, d'une inflammation très vive, d'une gangrène, à la suite d'une injection iodée, me paraît être le résultat d'idées anciennes et mal fondées qu'on avait sur les effets de la teinture d'iode sur nos organes, plutôt que celui de faits bien observés. Pour mon compte, j'ai fait des centaines d'injections iodées, dans des kystes ovariques, dans des abcès par congestion, dans les plèvres et ailleurs, et jamais je n'ai observé de ces empoisonnements par l'iode ni gangrène ; cependant il est arrivé plusieurs fois de laisser de la teinture d'iode en assez grande quantité dans les cavités que j'injectais.

On a encore mis en avant la susceptibilité inflammatoire des kystes, comme une raison qui doit empêcher d'injecter une poche ovarique ayant une large surface ; mais cette susceptibilité n'existe pas, et ne se trahit par aucun phénomène de sensibilité, quelle que soit la quantité de teinture iodique injectée, quelle que soit la concentration de cette teinture, et quelle que soit la capacité du kyste. C'est une poche inerte, insensible, et si les malades n'étaient pas prévenues qu'on leur fait une injection iodée, et qu'on peut la faire à leur insu, elles ne s'en douteraient pas, tant l'injection iodée est exempte de douleur. Si des phénomènes de sensibilité et de douleur ont lieu, c'est qu'une partie de l'injection est tombée dans le péritoine, ainsi qu'il arrive, lorsqu'on commet une erreur de diagnostic, et qu'on prend une ascite pour un kyste, ou bien quand le kyste, en se rétractant, abandonne la canule, et laisse s'écouler dans le péritoine de la teinture injectée, ou bien, enfin, quand on retire la canule du kyste où on a laissé une partie de l'injection, et sans prendre les précautions nécessaires pour empêcher que cette teinture ne se répande dans le péritoine, alors apparaissent des signes plus ou moins graves de péritonite ; mais, je le répète, ces accidents ne sont jamais à craindre, quand on retire toute l'injection du kyste.

§ VI. *Doit-on, après une première ponction, quelle que soit l'étendue du kyste, faire une injection iodée, ou doit-on recourir à plusieurs ponctions successives avant de faire l'injection iodée? Les ponctions répétées et suivies d'injections iodées sont-elles dangereuses? doit-on leur préférer la sonde à demeure?*

Quelques chirurgiens, dans le but de permettre au kyste de revenir sur lui-même, et de diminuer sa capacité au moment de l'injection, ont proposé de pratiquer d'abord plusieurs ponctions successives et rapprochées avant d'injecter de l'iode. Il est facile de démontrer que cette modification à ma méthode repose plutôt sur une idée théorique que sur des faits pratiques; je n'en veux pour preuve que la pratique elle-même de M. Demarquay, l'auteur de cette modification ; en effet, dans cinq cas qu'il rapporte à l'appui de cette manière de faire, la guérison a été obtenue après *une seule ponction et une seule injection.*

Sur 31 malades atteintes de kystes uniloculaires, on a obtenu 16 fois la guérison avec une seule ponction et une seule injection, et parmi ces kystes plusieurs étaient assez vastes pour contenir 25 à 30 litres de liquide. Alors à quoi bon, avant de tenter une injection iodée, exposer les malades à plusieurs ponctions inutiles, opérations qui, comme l'expérience l'a prouvé, ne sont pas toujours sans gravité?

Les ponctions et les injections répétées successivement dans le même kyste ont également paru être un danger à quelques-uns de nos confrères, et ils ont pensé que, dans ce cas, la sonde à demeure devrait être préférée. Je suis loin de partager cette opinion, que d'ailleurs repousse l'expérience. Plusieurs fois j'ai obtenu des guérisons après 2, 3, 4, 6 et jusqu'à 17 ponctions et 17 injections successives. La sonde à demeure est une ressource extrême qu'on doit réserver quand le kyste, considérablement revenu sur lui-même, résiste aux ponctions et aux injections iodées.

§ VII. *Enfin comment s'opère la guérison des kystes ovariques injectés d'iode? Est-ce par inflammation, par suppuration, ou tout simplement par rétraction?*

Ignorant les effets de la teinture d'iode appliquée localement sur nos tissus, et en particulier dans les kystes de l'ovaire, et toujours dirigé par des idées fausses sur l'action locale de l'iode, on n'a cessé de le considérer comme un corps devant enflammer, irriter les parties avec lesquelles il est mis en contact; on a pensé qu'il ne guérissait qu'en provoquant de l'inflammation. Et pour ce qui est des kystes de l'ovaire en particulier, beaucoup croient encore qu'ils ne guérissent que par l'inflammation produite par la teinture iodique sur leurs parois. Dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres, la teinture d'iode n'est qu'un modificateur puissant qui agit d'une manière *toute spéciale* sur les surfaces, dont elle modifie avantageusement les sécrétions morbides. Dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Robert, en parlant de cette propriété particulière, spéciale de l'iode, a dit que M. Abeille paraît avoir appelé le premier l'attention sur les effets modificateurs de l'iode. C'est une erreur de notre savant confrère ; la remarque de ce fait important n'appartient pas à M. Abeille, elle a été faite longtemps avant lui. Cette propriété qu'a l'iode de modifier les surfaces altérées, les sécrétions de toute nature, est signalée dans les travaux et les observations publiés sur l'iode depuis 1840, et les travaux où M. Abeille a rappelé cette propriété de l'iode ne remontent qu'à 1849. Mais revenons au mode de guérison des kystes ovariques et de tous les kystes en général. C'est par rétraction que les kystes ovariques guérissent, et non par inflammation adhésive ou suppurative, et si parfois on trouve des brides, des adhérences dans leur intérieur, c'est quand ces kystes ont été antérieurement le siége d'une inflammation plus ou moins vive; c'est surtout dans les kystes purulents que se rencontre cette puissance modificatrice de l'iode, qui change, après quelques injections, le liquide purulent, de mauvaise nature, en liquide séreux et de bonne nature. Je ne puis ici qu'indiquer en passant cette action particulière de l'iode sur nos tissus, à laquelle j'ai consacré un long chapitre dans mon *Traité d'iodothérapie*, et je m'empresse de terminer ce travail, déjà trop long, en disant que les kystes guérissent en diminuant peu à peu de capacité, en revenant sur eux-mêmes, et en se rétractant parfois d'une manière si complète qu'on ne trouve plus, après la guérison, la moindre trace de leur existence ; ils guérissent, dans ces cas, comme l'hydrocèle. Quand l'adhésion a lieu, parfois, elle est très incomplète, et dépend probablement d'une inflammation antérieure et étrangère aux injections iodées, puisque la teinture d'iode appliquée sur les tissus qui se rapprochent du tissu muqueux, comme celui de la surface interne des kystes, ne les enflamme jamais. D'ailleurs, lorsqu'on a fait des ponctions et des injections successives, il est facile de suivre la rétraction progressive des kystes; assez souvent, non pas toujours lorsqu'ils arrivent à la guérison, on trouve à leur place une tumeur plus ou moins dure, insensible, qui diminue de volume avec le temps, et finit quelquefois par disparaître tout à fait, ainsi que j'en connais plusieurs exemples. Quand les kystes ont été traités par la sonde à demeure, aidée des lavages et des injections répétées d'iode, il y a alors suppuration, et le mode de guérison est tout autre que dans les circonstances précédentes; en même temps que la guérison se fait par rétraction du kyste, elle a lieu par inflammation et par suppuration.

Le tableau suivant fera connaître les résultats obtenus dans 44 kystes ovariques traités par les injections iodées.

Nos D'ORDRE.	AGE.	DURÉE avant l'opération	NOMBRE des ponct. avant l'opération.	VARIÉTÉ DU KYSTE.	DATE des ponctions et des injections iodées.	NATURE DU LIQUIDE.	QUANTITÉ DU LIQUIDE.	NOMBRE DES PONCTIONS.	NOMBRE D'INJECTIONS.	GUÉRISON.	INSUCCÈS.	MORT.	ÉTAT DES MALADES au moment de l'opération.	NOMS DES MÉDECINS présents à l'opération ou qui ont vu ou suivi la maladie.
1	54	6 ans	—	Uniloculaire.	25 nov. 1848.	Rougeâtre, sanguinolent.	lit. 22	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	État grave, fièvre intense, péritonite aiguë.	Charrier, Cazeaux.
2	49	7 ans	1	Unitoculaire, compliqué d'une tum. fibreuse.	1er juin 1851, 26 juin 1852, septemb. 1853.	Liquide séreux.	8 2 1/2 1 1/2	3	3	Succès.	. . . . .	. . . . .	État général passable, assez bonne constitution.	Costilhes, Labarraque, Cazeaux.
3	60	3 ans	1	Kystes multiples uniloculaires.	3 novemb. 1851 21 février, 15 mars, 13 avril 1852.	Liquide séreux.	7 7 3 1 1/2	4	3	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution, tempérament sanguin, bonne santé.	Hupier, Velpeau. Cazeaux, Follin.
4	55	4 ans	1	Multiloculaire squirrheux, ovaire droit.	4 décemb. 1851 9, 20 janvier, 8 février 1852	Épais, gélatin., lactescent.	. . . .	4	3	. . . . .	. . . . .	Mort en mars 1852.	État général très mauvais, constitution détériorée, fièvre hectique.	Patouillet, Briquet. (Hôpital de la Charité.)
5	51	2 ans	—	Unitoculaire, hydatique.	14 mai 1852.	Clair, eau de roche.	2 2 1/2	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Mauvais état de santé.	Boys de Loury, Rossignol (hôpital Saint-Lazare).
6	37	—	—	Uniloculaire.	janvier, 14 décembre 1852.	Séreux.	10 1	2	2	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution.	Briquet (à la Charité).
7	65	pl. a.	—	Uniloculaire, gauche.	2 février 1852.	Séreux hydatique.	16 1/2	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution détériorée.	Monod, Duplay.
8	38	4 ans	6 en 1 année.	Uniloculaire, droit.	18 novemb., 27 décemb. 1851, 21 mars 1852, sonde à dem.	Séreux.	14 10 5	3	3	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution, fièvre, péritonite.	Mesnet, Tiger, Costilhes, Cazeaux.
9	38	1 an 1/2	1	Unitoculaire.	16 juin 1852.	Sérosité citrine.	12	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution passable.	Briquet (à la Charité).
10	21	2 ans	—	Uniloculaire.	30 juillet 1852.	Liquide albumineux, incolore.	. . . .	1	1	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . .	Huguier (hôpital Beaujon).
11	30	2 ans	1	Uniloculaire.	26 août, 18 septembre 1852, sonde à dem.	Séro-purulent.	16 1 1/2	2	2	Lavages iodés.	. . . . .	Mort.	Constitution chétive, détériorée.	Briquet (à la Charité).
12	19	3 m.	—	Uniloculaire.	26 août 1852.	Séreux.	9	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution, fièvre, péritonite.	
13	78	pl. a.	—	Uniloculaire, compliqué d'ascite.	23 octobre et 14 novemb. 1852, 24 janv. 1853, ascite ponction. les 10 avril, 2 juin, 13 octobre 1854, 27 avril, 6 novembre.	Séreux.	4	3	3	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution bonne, sèche, maigreur.	Tiger.
14	22	18 m.	—	Uniloculaire, droit.	6 janvier, 17 février, 14 mars, 9 et 29 avril 1853.	Liquide purulent	3	6	6	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitut. épuisée, maigreur, fièvre hectique.	Charrier.
15	56	ane.	ponction tous les 12 ou 15 j.	Multiloculaire	7, 14 et 20 février 1853, sonde à dom.	Liquide épais, noir, gélatin.	11	3	2	. . . . .	. . . . .	Mort.	Mort imminente, état général grave, cachexie purulente.	Pidoux.
16	24	—	—	Multiloculaire purulent.	1853, 17 mars.	Mat. purulente.	5	2	2	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution, état général excellent.	Lenoir (hôpit. Necker).
17	32	1 an	—	Uniloculaire, droit.	11 juin 1853.	Sérosité.	8	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Mauvaise santé habituelle.	Dumont.
18	30	10 a.	—	Uniloculaire, gauche, purulent.	22 août 1853, mars 1854.	Mat. purulente.	3 1/2 600 gr.	2	2	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution épuisée, dépérissement, fièvre hectique.	Dieharry.
19	26	3 ans	16	Uniloculaire, droit.	17 et 26 novembre, 10 et 26 décemb. 1853, 6 janvier, 1er février 1854.	Sér. 1re ponction 2e — 3e — 4e — 5e — 6e —	16 l. 7 4 3 2 1	6	6	Succès.	. . . . .	. . . . .	État général mauvais, maigreur, dépérissement.	Dieharry, Curdier (de St-Quentin), Andral, Chomel, Velpeau, Trousseau, Gendrin, Chailly, Cazeaux.
20	31	4 ans	—	Uniloculaire, droit.	9 novemb. 1853 15 octob. 1854	Séreux.	14	2	2	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution.	Brunet.
21	32	18 m.	—	Uniloculaire, gauche.	avril 1853.	Séreux.	18	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne santé générale.	Ameuille.
22	31	ane.	—	Uniloculaire.	1854.	Séreux, 1re. 2e.	10 5	2	2	Succès.	. . . . .	. . . . .	Mauvaise santé, rachitique, bossue, chétive.	Valleix (hôpital de la Pitié).
23	22	—	—	Uniloculaire, droit.	10 août 1854.	Séreux.	25	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Bonne constitution (218, rue St-Maur).	Hulot a constaté la guérison.
24	63	7 ans	—	Uniloculaire, ascite.	1er mars, 10 av., 31 mai, 30 juillet 1854.	Liquide épais.	. . . .	4	4	. . . . .	Insuccès.	. . . . .	Mauvaise constitution.	Barthélemy.
25	30	2 ans	1	Uniloculaire, droit.	16, 28 mai, 12 juin 1854.	Séreux, puis purulent.	22 8 1/2	3	3	Succès.	. . . . .	. . . . .	Dépérissement général, maigreur, fièvre hectique, mort imminente.	Delarue, Cazeaux.
26	50	3 à 4	—	Multiloculaire	27 mai, 8, 16 et 22 juin, 5, 10, 25 juillet, 8 et 18 août 1854.	Épais, gluant.	. . . .	9	9	. . . . .	. . . . .	Mort.	Très affaiblie, fièvre hectique, pertes utérines.	Froment, Fleury.

Nos D'ORDRE.	AGE.	DURÉE avant l'opération	NOMBRE des ponct. avant l'opération.	VARIÉTÉ DU KYSTE.	DATE des ponctions et des injections iodées.	NATURE DU LIQUIDE.	QUANTITÉ DU LIQUIDE.	NOMBRE DES PONCTIONS.	NOMBRE D'INJECTIONS.	GUÉRISON.	INSUCCÈS.	MORT.	ÉTAT DES MALADES au moment de l'opération.	NOMS DES MÉDECINS présents à l'opération ou qui ont vu ou suivi la maladie.
27	47	ane.	—	Uniloculaire, vasculaire, avec ascite.	12 sept. 1854.	Ascite 22 litres, kyste 3/4 de litre de sang mélangé.	lit. 3/4	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Maigreur extrême, membres infiltrés, dépérissement.	Dufay.
28	35 à 40	—	—	Uniloculaire.	1854.	Séreux.	12 à 15	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Cette malade a été revue par M. Bourcau, interne du service.	Vigla, Bourcau.
29	27	ane.	—	Multiloculaire compliq. de tumeur.	24 août, 7 sept., 26 déc. 1854.	Séreux.	6	3	3	. . . . .	Insuccès.	. . . . .	État général assez bon.	Marchal (de Calvy).
30	48	ane.	ponct. nombreuses.	Multiloculaire	6, 15, 26 nov., 2, 14, 21 déc. 1854.	Épais, gélatin., purulent.	. . . .	6	6	. . . . .	. . . . .	Mort.	Constitution épuisée, fièvre continue, maigreur, inappétence.	Saint-Amand (de Meaux).
31	27	5 ans	—	Multiple, deux kystes, ascite.	29 sept., 9, 23, 31 octob., 10, 23, 28, nov., 22, 28 déc. 1855, 20 janv., 17 févr., 17, 26 mars, 2 avr., 17 mai. 14 juin 1855.	Liquide rougeâtre épais, purulent.	. . . .	17	17	Succès (les deux kystes sont guéris).	. . . . .	. . . .	Faiblesse extrême, état général mauvais, maigreur, perte d'appétit.	Mesnet, Loiseau.
32	33	ane.	—	Uniloculaire, hydatique.	17 juillet 1856.	Clair, limpide.	17	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution bonne, sèche, nerveuse.	Philippe, Rochat, Delarue, Cazeaux.
33	44	ane.	4	Multiloculaire ascite.	14, 21, 28 novembre, 12, 20 décemb. 1854. 18, 25 janvier, 10, 26 février 1855.	Filant, séro-purulent.	. . . .	9	9	. . . . .	. . . . .	Mort le 14 mars 1855.	Maigreur, dépérissement pas d'appétit.	Rayer, Mesnet.
34	42	4 ans	6	Uniloculaire.	14, 29 sept., 2, 14, 21 octob., 14, 21, nov., 12, 28 déc., 13 janv., 9 février, 13, 19, 29 mars, 20 avril, 7, 21 mai, 21 juin, 24 août 1854.	Sérosité trouble un peu filante.	17	17	17	. . . . .	. . . . .	Mort en juill. 1852	Mauvaise santé, mauvaise nourriture, absence du nécessaire.	Tiger, Delarue, Roy, L. Boyer, Deguise père.
35	60	ane.	—	Uniloculaire.	21 juillet 1856.	Sérosité.	19	1	1	. . . . .	. . . . .	Mort.	Bonne constitution.	Morpain.
36	38	9 ans	—	Uniloculaire.	30 avril 1856.	Sérosité.	25	1	4	Succès.	. . . . .	. . . . .	Constitution délabrée, maigreur.	Delarue, St-Jean, Legroux, Cazeaux.
37	38	6 ans 1/2	—	Uniloculaire, deux tum.	22 octob. 1855, 4 mars, 30 juillet, 13 oct. 1856.	Liquide séreux coloré.	20 9 4 1	4	1	En voie de guérison.	. . . . .	. . . . .	Santé assez mauvaise, constitution affaiblie.	Mesnet, Roux, Cazeaux.
38	31	—	—	Uniloculaire.	13 mai 1856.	Séreux.	12	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	Santé débile, fièvre, péritonite.	Cazeaux.
39	46	ane.	—	Multiloculaire	12 août 1856.	Séreux, chocolat.	8	1	1	. . . . .	Non guérie	. . . . .	Mauvais état de santé, dépérissement.	Marx.
40	15	ane.	—	Multiloculaire compliq. de tumeurs.	10 sept. 1856.	Séreux.	1 1/2	1	1	. . . . .	Non guérie	. . . . .	Santé grêle, état chlorotique, réglée.	Barthélemy, Lustremann.
41	38 à 40	—	—	Uniloculaire.	1854.	Séreux.	. . . .	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	. . . .	Becquerel (à la Riboisière).
42	28 à 30	—	—	Uniloculaire.	1854.	Séreux.	. . . .	1	1	Succès.	. . . . .	. . . . .	. . . . Constitution affaiblie.	Becquerel (à la Riboisière). Lefebvre.
43	40 à 45	10 a.	—	Multiloculaire	7 janvier, 1er mars, 8 mai 1856.	Séreux.	. . . .	8	3	. . . . .	Non guérie	. . . . .	Maigreur extrême, constitution très mauvaise, fièvre.	P. Dubois, Nélaton.
44	27	3 ans	5	Multiloculaire	18, 25, 29 août, 4, 11, 17 sept. 1856.	Liquide épais, filant.	. . . .	6	5	. . . . .	. . . . .	Mort.		

OBSERVATIONS.

1. Obs. IV de mon *Traité d'iodothérapie*, p. 429. Chez cette malade la ponction a été faite d'*urgence*, la mort était imminente. Revue le 26 octobre 1856.
2. Obs. VIII, *Idem*, p. 437, *ponction d'urgence*. Cette dame, pendant son traitement, n'a pas cessé de vaquer à ses occupations; la tumeur fibreuse a le volume de la tête d'un enfant à terme. Revue le 25 octobre 1856.
3. Obs. IX, p. 449, *ponction d'urgence*. Cette dame avait une éventration considérable, sonde à demeure, lavages; accidents par suite de la sortie de la sonde. Revue en 1854.
4. Obs. I, *Idem*, p. 419. Cette dame était dans un état déplorable, était émaciée, ne pouvait plus ni respirer, ni digérer, et a succombé à sa maladie.
5. Obs. II, *Idem*, p. 424. Cette femme est sortie guérie le 21 juillet de Saint-Lazare, et a été envoyée au dépôt de Saint-Denis.
6. Obs. VII, *Idem*, p. 436. Cette malade, revue le 21 janvier 1854, était guérie.
7. Obs. XIII, *Idem*, p. 467. Cette malade a été revue longtemps après sa guérison; point d'enfants.
8. Obs. X, *Idem*, p. 447, *opération d'urgence*. Cette malade a eu quatre enfants, et son dernier pendant sa maladie, venu à terme et bien portant. Une ponction a été pratiquée pendant la dernière grossesse.
9. Obs. V, *Idem*, p. 432, *opération d'urgence*. Revue en mars 1853, cette femme se portait bien.
10. Obs. III, *Idem*, p. 428. Cette malade guérie, a quitté l'hôpital le 22 août 1852.
11. Obs. XI, *Idem*, p. 453. Accidents de résorption purulente; la malade a retiré deux fois la sonde laissée à demeure.

12. *Opération d'urgence*, étouffement, difficulté de respirer. A fait un enfant depuis l'opération. Revu le 25 octobre 1856.
13. Le kyste a été ponctionné et injecté trois fois, l'ascite six fois, la dernière ponction de l'ascite a été faite le 6 septembre 1854. Revue le 30 octobre 1856, se porte bien.
14. *Moniteur des hôpitaux*, p. 1447, t. I. Aussitôt que cette malade a été débarrassée du pus que renfermait le kyste, la santé est revenue promptement.
15. Cette dame a été opérée *in extremis* et par *urgence*, fièvre de résorption purulente, maigreur, épuisement extrême.
16. Cette fille, sortie après sa première ponction, est rentrée à l'hôpital six mois après, pour se faire réopérer; elle n'est pas revenue depuis (fille publique).
17. *Moniteur des hôpitaux*, t. I, p. 978. Cette dame a été revue par M. le docteur Dumont en novembre 1856, elle était bien portante. *Ponction d'urgence*, deux enfants, grossesses pénibles, maladie de matrice.
18. *Iodothérapie*, p. 462, ob. XII. *Opération d'urgence*, embonpoint, fraîcheur, deux ans après l'observation, écrivait-elle.
19. *Iodothérapie*, p. 434, obs. VI. Un enfant pendant l'hydropisie, et une ponction. Accouchement régulier. Revue le 10 novembre 1856, santé très bonne.
20. Point d'enfant. Revue dix-huit mois après sa dernière ponction qui avait été faite d'*urgence*.
21. Cette femme s'est mariée huit à neuf mois après cette opération, elle était bien portante.
22. Cette femme, opérée en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, est restée longtemps dans le service pour constater la guérison.
23. Cette femme était nourrice au moment de l'opération, et c'est depuis l'accouchement qu'elle s'est aperçue du développement de son ventre.
24. Leroux est entrée à l'hôpital Necker, où elle est morte sept ou huit mois après la dernière opération.
25. *Opération d'urgence*. Symptômes graves de péritonite. Revue le 25 octobre 1856, bien portante.
26. *Ponction d'urgence*. Cinq ou six jours après la dernière opération, promenade à six heures du matin, refroidissement, résorption purulente. Péritonite; mort.
27-28. Le péritoine vidé, je ponctionnai le kyste qui avait le volume d'une tête d'adulte; de la sérosité d'abord, puis du sang pur, sortit à pleine canule. Une injection iodée arrête sur-le-champ cette hémorrhagie. La malade eut une syncope. L'ascite est revenue, mais le kyste est guéri. La ponction de l'ascite se fait rarement. La malade est bien mieux.
29. Jugeant cette malade incurable, j'ai cessé les injections. Elle est morte à l'hôpital en 1856.
30. Morte d'épuisement, de résorption purulente le 12 janvier 1855. Une sonde à demeure a été mise après la dernière ponction.
31. Cette dame, dont l'ascite exige une ponction tous les quinze jours à trois semaines, vit toujours, 25 octobre 1856.
32. *Opération d'urgence*. Se porte bien le 9 novembre.
33. Le 4 mars, huit jours après la dernière ponction, à la suite d'une promenade au bois de Boulogne, ayant eu froid, et après un grand dîner le même jour, frissons, malaise, symptômes subits d'étranglement, de péritonite; mort.
34. Cette femme était portière, elle fut obligée de se lever deux jours après son opération: c'était la nuit, elle prit du froid, et tous les signes d'une péritonite aiguë survinrent.
35. Morte cinq jours après l'opération. Le jour et le lendemain de l'opération, elle s'est levée pour faire son lit et changer de linge. Péritonite; mort.
36. *Opération d'urgence*. Aujourd'hui cette malade se porte bien, et a beaucoup engraissé.
37. Amélioration considérable de la santé depuis les injections iodées, une des tumeurs a disparu.
38. *Opération d'urgence*. Cette femme a eu six ponctions et six injections; elle est très engraissée depuis l'opération. Visitée par M. Cazeaux le 10 novembre 1856.
39. *Opération d'urgence*. Revue le 24 octobre 1856. Retour du liquide dans le kyste.
40. Point d'accident à la suite de la ponction et de l'injection. La malade va bien, mais le liquide revient.
41-42. Ces deux malades sont sorties de l'hôpital considérées comme guéries; depuis pas de nouvelles.
43. Les trois opérations pratiquées ont produit une amélioration marquée; elle va à ses affaires, mais le liquide revient.
44. Le jour de la dernière opération, arrivée inattendue du mari, émotion vive. Péritonite; mort.

Le tableau ci-dessus comprend les observations de 44 malades et de 45 kystes (une malade (obs. 31) avait deux kystes uniloculaires), opérés de 1847 à 1856, c'est-à-dire dans un espace de neuf ans. Sur ces 45 kystes, des succès ont été obtenus 31 fois, et parmi les 14 autres 9 malades sont mortes et 5 n'ont pas guéri. Parmi les morts, il y a eu 6 kystes multiloculaires, 3 kystes uniloculaires, et parmi les insuccès 5 kystes multiloculaires.

Le tableau ci-dessus indique l'âge des malades, la variété du kyste, la nature du liquide, le nombre des ponctions, celui des injections iodées, l'état de santé des malades au moment de l'opération, et enfin le nom des médecins qui m'ont adressé les malades, ont assisté aux opérations, ou qui ont vu et suivi les malades pendant ou après le traitement. Il y a une colonne où sont notées les remarques particulières relatives à chaque malade.

Age des malades. Il a varié de 15 à 78 ans.

	Cas.	Guérison.	Insuccès.	Mort.
De 15 à 20 ans.	2	1	1	»
20 à 30	7	5	1	1
30 à 40	17	16	»	1
40 à 50	11	6	3	3
50 à 60	5	2	»	3
60 à 78	3	1	1	1
	45	31	5	9

Il y a eu 9 morts, 5 insuccès, et 31 guérisons. Des malades qui ont succombé, 6 avaient des kystes multiloculaires (1) et 3 des kystes uniloculaires (2); les 5 insuccès sont des kystes multiloculaires (obs. 24, 29, 39, 40, 43).

Durée la maladie avant l'injection. Dans 36 cas, elle a varié de trois mois à 10 ans; elle n'est pas indiquée dans les 9 autres cas.

Nombre des ponctions palliatives pratiquées avant l'injection. Il est noté dans 14 cas seulement. Dans 31 cas, la ponction n'a pas été faite ou n'est pas indiquée.

Dans 5 cas,	1	ponction.
2	2	
4	4	
2	6	
1	16	

Variété des kystes.

Uniloculaire,	34 fois.
Multiloculaire,	11

Parmi les kystes uniloculaires, 2 étaient hydatiques, 2 compliqués de tumeurs fibreuses, 3 purulents, 3 compliqués d'ascite, 2 multiples. Tous ces kystes ont guéri par les injections iodées.

Les kystes multiloculaires, au nombre de 11, ont fourni 6 morts et 5 insuccès.

Nature du liquide.

Dans 23 cas,	séreux, citrin.
9	épais, gélatineux, filant coloré.
3	purulent.
3	clair limpide comme de l'eau de roche.
3	liquide, couleur chocolat un peu filant.
3	séreux, rougeâtre sanguinolent.
1	du sang pur.

Constitution et état de santé des malades au moment de l'opération. Chez presque toutes, la santé était plus ou moins altérée; mais chez 28 elle était mauvaise, délabrée, et l'existence était très prochainement compromise. Dans 12 cas la santé était encore passable, la constitution était encore assez bonne. L'état général de la santé n'est pas indiqué dans 4 cas. Dans tous l'opération a été pratiquée d'urgence.

Nombre des ponctions et des injections iodées. Sur ces 44 malades, 144 ponctions et 139 injections iodées ont été pratiquées. Jamais ces ponctions et ces injections n'ont amené le moindre accident, ni au moment de l'opération, ni les jours suivants, c'est-à-dire pendant la première semaine. Dans un seul cas (obs. 35), la malade est morte de péritonite et de résorption purulente le cinquième jour, mais cet accident doit-il être attribué à la ponction ou à l'injection, chez une malade qui, le soir et le lendemain de l'opération, s'est levée pour changer de linge et pour faire arranger son lit ?

19 fois une seule ponction et une seule injection ont été faites et 16 fois la guérison a été obtenue, même pour des kystes dont la quantité de liquide dépassait 20 litres (obs. 1, 5, 7, 9, 10, 12, 17, 23, 27, 28, 32, 36, 41, 42).

Ces faits prouvent donc mieux que tous les raisonnements possibles que la modification que mon collègue M. Demarquay pro-

(1) Obs. 4, 14, 26, 30, 33, 44.
(2) Obs. 11, 34, 35.

pose à ma méthode, de vider le kyste successivement par plusieurs ponctions palliatives, dans le but de permettre au kyste de revenir sur lui-même et de diminuer de capacité, avant de l'injecter d'iode, n'a pas les avantages qu'il croit y trouver.

7 fois la ponction et l'injection ont été pratiquées, 2 fois et 5 fois la guérison a eu lieu (obs. 6, 16, 18, 20 et 22). Dans un cas la mort est arrivée (obs. 11), mais une sonde, laissée à demeure, a été retirée 2 fois par la malade qui a succombé à des accidents de résorption purulente ; dans le second cas (obs. 43), la malade avait un kyste multiloculaire.

6 fois, 3 ponctions et 3 injections ont été faites. 4 malades ont guéri (obs. 2, 8, 13 et 25); des deux autres, l'une (obs. 29) n'est pas guérie et l'autre est morte (obs. 15). Dans ces deux derniers cas le kyste était multiloculaire.

4 fois, 4 ponctions et 4 injections dans 2 cas (obs. 24, 37). Dans le troisième (obs. 4) 3 injections; dans le quatrième (obs. 3), 2 injections seulement. Ces injections ont procuré 2 guérisons (obs. 3 et 37), 1 mort (obs. 4), et 1 insuccès (obs. 24).

4 fois, 6 ponctions et 6 injections. 2 guérisons dans des kystes uniloculaires (obs. 14 et 19), 2 morts dans des kystes multiloculaires (obs. 30 et 44).

2 fois, 17 ponctions et 17 injections, chez des malades atteintes l'une de 2 kystes uniloculaires (obs. 31), les deux kystes ont guéri; l'autre avait un kyste uniloculaire (obs. 34) ; la mort a eu lieu, mais dans un moment où tout faisait espérer une guérison prochaine. Par une nuit très froide, la malade, qui était portière, fut obligée de se lever et de rester non vêtue sous une porte cochère pendant 8 à 10 minutes. Elle fut prise d'un refroidissement subit à la suite duquel se manifestèrent tous les accidents de la résorption purulente; il y avait deux jours qu'elle avait subi la dix-septième injection, et le kyste, considérablement revenu sur lui-même, ne contenait plus qu'un litre de liquide à la dix-septième ponction.

2 fois, 9 ponctions et 9 injections (obs. 26 et 33); dans les deux cas la mort a eu lieu. Les kystes étaient multiloculaires et contenaient un liquide de mauvaise nature, épais, visqueux.

En résumé, sur 45 kystes ovariens, traités par les injections iodées, je compte 31 succès et 14 insuccès. Parmi ces derniers, 9 sont morts et 5 n'ont pas été guéris. Des 9 malades qui sont mortes, 6 étaient vouées à une mort certaine et prochaine, et les injections iodées ont eu encore l'avantage dans ces cas fâcheux de prolonger leur existence (obs. 3, 15, 26, 30, 33, 44). Elles étaient toutes affectées de kystes multiloculaires, remplis d'un liquide épais et de mauvaise composition. Les 3 autres (obs. 11, 34 et 35) auraient pu guérir, si elles n'avaient commis des imprudences qui ont occasionné des accidents mortels. Dans tous ces cas, il est impossible d'attribuer la mort de ces malades, ni aux ponctions, ni aux injections iodées, qui, au contraire, pendant plusieurs mois, leur ont procuré une existence plus supportable. L'une (obs. 35), qui s'est levée et a changé de linge le jour et le lendemain de la ponction; l'autre (obs. 11), qui impatiente de sortir de l'hôpital, et se croyant guérie, a retiré ou laissé sortir la sonde deux fois; enfin, la troisième, qui a été ponctionnée et injectée dix-sept fois sans le moindre accident, deux jours après sa dernière injection est forcée de sortir en chemise sous une porte cochère, par un froid glacial ; elle succombe quinze jours après aux accidents d'une résorption purulente. Ces 3 malades avaient des kystes uniloculaires et se trouvaient, par conséquent, dans de bonnes conditions pour espérer leur guérison.

Les malades non guéries, au nombre de *cinq*, avaient des kystes multiloculaires compliqués ou de tumeurs ou d'ascites. 3 ont subi plusieurs ponctions et plusieurs injections qui n'ont produit aucun phénomène fâcheux (obs. 24, 29, 43) ; les 2 autres (obs. 39, 40) n'ont été ponctionnées et injectées qu'une seule fois. Dans tous ces cas, les malades ont éprouvé une amélioration sensible après ces injections ; 3 vivent encore (obs. 39, 40, 43), mais elles conservent leur maladie, qui est incurable. Les 2 autres sont allées mourir à l'hôpital : l'une au moins huit mois après la dernière injection (obs. 24), et l'autre plus de vingt mois après (obs. 29) ; la première avait été injectée quatre fois et la seconde trois fois dans l'espace de cinq mois.

1° Il ressort de ces 44 observations, que la ponction ou les ponctions successives suivies d'injections iodées, dans les hydropisies enkystées des ovaires, n'ont jamais offert le moindre danger, que les kystes fussent simples ou compliqués, uniloculaires ou multiloculaires;

2° Que les injections ont souvent procuré la guérison radicale (deux fois sur trois) et toujours une amélioration remarquable, même dans les kystes où la guérison n'était pas possible, et dans ceux qui étaient compliqués de lésions organiques;

3° Que les kystes simples, uniloculaires séreux, même très volumineux, guérissent facilement, et que le plus souvent une seule ponction et une seule injection ont suffi pour les guérir;

4° Qu'on peut pratiquer sans inconvénient aucun, un grand nombre de ponctions suivies d'injections iodées dans le même kyste;

5° Qu'il est important d'opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils soient devenus multiloculaires, et avant que la santé des malades soit très altérée ; qu'on doit opérer dès qu'on a reconnu la présence d'un kyste, si ce kyste fait des progrès; qu'on doit revenir à la ponction et à l'injection dans un kyste déjà injecté, aussitôt que le liquide se reproduit;

6° Enfin, que la sonde à demeure doit être réservée pour des cas exceptionnels, et lorsqu'un grand nombre de ponctions et d'injections ont échoué.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE DE LA QUESTION DE L'HÉRÉDITÉ DANS L'HYSTÉRIE, ÉTABLIE PAR DES OBSERVATIONS PRISES SUR QUATRE CENT ONZE HYSTÉRIQUES; par M. BRIQUET, médecin à l'hôpital de la Charité.

L'hystérie est-elle héréditaire? — Si elle l'est, quelle chance les enfants nés de parents hystériques ont-ils de devenir hystériques eux-mêmes? — Enfin, que devient la postérité provenue de parents hystériques? Voilà trois ordres de questions auxquelles je me propose de répondre dans le travail qui va suivre.

On s'est généralement occupé avec si peu d'intérêt de l'influence que la santé des parents peut exercer sur la prédisposition à l'hystérie, et les recherches ont été faites à ce sujet sous un point de vue si restreint, qu'il n'est pas étonnant que la science soit si peu avancée sous ce rapport. Tout ce qu'elle renferme sur ces questions, se borne à quelques citations de filles hystériques dont les parents avaient été atteints également d'hystérie.

Il ne faut pas chercher dans les auteurs anciens des notions sur l'hérédité de l'hystérie. Avec l'utérus pour siége de la maladie, avec les humeurs spermatique, menstruelle, avec l'humeur crasse de Rivière, avec l'humeur spléno-pancréatico-mésentérique de Mauriceau, et avec l'humeur subtile de Laugius, ils avaient de quoi expliquer, et de reste, tous les phénomènes hystériques, et ils ne songeaient guère à s'occuper d'hérédité.

On n'a pensé à cette question que quand les théories sur cette affection nerveuse ayant commencé à se modifier, on a senti le besoin de les établir sur des bases plus larges.

Ainsi, Willis, qui était d'opinion que l'organisation de l'encéphale pouvait présenter des modifications transmissibles, en conclut que l'hystérie, qui selon lui dépendait du cerveau, devait être transmissible : « Quod spectat ad ipsius cerebri » malam dispositionem, eadem aliquando hereditaria existit, » ita parentibus apoplecticis aut convulsionibus obnoxiis » oriundi, in eosdem affectus plerumque et ipsi proclives

» sunt. » Et il rapporte, comme preuve de la vérité de ses assertions, l'observation d'une jeune hystérique morte à la suite d'une attaque de convulsions hystériques, dans l'encéphale de laquelle on avait trouvé des altérations pathologiques, et il explique la gravité de ce cas par la réflexion suivante: « Siquidem valetudinariam hanc diathesim originaliter, » vel hereditario jure contraxerat. »

Pounne cite de cette influence un exemple frappant par la qualité des personnages. C'est celui de la princesse de Vaudemont, qui, à l'âge de dix-neuf ans, était atteinte d'hystérie à un très haut point, parce que, dit cet auteur, son père et sa mère étaient morts nerveux au suprême degré.

Hoffmann avait dit: « In fœminis malum hystericum... in » liberos per nativitatem transire, constantis semper et per» petuæ fuit experientiæ. »

Enfin, les divers observateurs qui se sont occupés spécialement de l'hystérie, Raulin Whytt, Cheyne, Louyer Villermay parlent dans le même sens : tous disent avoir vu des jeunes filles hystériques nées de parents hystériques eux-mêmes, et ces faits leur avaient suffi pour admettre l'influence de l'hérédité sur la production de l'hystérie.

L'hérédité est donc généralement admise, et je ne vois guère que le docteur Foville qui n'adopte par cette opinion.

Il est vrai que l'admission de cette influence tient plus à de simples appréciations de l'esprit qu'à une véritable observation ; elle s'est faite plutôt par voie d'inductions que par la voie de l'expérience. MM. Gaussail et Gintrac, qui ont chacun, en 1845, fait un travail relatif à l'influence de l'hérédité sur les maladies qui dépendent de la surexcitation nerveuse, ne reconnaissent l'existence de l'hérédité de l'hystérie, que par les mêmes motifs.

Georget avait bien senti la nécessité de fixer la science sur ce point autrement que par de simples raisonnements ou que par la relation de quelques faits particuliers. Il avait vu que, pour être utile, l'observation devait être faite plus en grand. Il suivit, dans les salles de l'hospice de la Salpêtrière, un assez grand nombre d'hystériques, et il émit, comme proposition nouvelle, que l'expérience montrait que les femmes hystériques avaient toujours, parmi leurs proches parents, des hystériques, des épileptiques, des hypochondriaques, des aliénés, des sourds ou des aveugles.

Ainsi généralisée, l'observation pouvait déjà porter quelques fruits. Ce n'était plus un simple fait sans portée, c'était la preuve d'une liaison entre l'hystérie et les diverses névroses cérébrales, et, par conséquent, d'un rapport entre l'hystérie et l'encéphale.

Mais, quelque importantes que fussent les recherches de Georget, elles se réduisaient à une simple assertion qui ne portait pas sa preuve avec elle. On pouvait d'ailleurs objecter qu'il se trouve aussi des hystériques, des épileptiques et des aliénés dans des familles de personnes non atteintes d'hystérie.

Il fallait donc reprendre la question et faire d'abord une statistique des antécédents de famille des sujets hystériques, puis répéter le même travail sur les familles de sujets non atteints de cette maladie, et enfin comparer les résultats.

Premier tableau. — *Antécédents de famille des hystériques dont l'état de santé a pu être déterminé assez exactement; ces hystériques se trouvant au nombre de* 336.

Sur les 271 pères de ces malades, dont l'état de santé a été connu, il y avait eu :

5 cas d'hystérie, 2 avec des attaques de convulsions hystériques, et 1 avec complication d'épilepsie.
4 cas d'épilepsie, l'un d'eux avec aliénation mentale.
5 cas d'aliénation (le frère de l'un de ces aliénés était également aliéné).
2 de maladies convulsives.
9 d'apoplexie.
9 de phthisie et 6 de maladies chroniques.
1 de delirium tremens.

Sur les 313 mères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

98 cas d'hystérie, 51 avec attaques et 47 sans attaques.
4 cas d'aliénation mentale.
1 cas d'épilepsie.
1 cas de paraplégie.
13 cas de phthisie et 7 d'état maladif continuel.

Sur les 307 sœurs dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

82 cas d'hystérie (29 avec attaques et 57 sans attaques).
3 cas d'épilepsie.
7 cas de convulsions suivies de mort.
3 cas de somnambulisme.
8 cas de phthisie et 12 d'état maladif habituel.

Sur les 134 frères dont l'état de santé a pu être déterminé, il y avait eu :

4 cas d'hystérie, dont 1 avec attaques.
5 cas d'épilepsie.
1 cas d'aliénation mentale.
3 cas de convulsions suivies de mort.
10 cas de phthisie ou de scrofules.

En résumant les faits de ce tableau, on trouve que, pour 336 hystériques dont les familles composent un ensemble de 1,025 personnes, 405 hommes et 620 femmes, il s'est trouvé 189 hystériques, 13 épileptiques, 10 aliénés, 1 délirium tremens, 1 paraplégie, 3 somnambules, 12 maladies convulsives et 9 cas d'apoplexie; en tout 238 cas d'affections des centres nerveux pour 1,025 personnes, ou 24 et 1/5 p. 100; et comme il existe un certain nombre de mères et de sœurs dont les antécédents n'ont pu être connus, et que parmi elles il se trouvait nécessairement de ces maladies. On peut donc porter le chiffre au nombre rond de 25 personnes atteintes d'affections du système nerveux, pour 100 parents; presque 1/4.

Il s'agit maintenant de comparer ces résultats avec ceux que donnent les parents de sujets non hystériques. Dans ce but, j'ai parcouru toutes les salles de l'hôpital de la Charité, et j'ai pris avec soin les antécédents de famille de toutes les malades, de l'âge de 25 ans jusqu'à la vieillesse, qui s'y trouvaient couchées, en mettant de côté, toutefois, les hystériques, les épileptiques, les hypochondriaques, les aliénées, les paralytiques et les femmes atteintes de névroses cérébrales, et j'en ai extrait le tableau suivant :

Deuxième tableau. — *Antécédents de famille de* 167 *femmes non hystériques ni atteintes de névrose, depuis l'âge de* 25 *ans jusqu'à la vieillesse, et qui ont pu donner donner des renseignements suffisants sur la santé de leurs parents.*

Sur les 151 pères de ces femmes, dont l'état de santé a pu être déterminé, il s'en est trouvé :

143 qui n'avaient aucune affection hystérique.
8 atteints de maladies chroniques sans hystérie.

Sur les 166 mères :

126 n'avaient jamais eu d'accidents hystériques.
6 étaient hystériques (2 avec attaques et 4 sans attaques).
1 était aliénée.
4 étaient apoplectiques ou paralytiques.
13 étaient atteintes de maladies chroniques graves.

Sur les 197 sœurs dont la santé avait pu être connue :
157 n'avaient jamais eu d'accidents hystériques.
5 étaient hystériques (3 avec attaques et 2 sans attaques).
1 était aliénée.
15 avaient été prises, dans leur jeunesse, d'état maladif, de phthisie ou d'affections scrofuleuses.

Sur les 190 frères dont l'état de santé avait pu être connu :
160 n'avaient jamais eu d'accidents hystériques.
1 était aliéné.
1 était nostalgique.
14 étaient atteints de maladies chroniques graves, telles que phthisie, scrofules, etc.

En résumant les faits contenus dans ce second tableau, on trouve que, pour 167 femmes non hystériques, âgées de plus de 25 ans, et dont les familles constituent un ensemble de 704 personnes dont l'état de santé était assez connu, il s'est trouvé 11 hystériques, 3 aliénées, point d'épileptique et 1 nostalgique ; en tout 15 sujets pris de névroses, ce qui donne 2 parents et 1/8 pour 100. Or, chez les hystériques, la proportion est de 25 pour 100. Les chiffres sur lesquels j'ai opéré me paraissent assez considérables pour pouvoir conclure en général que, parmi les parents d'une hystérique, il y a douze fois plus d'hystériques que chez les parents de sujets sains. Ce chiffre établit évidemment l'existence de l'hérédité.

En effet, dans les familles de femmes non hystériques on trouve :
1 hystérique sur 66 personnes.
1 aliéné sur 219 personnes.

Tandis que, dans les familles des hystériques, on trouvait :
1 hystérique sur 5 personnes.
1 épileptique sur 78 personnes.
1 aliéné sur 102 personnes.

Enfin, si l'on veut, pour rendre les résultats plus simples et plus décisifs, se borner à ne prendre en considération, de part et d'autre, que l'état de santé des pères et mères, on trouve que, sur les 167 non hystériques, il y avait seulement 6 mères hystériques, soit un peu moins de 4 pour 100 ; tandis que, sur les 336 hystériques, il y avait en tout 103 pères ou mères hystériques, un peu plus de 30 pour 100.

On s'étonnera sans doute de trouver si peu d'hystériques parmi les ascendants des sujets non hystériques, surtout si l'on rapproche ce fait d'un autre que j'ai également bien constaté, à savoir que, sur 4 femmes prises au hasard depuis l'âge de 15 ans jusqu'à celui de 60 ans, telles qu'elles se présentent dans nos hôpitaux, il y a une hystérique.

La raison de cette différence tient en partie à ce que, pour ma statistique des sujets non hystériques, je n'ai dû prendre que des femmes au-dessus de l'âge de 25 ans, époque à laquelle la femme destinée à être hystérique l'est déjà généralement devenue ; tandis que, pour établir la moyenne générale, j'ai dû prendre des sujets de tous les âges.

Ainsi donc, on trouve ce fait bien curieux et très important, que l'hystérie est fort rare parmi les ascendants des sujets qui ne sont pas destinés à devenir hystériques. Il y aurait d'après cela deux classes parmi les femmes : la classe des non hystériques, qui ne transmet pas la disposition à contracter l'hystérie, et dont la postérité est en quelque sorte réfractaire aux causes qui développent cette maladie ; et la classe des hystériques ou des prédisposées à l'hystérie, qui fournit à elle seule la plus grande partie de la masse des hystériques.

Il existe en effet des dispositions héréditaires qui font que de mère en fille il se transmet dans certaines familles une constitution irritable, un caractère très impressionnable, tandis que, dans d'autres, il ne se transmet qu'une grande impassibilité et une sorte de caractère sans souci : il y a des familles de trembleurs comme il y en a de *poco curante*. Or, il est prouvé pour moi que le degré d'aptitude à l'hystérie consiste dans le degré d'impressionnabilité du sujet.

Il est bien évident que cette hérédité ne peut résulter que de l'existence de certaines particularités d'organisation qui sont communes à tous les membres d'une même famille, particularités que les ascendants transmettent à leurs descendants. Ce n'est pas, comme on le pense bien, la maladie elle-même qui se transmet, mais c'est l'aptitude à la contracter ; aussi il n'y a pas seulement hérédité quand la mère hystérique donne naissance à une fille hystérique, il y a encore hérédité quand une mère très impressionnable, mais qu'un heureux concours de circonstances a préservée de l'hystérie, donne naissance à une fille impressionnable comme elle, mais qui, placée dans des conditions moins favorables, pourra devenir hystérique. Or, ces derniers cas sont plus fréquents que les premiers.

L'hérédité de l'hystérie étant ainsi bien établie, il faut, pour constater l'étendue de son influence, voir le rôle qu'elle joue et la part qu'elle prend dans le développement de la maladie elle-même.

En effet, on comprend qu'il est très probable que, quand l'hystérie éclate subitement et sous l'influence d'une cause très passagère, en débutant par une attaque hystérique, ou quand elle se produit chez des enfants et en quelque sorte avant l'âge, il y a dû avoir, chez les sujets qui ont été ainsi pris, une aptitude plus grande pour la maladie que, chez les sujets chez lesquels elle se développe lentement, graduellement, sans attaques, et sous l'influence de causes pour ainsi dire chroniques. Or, cette aptitude ne doit, selon toutes probabilités, consister que dans la disposition héréditaire.

C'est ce que constatent les tableaux suivants.

Troisième tableau. — *Antécédents de famille de 113 hystériques chez lesquelles la maladie a débuté d'emblée par une attaque avec convulsion.*

Sur les 98 pères de ces malades, dont la santé a pu être connue, il y avait eu :
3 cas d'hystérie.
1 cas d'épilepsie.
2 cas d'aliénation mentale.
2 cas d'apoplexie.
3 cas de phthisie.
4 cas de maladies chroniques.

Sur les 107 mères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :
32 cas d'hystérie (20 avec attaques et 12 sans attaques).
1 cas d'aliénation mentale.
8 cas de phthisie.
4 cas d'état maladif habituel.

Sur les 98 sœurs dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

25 cas d'hystérie (10 avec attaques et 15 sans attaques).
2 cas de somnambulisme.
2 cas d'épilepsie.
6 cas de convulsions suivies de mort.
5 cas de phthisie.
7 cas d'état maladif habituel.

Sur les 57 frères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

3 cas d'hystérie.
2 cas d'épilepsie.
1 cas d'aliénation mentale.
3 cas de convulsions suivies de mort.
4 cas de phthisie ou de scrofules.

En résumé, on trouve que, sur 113 hystériques, chez lesquelles la maladie a débuté par une attaque avec convulsions, il y a eu chez les parents, père, mère, frères et sœurs, 63 cas d'hystérie, 5 d'épilepsie et 4 d'aliénation mentale. Cela donne une proportion de 27 1/2 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés.

QUATRIÈME TABLEAU. — *Antécédents des 75 sujets qui ont été atteints d'hystérie de la naissance à l'âge de 12 ans, époque à laquelle commence la puberté.*

Sur les 53 pères de ces hystériques, dont l'état de santé a été connu, il y avait eu :

3 cas d'hystérie (l'un d'eux combiné à l'épilepsie).
1 cas d'aliénation mentale.
1 cas de delirium tremens.
3 apoplexies.
6 phthisies ou cancers.

Sur les 70 mères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

26 cas d'hystérie (16 avec attaques et 6 sans attaques).
1 cas de paraplégie.
11 cas de phthisie ou de cancer.

Sur les 68 sœurs dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

18 cas d'hystérie (6 avec attaques, 12 sans attaques).
1 cas d'épilepsie qui s'est communiqué à l'enfant.
6 cas de convulsions, tous suivis de mort.
6 cas de phthisie.
6 cas d'état maladif habituel.

Sur les 35 frères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

4 cas d'hystérie.
1 cas d'épilepsie.
1 cas d'aliénation mentale.
3 cas de convulsions suivies de mort.
3 cas de phthisie.

En résumé, sur 75 cas d'hystérie chez des enfants, il s'est trouvé chez les parents :

51 cas d'hystérie, 2 cas d'aliénation mentale, 3 cas d'épilepsie.

Cela donne une proportion de 24 1/2 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés.

CINQUIÈME TABLEAU. — *Antécédents de famille des 223 hystériques chez lesquelles la maladie a débuté lentement par de simples troubles.*

Sur les 173 pères de ces hystériques, dont la santé a pu être connue, il y avait eu :

2 cas d'hystérie, l'un d'eux avec épilepsie.
3 cas d'épilepsie, l'un d'eux avec aliénation.
3 cas d'aliénation mentale.
7 cas d'apoplexie.
2 cas de convulsions.
1 cas de delirium tremens.
6 cas de phthisie.
2 cas d'état maladif habituel.

Sur les 206 mères dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

66 cas d'hystérie (31 avec attaques, 35 sans attaques).
3 cas d'aliénation mentale.
1 cas d'épilepsie.
1 cas de paraplégie.
5 cas de phthisie.
3 cas de maladies chroniques.

Sur les 209 sœurs dont l'état de santé a pu être connu, il y avait eu :

57 cas d'hystérie (19 avec attaques, 38 sans attaques).
1 cas de somnambulisme.
1 cas d'épilepsie.
1 cas de convulsions.
3 cas de phthisie.
5 cas de maladies chroniques.

Sur les 77 frères dont l'état de santé avait pu être connu, il y avait eu :

1 cas d'hystérie avec attaque.
3 cas d'épilepsie.
6 cas de phthisie et de scrofules.

En résumé, il s'est trouvé, sur 223 cas d'hystérie développée graduellement, 126 cas d'hystérie, 8 d'épilepsie, 3 de convulsions et 7 d'aliénation. Cela donne une proportion de 19 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés.

Ainsi, dans les trois classes d'hystérie qui viennent d'être passées en revue, l'influence de la prédisposition est indiquée par les chiffres 27 1/2, 24 1/2 et 19 pour 100 de parents hystériques, chiffres qui constatent bien le degré de la prédisposition.

Les tableaux qu'on vient de voir montrent d'une manière frappante que la santé du père n'a, sous le rapport de la transmission de l'hystérie, qu'une influence presque nulle, puisqu'on ne trouve que 5 cas d'hystérie chez les pères, contre 98 chez les mères.

Ce fait se rapproche de celui qu'a observé M. Baillarger relativement à la folie, savoir que la transmission de la folie par la mère est bien plus à craindre pour les filles que pour les garçons.

De là résulte cette conséquence que, comme le père ne prend presque aucune part dans la transmission de l'hystérie et comme la mère y est seule agissante, le croisement conseillé par Haller et par Burdach pour prévenir la génération des maladies héréditaires serait absolument inefficace contre l'hystérie.

Il me paraît évident que ce privilége dévolu à la mère vient de ce que l'hystérie étant une maladie dépendante de la disposition affective du système nerveux et de son mode d'impressionnabilité, la femme qui seule a cette impressionnabilité est nécessairement seule susceptible de la transmettre.

De là découle un précepte important : c'est que tous les moyens prophylactiques employés dans le but d'améliorer la constitution des enfants qui naîtront, doivent de préférence être appliqués à la jeune fille, et plus tard à la jeune mère.

Il reste, pour observer le fait de l'hérédité dans tous ses détails, à voir comment l'hystérie se répartit dans les familles des hystériques.

Or on trouve que, pour les 341 cas d'hystérie ci-dessus, 166 fois il n'y avait que 1 hystérique dans la famille, et dans ces cas c'était celle qui a été soumise à mon observation;

Que 122 fois il y en avait 2, en y comprenant les épileptiques et les aliénées ;

Que 42 fois il y en avait 3 ;

Que 9 fois il y en avait 4 ;

Que 1 fois il y en avait eu 7, et 1 autre fois 11.

Par conséquent, les cas d'hystérie ne sont pas habituellement nombreux à la fois dans une même famille; il est vrai que, comme on va le voir, les familles des hystériques ne sont ordinairement pas nombreuses.

Il ne faudrait pas supposer que dans les 166 cas où il n'y a eu que 1 hystérique dans la famille, c'est-à-dire à peu près dans la moitié des cas, l'hystérie ait été accidentelle et que l'hérédité n'y ait été pour rien; on se tromperait beaucoup. J'ai en effet constaté bien souvent que des filles hystériques avaient pour mères des femmes très impressionnables et infiniment sensibles comme elles, et auxquelles il n'avait en quelque sorte manqué que l'occasion pour devenir hystériques.

Jusqu'à présent, je n'ai considéré qu'un côté de la question, celui de la santé des ascendants et des collatéraux immédiats, en procédant de l'hystérique vers sa famille. Il me reste, pour faire connaître l'étendue de l'influence déplorable que l'hystérie exerce sur la santé, à étudier ses effets sur la descendance des hystériques en procédant de l'hytérique vers ses enfants. Ces effets, j'ai pu les suivre dans les observations prises sur mes hystériques.

On sait depuis longtemps que MM. Boucher et Cazauvieilh ont constaté que, sur 70 épileptiques observés par eux, 23 étaient nés de mères hystériques. On sait encore que des mères très nerveuses engendrent fréquemment des enfants rachitiques ou scrofuleux, mais on ne sait pas jusqu'à quel degré l'état hystérique des mères a de l'influence sur la mortalité de leurs enfants.

Or voici sur ce sujet le résultat de mes recherches.

1° Toutes les femmes hystériques que j'ai observées et qui avaient conçu ont, à de rares exceptions près, fait une ou plusieurs fausses couches, et ces accidents ont été d'autant plus multipliés chez elles que les attaques hystériques avaient été plus fréquentes. Quelques-unes de ces femmes avaient eu autant de fausses couches que d'accouchements; il en est qui en avaient fait jusqu'à dix.

2° Sur 256 enfants qui étaient nés des 74 femmes hystériques observées par moi et devenues mères, 159 étaient morts, soit dans les premières semaines, soit dans les premiers mois, soit dans la première année, un petit nombre dans la seconde année, et quelques-uns dans la troisième année de leur existence; 95 seulement avaient vécu plus longtemps.

3° Sur les 155 enfants morts, 79 avaient péri avec des convulsions.

Nous ne possédons pas de tables de mortalité assez spéciales à la classe des personnes qui fréquentent les hôpitaux pour pouvoir y rapporter la mortalité de la descendance des hystériques observées par moi. Cependant, on sait qu'en général, sur 100 enfants, il en périt 25 dans le cours de la première année ; or, chez ces hystériques, il en est mort, terme moyen, 60 pour cent, mortalité très considérable.

Quant aux enfants qui résistent, il est assez difficile de savoir ce qu'ils deviennent ; cependant, j'ai fait à cet égard toutes les recherches qu'il m'a été possible de faire.

En voici le résultat : 32 femmes de l'âge de quarante ans jusqu'à celui de soixante-cinq ans, présentant par conséquent toutes les conditions voulues pour avoir pu suivre leurs enfants jusqu'à la période de leur vie à laquelle ils pouvaient être pris d'hystérie, ont été observées par moi.

Elles avaient donné naissance à 149 enfants ; 106 étaient morts avant l'âge de dix à douze ans, époque à laquelle il n'en restait plus que 43, 23 filles et 20 garçons. Sur les 23 filles, 6 avaient été évidemment hystériques ; quelques-unes étaient de santé chétive, et le reste a été déclaré comme bien portantes.

Ces 23 filles viables appartenaient à 10 mères. C'est là tout ce qu'ont produit de vivant et de non hystérique les 32 mères en question.

Je suis loin d'appliquer ces tristes résultats à toutes les classes de la société. Je l'espère et je le souhaite, les classes aisées ont une autre statistique, et certainement moins de mortalité ; mais il n'est pas possible que, dans une moindre proportion, à la vérité, l'hystérie n'y fasse pas sentir sa désastreuse influence.

Après avoir constaté l'existence de l'hérédité et son influence sur la vie et sur la santé des enfants qui naissent de parents hystériques, il est utile de chercher dans quelle proportion les filles qui survivent courent la chance de devenir hystériques elles-mêmes.

Cette recherche doit, ce me semble, se faire sur deux ordres de matériaux : 1° dans les familles où les mères hystériques ont donné naissance à des filles hystériques ; 2° dans les familles où des mères également hystériques n'ont pas transmis leur maladie.

Il fallait commencer par déterminer le chiffre des mères hystériques qui transmettent leur maladie, et celui des mères hystériques qui ne la transmettent pas.

Or, d'après les données que j'ai recueillies, on peut distinguer les mères hystériques en trois classes : la première, qui se compose des femmes dont tous les enfants sont morts avant l'âge de puberté (sur mes 32 femmes, il y en avait 8 de cette classe) ; la seconde, qui se compose des femmes qui avaient donné naissance à des hystériques (il y en avait 6 de cette classe) ; la troisième, qui comprend les femmes n'ayant pas transmis la maladie à leurs filles, et qui se compose de 18 femmes. Je crois que ce dernier chiffre est trop fort, par la raison que plusieurs des enfants considérés comme sains n'avaient certainement pas atteint l'âge où l'hystérie sévit, et aussi parce que j'ai la conviction que plusieurs mères m'ont déclaré comme étant de bonne santé des enfants dont elles ignoraient le sort.

En définitive, d'après tout ce que j'ai vu, je regarde à peu près comme certain que, sous le rapport de la transmission de l'hystérie, les mères hystériques peuvent être divisées en trois classes égales entre elles : la première dont les enfants meurent avant d'être en âge de contracter l'hystérie ; la seconde dont un ou plusieurs des enfants deviennent hystériques, et la dernière, composée de celles qui ne communiquent pas la maladie de laquelle elles sont atteintes.

Cela établi, il s'agit plus que de déterminer dans quelle

proportion se fait la transmission par les mères hystériques qui font passer l'hystérie à leurs filles. Sur ce point, j'ai des données aussi complètes que possible; elles m'ont été fournies par les hystériques elles-mêmes sur la santé de leur mère et de leurs sœurs, de manière à me laisser la conviction de leur exactitude.

D'après ces renseignements, 100 mères hystériques ont donné naissance à 220 filles qui ont vécu, et sur ce nombre 124 sont devenues hystériques, 5 ont eu des convulsions, et 5 avaient été perdues de vue. Il résulte de là que, dans les familles où la mère doit transmettre sa maladie, les filles ont autant de chances pour devenir hystériques que pour ne pas le devenir, c'est-à-dire une chance sur deux.

J'ai établi plus haut que les mères hystériques dont les filles vivent doivent être distribuées en deux classes égales pour le nombre, les unes qui transmettent, et les autres qui ne transmettent pas; il résulte de là qu'une fille qui naît d'une mère hystérique a une chance de devenir hystérique à son tour, et trois chances de ne pas le devenir.

Ainsi donc, et pour résumer toute cette discussion sur l'hérédité, il est établi, que de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans il meurt 60 pour 100 des enfants nés de mères hystériques; qu'une partie de ceux qui survivent, garçons ou filles, sont rachitiques, épileptiques ou scrofuleux, et que le reste des filles a une chance contre trois de devenir hystérique.

Puisqu'il y a tant de probabilités pour que, d'une part, une mère hystérique donne naissance à des filles atteintes de la même maladie, et que, d'une autre part, elle ait une influence défavorable sur la vie des enfants qui naîtront d'elle, le mariage des hystériques devient en quelque sorte une question d'hygiène publique.

Les médecins, en général, ont traité et traitent encore cette matière fort légèrement, et ils conseillent le mariage avec une facilité incroyable, les uns par préjugé scientifique, les autres sans y beaucoup réfléchir. Les auteurs anglais Cheyne, Conolly, Copland, la prennent bien plus sérieusement, et dans leurs idées de *commit no nuisance*, ils semblent insinuer que favoriser le mariage des filles hystériques est commettre en quelque sorte un acte nuisible à la société, et attentatoire à l'existence d'un être qui plus tard en devra faire partie.

Sans porter aussi loin que ces médecins le respect dû à l'hygiène publique et à la sécurité d'autrui, il est évident qu'avec d'aussi grandes probabilités de transmission de la maladie et des influences si grandes sur la mortalité, il y aurait une véritable légèreté à n'en pas tenir compte, et à exposer [illegible]ie de générations à être les victimes d'un véritable fléau. Aussi donc, toutes les fois que le médecin sera appelé à donner son avis sur l'opportunité du mariage d'une jeune fille hystérique, il devra mettre une grande réserve dans ses conseils, et ne pas contribuer pour sa part, à la naissance d'enfants destinés, d'après beaucoup de probabilités, à périr fort jeunes, ou à être les victimes d'une maladie grave qu'ils devront plus tard transmettre également à leurs descendants.

Dans un prochain article, je traiterai la question de savoir si le mariage des hystériques, nuisible pour autrui, est au moins utile aux hystériques elles-mêmes.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Développement de la sensibilité par suite d'inflammation dans des parties de peau frappées de lèpre.* — M. *Flourens* communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Guyon à l'occasion de sa note du 27 septembre dernier sur la sensibilité des tendons dans l'état inflammatoire.

« Un fait analogue, dit M. Guyon, nous est offert chez les *lépreux* dans la partie tégumentaire frappée de lèpre. Et, en effet, cette partie absolument insensible, et c'est, comme on sait, cette insensibilité qui la caractérise, devient sensible comme le tendon dans l'état inflammatoire. C'est ce que j'ai observé chez les nombreux lépreux que j'ai eu occasion de voir, sur une grande échelle, en Amérique d'abord, puis en Afrique. »

Extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos. — M. le docteur *Philipeaux* adresse une note sur les effets de l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos (*mus ratus*). Il expose en ces termes les résultats de ses expériences :

1° L'extirpation des capsules surrénales n'entraîne pas nécessairement la mort des animaux;

2° Dans les cas où la mort survient, elle est causée par l'opération, qui est grave, et qui occasionne souvent, soit une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit une péritonite, soit une hépatite, soit, et cela arrive souvent, une hernie intestinale au travers des muscles divisés;

3° Certains animaux auxquels on a enlevé les deux capsules surrénales survivent à l'opération sans qu'il soit possible de constater le moindre trouble permanent ou même passager dans leurs fonctions;

4° Les capsules surrénales ne paraissent pas des organes plus essentiels à la vie que la rate et les corps thyroïdes. (*Commissaires* nommés pour les communications de MM. Brown-Séquard et Gratiolet.)

CHIRURGIE. — M. *Maisonneuve* présente une note sur un nouveau procédé opératoire qu'il a imaginé pour la guérison de l'hypospadias.

Par ce procédé, il parvient à prévenir l'oblitération du conduit formé artificiellement, à le mettre, en quelque sorte, dans les mêmes conditions que le canal normal; c'est-à-dire qu'il le double d'une membrane qui lui tient lieu de muqueuse, membrane qui n'est autre chose qu'un lambeau étroit des téguments externes, adhérant seulement par son extrémité antérieure, près de l'orifice normal; c'est par cet orifice que le lambeau est introduit et porté jusqu'au delà de l'ouverture contre nature, qu'il contribue à oblitérer. (*Comm.* : MM. Velpeau, Jobert, Civiale.)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — *Note sur le diabétomètre, appareil destiné à mesurer le sucre dans les urines diabétiques*, par M. *Robiquet.*

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les arrondissements d'Avranches et de Valognes et dans les départements de l'Indre, pendant l'année 1855. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Finaz*, sur le service médical des eaux de Charbonnières (Rhône), en 1854. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : Recherches chimiques sur les

eaux minérales et thermales de Royal et Chamalières, par M. *J. Lefort*, pharmacien à Paris. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Une note sur une pâte caustique au chlorure de zinc, par M. *Sommé*, interne en pharmacie à l'hôpital des Cliniques. (*Comm. :* MM. Jobert et Guibourt.) — *c.* Une note intitulée : Un dernier mot sur la codéine et sur les moyens de reconnaître et d'éviter la falsification par la morphine et les sels, par M. *Berthé*, pharmacien. (*Commission déjà nommée.*)

3° M. *le secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Boinet* sur le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, suivie d'un tableau et de l'analyse de quarante-cinq cas de kystes ovariques traités par les injections iodées (*Comm. :* MM. Cazeaux, Depaul et Barth. — Voir aux *Travaux originaux.*)

4° M. *le secrétaire perpétuel* lit une lettre adressée par M. le docteur *Casimir Pinel* neveu, et accompagnant l'envoi du portrait du professeur *Philippe Pinel.*

M. *le président.* Des remercîments seront adressés, de la part de l'Académie, à M. Pinel neveu. Le bureau a pensé qu'en faisant placer le portrait de Pinel dans la salle des séances, en face de celui d'Esquirol, il irait au-devant des désirs de l'Académie.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Jobert* (de Lamballe), après avoir rapporté l'observation d'une malade qu'il a traitée récemment, avec M. Gimelle, pour un kyste de l'ovaire, au moyen de l'injection iodée, suivie d'une prompte réduction de la tumeur, exprime le regret que cette discussion, déjà si longue, au lieu de jeter la lumière sur la question, n'ait fait qu'augmenter la confusion et l'obscurité qui régnaient auparavant sur ce point litigieux de la pathologie.

« Je pense, ajoute-t-il, que l'observation journalière et l'expérience rigoureuse pourront seules nous fournir des éléments solides pour arriver à la solution du problème. Mais ce que je pose en principe, c'est qu'avant tout il faut obéir aux indications, et subordonner le choix du traitement des kystes ovariques à l'âge des sujets, à la marche et au degré d'évolution de la tumeur.

» J'ai observé des cas de guérison avec la plupart des méthodes thérapeutiques chirurgicales appliquées à ces kystes.

» J'ai vu deux femmes guérir à la suite de ponctions simples réitérées.

» Dans un cas, l'électricité m'a fourni des résultats encourageants, et qui m'engagent à conseiller l'emploi de cette méthode.

» Après avoir pratiqué sans accidents, sur les animaux, l'extirpation de l'ovaire, j'ai pratiqué l'extirpation d'un kyste multiloculaire chez une femme qui a succombé rapidement aux suites de l'opération.

» L'incision, abandonnée depuis Ledran, me paraît utile quand le kyste se complique d'un abcès volumineux, ainsi que je l'ai observé, en 1855, chez une femme du service de M. Piédagnel, à laquelle j'ai pratiqué cette opération.

» Mais la méthode vraiment héroïque, et celle qui est le plus digne de fixer notre attention, c'est la méthode des injections iodées.

» Dans ma première communication, j'avais annoncé un chiffre approximatif; aujourd'hui je suis en mesure de donner le nombre exact des injections iodées que j'ai faites à diverses époques; ce nombre s'élève à vingt-six.

» Sur une Anglaise de trente-huit à quarante ans, je fis une première injection au milieu du liquide ovarique avec de l'eau alcoolisée, ensuite quatre avec de la teinture d'iode. Aucun accident; mais la malade n'a pas guéri.

» Une autre malade a subi trois injections iodées dans le kyste presque complétement vidé. Inflammation vive. La malade n'a pas guéri.

» Sur une troisième, qui portait un kyste multiloculaire, huit injections iodées. Amélioration : retard dans la formation du liquide; mais pas de guérison définitive. A chaque injection le kyste avait été incomplétement vidé, afin de laisser la teinture d'iode se mêler au liquide morbide.

» Cinq jeunes personnes affectées de kystes ovariques ont été traitées par les injections. Trois ont guéri par une ponction et deux injections successives faites dans la même séance. Deux ont vu reparaître la tumeur après l'absorption du liquide plastique déposé dans la poche. Ce n'est qu'après une nouvelle ponction et une nouvelle injection que la guérison a été définitive.

» Enfin deux jeunes femmes ont subi la ponction avec injection, et le mal a continué à se développer. Deux autres ponctions sont devenues nécessaires. L'une d'elles a guéri ; l'autre est encore en traitement.

» Il ressort des faits précédents que les kystes anciens, épais et vastes n'ont pu guérir par la ponction et l'injection. Toutes les fois que l'injection a été faite dans le kyste contenant encore une certaine quantité de liquide, il n'y a eu aucun effet local grave, ni aucun trouble général sérieux; et lorsque le kyste se trouvait à nu, l'inflammation a été signalée par des douleurs, de la sensibilité du ventre et de la réaction.

» Il est démontré, en outre, que dans les cas où le résultat a été complet on avait affaire à des kystes de moyenne grosseur, à une seule cavité et sans transformations.

» Pour ne pas abuser plus longtemps des moments de l'Académie, je résumerai dans les propositions suivantes les opinions auxquelles m'ont conduit les résultats de ma pratique personnelle relativement au traitement des kystes ovariques :

» L'anatomie pathologique ne me paraît pas devoir être prise pour guide dans le traitement des kystes de l'ovaire, puisque les injections agissent toujours sur la membrane kystique en déterminant la formation d'un produit plastique et d'un travail adhésif.

» Que le kyste ait pour origine une vésicule, une membrane pyogénique, un sac séro-muqueux, il sera susceptible d'être oblitéré et guéri lorsqu'il n'aura subi aucune transformation, aucune dégénérescence.

» Les ponctions successives et rapprochées peuvent produire l'oblitération du kyste par un dépôt albuminoïde.

» Le mode de guérison des kystes de l'ovaire par l'injection me paraît devoir être assimilé à celui de l'hydrocèle.

» Les kystes vastes et anciens ne guérissent pas par les injections, mais ils peuvent être modifiés avantageusement en retardant le produit d'exhalation.

» Les injections iodées ou alcooliques peuvent produire une inflammation plus ou mois sérieuse du kyste, lorsque le liquide touche immédiatement sa surface interne.

» Les injections faites au milieu du liquide kystique ne produisent jamais d'accidents, et cependant elles produisent les mêmes phénomènes adhésifs.

» Le kyste peut récidiver après avoir été oblitéré.

» Plusieurs injections sont indispensables pour produire l'oblitération des kystes ovariques.

» La ponction simple doit être préférée lorsque les kystes sont très enflammés et dégénérés.

» On doit pratiquer la ponction de bonne heure afin d'éviter la transformation du kyste, sa rupture, les péritonites diffuses, mortelles ou chroniques et l'épuisement.

» L'incision me paraît applicable exceptionnellement aux abcès circonscrits et limités des kystes multiloculaires.

» L'électricité peut amener la résolution des kystes multiloculaires.

» L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application. »

M. *Barth.* (Nous reproduirons dans le prochain numéro ce discours, dont un malentendu a retardé l'impression.)

M. *Cazeaux*, après avoir fait ressortir les dangers de la doctrine de l'abstention, basée sur la prétendue innocuité des kystes ovariques, et soutenue au début de la discussion par MM. Malgaigne et Moreau, cherche à démontrer, contrairement à l'assertion de M. Trousseau et de M. Cruveilhier, que la médecine proprement dite n'est pas tout à fait impuissante contre ces tumeurs. Il cite, à l'appui de son opinion, un certain nombre de cas d'hydropisies enkystées de l'ovaire, guéries ou améliorées très sensiblement par les vésicatoires, les purgatifs, les diurétiques ou les préparations d'iode à l'intérieur, employés seuls ou concurremment avec le traitement chirurgical.

Puis, abordant la question chirurgicale : Pour moi, dit-il, c'est seulement lorsque le kyste a acquis un volume considérable, lorsque, continuant à se développer, il gêne déjà par sa masse les organes voisins, trouble l'exercice régulier des grandes fonctions, devient le siége de douleurs plus ou moins vives, que le chirurgien peut songer à intervenir. Mais jusqu'où doit aller cette intervention ? Là est toute la question.

Et d'abord l'hydropisie enkystée de l'ovaire est-elle une maladie assez grave pour légitimer cette intervention ? Cherchant à apprécier la durée moyenne de la maladie traitée seulement par les moyens médicaux, le docteur Lée arriva à ce résultat que, pour 100 de ces malades, 26 vivent un an, 19 deux ans, 13 trois ans, 8 quatre ans, 23 cinq ans. En résumé la moitié des malades meurent dans les deux ans. Sur 123 tumeurs, 63 moururent dans les deux ans, et 90 dans les quatre ans.

Je suis arrivé au même résultat que le docteur Lée ; car après avoir recueilli 31 observations j'ai vu que 7 de ces malades avaient vécu plus de dix ans, et que toutes les autres vivaient en moyenne deux ans à deux ans et demi, en faisant dater la maladie du moment où la tumeur a eu un volume appréciable.

En tenant compte de l'exagération que les statistiques apportent à la mortalité, je crois pouvoir dire que lorsque le kyste de l'ovaire paraît avoir une tendance continuelle à s'accroître et qu'il contient déjà 4 à 5 litres de liquide, la malade ne doit, en moyenne, compter que sur quatre années d'existence.

M. Moreau, et avec lui M. Malgaigne, conseillent, dans la majorité des cas, la ponction palliative, parce qu'elle suffit, à leur sens, pour prolonger souvent de plusieurs années la vie des malades.

Mais, à mon avis, la ponction simple est un moyen bien insuffisant qui, le plus souvent, laisse reproduire promptement la tumeur, ce qui n'est pas toujours aussi inoffensif qu'on a bien voulu le dire, puisque quelques-uns de nos collègues ont observé des cas de mort à la suite de la simple parencentèse. Vous n'avez pas oublié les faits cités par MM. Velpeau, Cruveilhier et Malgaigne lui-même. M. Ducloul a résumé dans sa thèse les statistiques de Southam, de Lée, de Kiwisch, et il en résulte que sur 130 femmes ponctionnées, *toujours palliativement*, 22 ont succombé quelques jours ou quelques heures après la ponction. Je répéterai donc, après M. Velpeau, qu'il faut y regarder à deux fois avant de pratiquer cette opération palliative. Je ne nie point que dans bien des cas la ponction simple n'ait soulagé les malades et contribué à prolonger un peu leur vie ; mais les chiffres de mort cités plus haut démontrent toute son insuffisance.

Je ne reviendrai pas sur les diverses opérations proposées pour obtenir la cure radicale des kystes ovariques; je me bornerai à examiner la valeur des injections iodées, et pour cela j'interrogerai les résultats que cette méthode a déjà donnés : ce sera le moyen de juger l'arbre par ses fruits.

M. Boinet m'a communiqué 44 cas dans lesquels il a employé les injections iodées. Ces 44 observations ont été prises sur des femmes dont l'âge variait de 15 à 78 ans. C'est assez dire que, pour M. Boinet, tous les âges sont égaux devant les injections iodées. Trente de ces kystes étaient uniloculaires ; parmi eux, vingt et un contenaient un liquide séreux, coulant très facilement; deux renfermaient un liquide légèrement sanguinolent ; six un liquide purulent ou séro-purulent ; trois un liquide hydatique : un était compliqué de tumeur fibreuse. Sur ces vingt et un kystes, dix-neuf ont guéri après une ou plusieurs ponctions et injections, et deux malades ont succombé à la péritonite et à la résorption purulente. Au dire de M. Boinet, les imprudences des opérées auraient été cause de ces accidents. Des deux femmes qui avaient un liquide sanguinolent, l'une est guérie ; l'autre, qui avait deux tumeurs kystiques, en a vû une se reproduire. Des six kystes purulents, quatre ont guéri, une récidive, une mort. Les trois kystes hydatiques ont guéri.

Ainsi, sur ces 31 kystes appartenant à 30 malades, il y a eu en résumé 27 guérisons, 3 récidives, 2 morts.

Malheureusement, les autres variétés de kystes offrent des résultats beaucoup plus fâcheux.

Deux kystes uniloculaires, à liquide filant et albumineux, ont donné une mort et une guérison.

Sur onze malades affectées de kystes multiloculaires et traitées par M. Boinet, six sont mortes ; cinq n'ont pas été guéries et sont regardées par lui comme incurables.

De la pratique de M. Boinet, on peut donc conclure que les kystes séreux uniloculaires guérissent presque tous par les injections iodées ; que les kystes uniloculaires, contenant un liquide séro-sanguinolent, offrent, après ceux-ci, les chances les plus favorables. La méthode ne me paraît pas encore devoir être jugée pour les kystes à liquide épais et albumineux. Elle ne semble pas applicable aux kystes multiloculaires.

M. Monod, sur 8 observations, compte 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort. Il emploie, comme on sait, la solution de Guibourt.

Les faits de M. Nélaton ont été publiés ; vous connaissez aussi ceux de M. Huguier et de M. Robert.

Les observations qui m'ont été communiquées par MM. Demarquay, Giraldès, Maisonneuve, Sère (de Muret), Bigot (d'Évreux); et celles qui appartiennent au professeur Simpson, d'Édimbourg, sont également favorables à la méthode des injections iodées.

Dans deux cas qui m'ont été communiqués par MM. les docteurs Rechlmann, de Epsig et Philippart, de Roubaix, les malades ont succombé à une péritonite rapidement mortelle.

En additionnant tous ces faits, nous avons 117 cas de kystes ovariques traités par les injections iodées, tantôt simples, tantôt avec la canule laissée à demeure. Ces faits ne laissent aucun doute sur les avantages du procédé des injections iodées; mais les résultats fournis par la sonde à demeure sont tellement défavorables, qu'il ne faudra désormais rien moins qu'une nécessité des plus impérieuses pour autoriser le chirurgien à tenter un pareil procédé.

Un fait vraiment fort remarquable, c'est que sur ces 117 observations, il n'en est pas une seule dans laquelle l'injection iodée ait produit des accidents sérieux. Quand l'iode n'a pas guéri, il a amélioré les conditions du kyste, modifié avantageusement la nature du liquide, diminué la sécrétion et réduit plus ou moins le volume de la tumeur.

Dans les cas favorables, je crois que la maladie peut se terminer de trois manières différentes : tantôt le volume de la tumeur diminue sans perdre son caractère de kyste et sans être à l'abri des récidives ; tantôt le kyste est remplacé par une tumeur dure, sans fluctuation, et dont le volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme : enfin, dans certaines circonstances, je n'ai pu trouver trace de tumeur.

Le diagnostic préalable de la forme du kyste, et de la nature du liquide qu'il contient, a-t-il bien toute l'importance que lui ont prêtée la plupart des orateurs qui m'ont précédé à cette tribune ? Je ne le pense pas. La ponction une fois pratiquée, toutes les incertitudes disparaîtront : vous serez alors suffisamment éclairés, et sur la nature du liquide et sur la multiplicité des poches ; et, en supposant le cas très défavorable, vous vous arrêterez, et la malade en sera quitte pour une simple ponction.

En résumé, il me semble prouvé par tout ce que je viens de dire :

1° Que les kystes de l'ovaire constituent une maladie des plus graves et assez promptement mortelle.

2° Que la ponction dite palliative ne guérit que dans les cas très exceptionnels, ne soulage que pour peu de temps, expose les malades à des dangers sérieux, sans leur offrir, en compensation, les chances probables d'une vie moyenne.

3° Que la ponction, suivie de l'injection iodée, est, dans l'état de la science, le moyen le plus sûr et le moins dangereux de guérir cette maladie jusqu'alors incurable.

4° Qu'il est aujourd'hui plus que rationnel d'y recourir dans tous les cas de kystes séreux, hydatiques et multiloculaires.

5° Que si les kystes séro purulents ou séro-sanguinolents offrent moins de chances de guérison, les résultats obtenus par M. Boinet autorisent à en tenter la cure radicale.

6° Que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux, ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Mais enfin, n'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine? Ici j'éprouve le besoin de protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs de nos collègues contre l'extirpation des ovaires. Réservée pour les kystes multiloculaires et aréolaires, pour ceux dont le liquide est albumineux ou gélatineux, je n'hésite pas à déclarer que, dans ma conviction, l'opération est pleinement justifiable. Malgré les erreurs nombreuses de diagnostic, malgré les incertitudes, les tâtonnements que rencontre à son début tout procédé opératoire, près des trois quarts des femmes ont survécu à l'opération et ont guéri. N'est-il donc pas rationnel de tenter cette opération suprême sur des femmes qui portent un kyste de l'ovaire incurable par les autres moyens, et de chercher à les débarrasser d'une tumeur qui amènera une mort prématurée après de longues et de cruelles souffrances?

L'orateur, en terminant, exprime l'espoir que l'Académie saura un jour payer la dette de la science et de l'humanité envers le docteur Boinet, à qui appartient l'honneur d'avoir prouvé les avantages des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

M. *Costilhes* annonce à la Société que M. Téallier, à la suite d'une chute, a eu le malheur de se fracturer la jambe. La santé de cet honorable confrère est aujourd'hui assez satisfaisante.

M. *le président* prie M. Costilhes de transmettre à la famille de M. Téallier toutes les sympathies de la Société, à l'occasion de cette fâcheuse nouvelle.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La commission de l'examen des employés se réunit pour constater l'état de plusieurs malades.

TRANSMISSION SUPPOSÉE D'ACCIDENTS SYPHILITIQUES DE L'ENFANT A LA NOURRICE; QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE.

M. *Boinet*: Je vais présenter complétement à la Société un fait dont je l'ai entretenue imparfaitement à la dernière séance. Cette observation n'est pas un exemple d'infection de la nourrice par la syphilis de l'enfant, comme on l'a cru et jugé, mais un exemple assez rare, d'ailleurs, d'une nourrice déjà contaminée recevant un nourrisson syphilitique. L'examen que j'en ai fait a eu lieu, il est vrai, trois mois après le commencement de l'allaitement; mais il a démontré chez la nourrice l'existence d'un mal de gorge existant au moment de l'entrée de la nourrice chez les époux X..., et ayant pris cinq jours après une intensité plus considérable; circonstance qui exclut la possibilité d'une infection par l'enfant, dont les symptômes de syphilis étaient non transmissibles (onyxis aux orteils, érythème papuleux au front). Mais voici le fait dans tous ses détails.

OBS. — Un enfant de quatre mois et demi, né d'un père qui autrefois a eu plusieurs affections vénériennes, est venu au monde fort et bien portant... Trois semaines, un mois après sa naissance, apparaissent : 1° sur la figure, quelques taches d'un érythème papuleux ; 2° des onyxis syphilitiques.

Cet enfant est confié à une première nourrice qui l'allaite pendant cinq semaines, sans être infectée par ce nourrisson, quoiqu'elle l'ait allaité pendant quinze jours encore après la manifestation des accidents syphilitiques secondaires que je viens de signaler. Pendant cette période de temps, le médecin qui soigne habituellement l'enfant et le voit tous les jours n'a jamais remarqué d'autres signes de syphilis que ceux que je viens de signaler, ni ulcérations ou fissures à la bouche ou aux lèvres, à l'anus, aux fosses nasales, ni coryza syphilitique. A la suite d'une consultation, on propose à la nourrice de se soumettre à un traitement spécial, dans le but de guérir l'enfant par son lait devenu médicamenteux. Cette première nourrice ayant refusé d'allaiter l'enfant, on s'adresse à une seconde qui accepte ; elle consent à se soumettre à un traitement spécial et dépuratif dans l'intérêt de ce nourrisson. Cette nourrice ne suit pas le traitement qui lui a été conseillé.

A l'arrivée de cette seconde nourrice, l'enfant a cinq semaines. Il présente pour symptômes syphilitiques un érythème papuleux à la figure et des onyxis syphilitiques. De son côté la nourrice est atteinte d'un mal de gorge, qu'elle ne soigne pas, accoutumée qu'elle est à ce genre d'affection. On constate, et cette femme reconnaît, qu'elle a la voix enrouée. Cinq jours après son entrée, ce mal de gorge devient plus intense et continue pendant tout le reste du temps qu'elle allaite cet enfant; il ne cède pas à plusieurs gargarismes, et la voix reste enrouée ; mais comme cet état lui est habituel, suivant son dire, elle ne s'en préoccupe pas, et dans la maison on n'y apporte aucune attention.

Appelé à examiner cette nourrice trois mois environ après son entrée, le 20 janvier 1856 (elle était entrée le 20 octobre 1855), je constate que sa voix est enrouée, nasonnée, et d'une manière si prononcée, que je soupçonne une perforation du voile du palais; et sur les observations que je fais à cette nourrice et aux assistants qui la voient tous les jours, on m'affirme que cet enrouement et ce nasonnement ont toujours été observés chez cette nourrice depuis son entrée à la maison. En examinant sa gorge, dont elle ne se plaint pas, je trouve sur les deux amygdales et sur les piliers du voile du palais, deux larges ulcérations gris-blanchâtre dont la nature me paraît très marquée : ce sont des plaques muqueuses syphilitiques secondaires. Je ne découvre rien dans les autres parties de la bouche, ni aux lèvres. Sur les deux seins, autour du mamelon, je constate également deux larges plaques muqueuses, très caractéristiques. Ces plaques ont l'étendue d'une pièce de cinq francs. Cette nourrice déclare que le début des ulcérations qu'elle a au sein remonte à environ un mois, mais que cela ne l'empêche pas de donner à teter; que d'ailleurs elle s'en occupe fort peu puisque plusieurs fois déjà en allaitant ses enfants, elle a eu du mal aux seins, et que ce mal s'est toujours guéri seul. J'ajouterai 1° que cette nourrice n'avait pas de lait, et que pour conserver sa place de nourrice elle avait la précaution, d'abord de masquer ces plaques muqueuses du sein en les recouvrant d'un linge percé au centre pour laisser passer le mamelon, et qu'elle ne réclamait aucun secours pour la guérison de ces ulcérations; 2° que, lorsqu'elle sortait pour promener l'enfant, elle disait aux personnes qui lui demandaient pourquoi elle ne lui donnait pas à teter lorsqu'il criait, que les parents ne voulaient pas que leur enfant tetât dehors; qu'aux parents elle disait que l'enfant ne voulait pas teter le jour, et à la maison qu'il ne voulait teter que dehors ou la nuit. Aussi était-on obligé de donner des aliments à cet enfant qui dépérissait et criait jour et nuit. D'autres renseignements m'apprirent ensuite que cette nourrice ne voulant pas avouer qu'elle n'avait plus de lait, faisait manger cet enfant dehors et en cachette des parents. J'ai appris également qu'elle n'avait pas suivi le traitement antisyphilitique qui lui avait été conseillé.

Un examen des parties génitales de cette femme accouchée depuis huit ou neuf mois, n'a laissé voir aucune trace de syphilis; le mari de cette nourrice a été également examiné et a donné un résultat négatif; il en a été de même pour l'enfant de la nourrice qui au moment de l'examen avait huit ou neuf mois.

Sur ces entrefaites, le nourrisson infecté, c'est-à-dire offrant toujours un érythème papuleux de la face et des onyxis syphilitiques, fut confié à une troisième nourrice avant d'avoir subi aucun traitement. Cette troisième nourrice, pas plus que la première, n'a été infectée. A partir de ce moment, cet enfant prit pour toute nourriture le lait de la nourrice, et sa santé s'améliora promptement ; il reprit de la force, de la fraîcheur et de l'embonpoint. Cet enfant a aujourd'hui quatorze mois et jouit d'une excellente santé, ainsi que sa troisième nourrice qui l'allaite depuis bientôt neuf mois. Celle-ci n'a jamais eu la moindre trace d'accidents syphilitiques quoique l'enfant eût conservé son érythème papuleux sur plusieurs points de la figure et des onyxis syphilitiques. Depuis il a été soumis à un traitement spécial qui a fait disparaître ces accidents.

Maintenant, les faits étant tels que je viens de les présenter, est-il possible de décider d'une manière positive : 1° si cet enfant, atteint d'accidents secondaires de syphilis (ceux que j'ai indiqués, érythème papuleux, onyxis), a pu communiquer la syphilis ; 2° si les accidents que la nourrice a présentés du côté de la gorge dès son entrée (mal de gorge, voix enrouée , nasonnement, et cinq jours plus tard, aggravation de ces accidents), doivent être considérés comme communiqués par le nourrisson , de même que les plaques muqueuses qui ont apparu aux seins deux mois et quelques jours après l'entrée de la nourrice; ou bien, ces plaques muqueuses, venues deux mois et demi après cette entrée, proviendraient-elles de la même cause que le mal de gorge, et ce mal de gorge lui-même existant dès l'entrée de la nourrice, mal de gorge dont elle se dit coutumière et auquel elle n'apporte aucune attention, quoiqu'il soit accompagné d'un enrouement très prononcé, d'une voix

nasonnée, ne serait-il pas une raison pour soupçonner que cette nourrice était malade avant d'entrer comme nourrice, et de la même maladie que l'enfant. Pour ce qui me concerne, et après avoir étudié avec un soin tout particulier ce fait intéressant, je n'oserais me prononcer d'une manière positive ; aussi serais-je heureux de m'éclairer des avis de mes confrères.

Discussion.

M. *Pietra Santa:* Au point de vue de la vérole chez la nourrice, il ne faut pas oublier que le premier examen du médecin qui en a constaté l'existence eut lieu seulement trois mois après le commencement de l'allaitement d'un nourrisson manifestement infecté. M. Boinet, dans la relation du fait qu'il vient de communiquer à la Société, n'a pas tenu assez compte de cette circonstance. Scientifiquement parlant, la discussion ne peut pas porter sur ce point, car l'infection a eu tout le temps de se produire et de déterminer, chez la nourrice, les accidents dont on vient de parler.

M. *Richard :* Dans la communication de M. Boinet, il y a trois questions à examiner : 1° la question de fait; 2° une question de doctrine ; 3° une question de pratique. Pour la question de fait, nous voyons d'abord la vérole de l'enfant, puis la vérole de la nourrice, qui, dans l'espèce, l'a manifestement reçue de son nourrisson. La filiation des accidents ne me paraît pas contestable. La question de doctrine présente plus de difficultés à résoudre, car elle se rattache à la contagion des accidents secondaires; et sur ce point, chaque théorie présente une interprétation différente. Quelques faits que je citerai tout à l'heure ont ébranlé la conviction dans laquelle j'avais été élevé relativement à la non-contagion des accidents secondaires de la syphilis, contagion qui me paraît aujourd'hui devoir être possible dans certaines conditions.

Enfin, la question de pratique est celle-ci : quand on croit à la contagion des accidents secondaires, on doit nourrir les enfants au biberon.

Voici les trois faits dont je parlais tout à l'heure :

Obs. I. — Un étudiant a des plaques muqueuses au-dessous du prépuce, douze jours après le coït. La femme qui l'a infecté et qui était aussi la première avec laquelle il contractait des rapports sexuels, portait des plaques muqueuses datant de sept mois et déjà cautérisées à Lourcine. Nous avons eu soin de nous assurer qu'il n'existait aucune trace de chancre, soit chez l'un, soit chez l'autre. Chez l'étudiant, la syphilis a suivi toutes ses phases, et divers accidents se sont successivement manifestés.

Obs. II. — Une jeune femme, fille d'un honorable confrère, épouse un jeune homme ayant seulement un psoriasis palmaire syphilitique. Trois mois après son mariage, elle présentait à la face interne de la lèvre inférieure une plaque muqueuse dont la source ne nous paraît être que la contagion des accidents existant chez le mari. Il nous répugnerait de suspecter ici la vertu de cette jeune femme, en cherchant dans une autre infection la cause de la plaque muqueuse.

Obs. III. — Une autre femme, mais de mœurs plus suspectes, portant à la lèvre une plaque muqueuse suivie d'adénite sous-maxillaire, de roséole et d'autres accidents syphilitiques, communique la plaque muqueuse de la lèvre à une autre femme avec laquelle elle couche.

M. *Géry :* Après les faits cités par M. Richard, je crois devoir rapporter les deux exemples suivants à l'appui de la contagion de la syphilis de l'enfant à la nourrice. Il y a vingt ans environ que les choses se sont passées dans le pays même où j'exerçais alors la médecine. Deux nourrices vinrent à Paris pour chercher des enfants ; elles ne firent pas de séjour dans la capitale ; et, plus tard, elles présentèrent les signes d'une infection syphilitique qui leur avait été communiquée par les nourrissons déjà vérolés. C'est par des ulcérations au voile du palais que se manifesta l'infection. Je dois déclarer que les maris de ces femmes n'avaient point la vérole, et que je ne connaissais pas dans toute la contrée environnante, pas plus que mes autres confrères, d'exemple de syphilis. Quelle pouvait donc être la source de la syphilis des nourrices, si ce n'était leurs propres nourrissons ?

M. *Boinet:* La contagion de certains accidents secondaires n'est, je crois, mise en doute par personne. Mais il faut reconnaître que tous ces accidents ne sont pas également transmissibles, témoin le fait que j'ai rapporté ; car l'enfant atteint d'un érythème papuleux syphilitique n'a rien communiqué à deux autres nourrices. Lorsqu'il n'existe aucun suintement, on conçoit difficilement que la contagion puisse avoir lieu ; c'est ce qui me fait mettre en doute, dans le fait cité par M. Richard, la transmission d'une plaque muqueuse à la lèvre par un homme atteint seulement d'un psoriasis palmaire. Je crois qu'on peut être autorisé à supposer l'existence d'un autre symptôme inaperçu par l'observateur.

M. *Forget :* J'appuie la dernière objection présentée par M. Boinet contre le fait de M. Richard. Quant aux deux autres communiqués aussi par notre honorable confrère, je ne les accepterai qu'avec une extrême réserve. Malgré le soin qu'a pris M. Richard de s'assurer qu'il n'existait pas de chancre, on ne pourrait pas affirmer, ce me semble, qu'il n'y a pas eu transformation *in situ* du chancre.

Passant ensuite à l'examen de la contagion des accidents secondaires, M. Forget conclut, non pas à la négative, mais au doute, et il se fonde, pour motiver ses réserves, sur les opinions bien arrêtées de M. Ricord et de M. Cullerier. Cependant, il reconnaît que la question mérite un sérieux examen, puisque des observateurs consciencieux et instruits apportent un assez grand nombre de faits à l'appui de la transmissibilité des accidents secondaires.

M. *Richard* : Toutes les questions qui se rattachent à la contagion des maladies sont toujours délicates et pleines de difficultés. En ce qui concerne la syphilis, je ne crois pas qu'on puisse dire quels sont, parmi eux, les accidents communicables ou non. On a tort, à mon avis, de rattacher exclusivement la contagion à l'existence d'une sécrétion plus ou moins abondante. Aussi, au point de vue de l'allaitement, le praticien doit conseiller d'élever au biberon tout enfant infecté, même quand il n'existerait que des lésions non suintantes.

Cette manière de voir répondrait, au besoin, aux objections soulevées contre les faits dont j'ai entretenu la Société, si je ne pouvais donner l'assurance que les symptômes communiqués dans le premier et le troisième cas étaient réellement des plaques muqueuses et non des chancres transformés. Dans le deuxième fait, chez le jeune homme atteint de psoriasis palmaire, existait-il un autre symptôme que je n'aurais pas vu ? C'est une objection que j'accepte.

M. *Briquet*: Quand on parle du respect pour les théories, on devrait ne pas oublier que la contagion des accidents secondaires était admise avant M. Ricord. Quant à la contagion elle-même, on l'a fait dépendre d'une matière suintante. Je crois, comme M. Richard, que c'est un tort. Non-seulement on ne sait pas où existe le virus, mais on ignore encore toutes les conditions de transmissibilité. Je crois donc qu'on ne peut pas prouver la non-contagion des lésions non suintantes.

M. *Boinet*: Je ne crois pas à la contagion des accidents syphilitiques non suintants. Cette opinion n'est pas justifiée par les faits, et c'est pour ce motif que je n'ai pas conseillé l'allaitement au biberon pour l'enfant dont j'ai relaté l'histoire.

M. *Bourguignon* : La question de la contagion des accidents secondaires ne saurait être résolue sans l'expérimentation. Ce n'est qu'en employant ce dernier moyen, auquel la théorie du chancre a emprunté toute sa force, qu'on parviendra à démontrer dans quelles conditions peut se produire la transmissibilité de la syphilis secondaire.

M. *Forget* exprime la même opinion en faisant remarquer que l'inoculation positive de certains accidents secondaires obtenus par quelques observateurs a seule fait naître des doutes sur la valeur de la théorie de M. Ricord.

M. *Cazeaux:* Il me semblerait utile de résumer la discussion précédente, en appelant l'attention de la Société sur le côté pratique de la question, sur la conduite à tenir pour l'allaitement de l'enfant, mais dans des circonstances particulières que je vais préciser. Je désirerais avoir sur ce sujet l'avis de mes confrères.

Un enfant de père et de mère infectés vient au monde sans symptômes apparents. Que convient-il de faire pour l'allaitement? Dans un cas, l'enfant peut succomber, s'il n'a pas de nourrice; dans l'autre, il y a possibilité d'infection ultérieure. La question me semble délicate. D'abord, on peut se demander si fatalement l'enfant aura la syphilis; ensuite peut-on trahir le secret médical, en prévenant la nourrice? Dans un cas semblable, je n'ai rien dit à la nourrice, qui a été infectée.

M. *Briquet* émet l'avis que, lorsque la mère ne peut pas allaiter elle-même, ce qu'on devrait chercher à obtenir dans un cas semblable, la nourrice doit être prévenue des conditions exceptionnelles dans lesquelles va se faire l'allaitement. C'est la seule conduite que puisse tenir le médecin, et qui le mette à l'abri de toute responsabilité judiciaire.

M. *Cazeaux* croit que le médecin ne doit pas trahir le secret médical, ce qu'il ferait en prévenant la nourrice. C'est sur les parents que retombe toute la responsabilité, et l'on ne saurait en rendre le médecin complice, car son rôle n'a consisté qu'à choisir la nourrice.

M. *Forget* ne comprend pas le secret médical comme M. Cazeaux. Il pense qu'il ne peut pas y avoir secret, lorsqu'une personne innocente peut en être victime. Dans les conditions que M. Cazeaux vient de spécifier, le médecin doit se refuser à toute participation dans le choix de la nourrice.

M. *Bourguignon* pense que la conduite du médecin doit être dictée par l'état de l'enfant au moment de la naissance. Si l'enfant vient au monde avec les signes de la vérole, il faut conseiller l'allaitement au biberon. Dans le cas contraire, tout en permettant l'allaitement par la nourrice, le médecin devra surveiller attentivement la santé de l'enfant, afin de le faire suspendre lors de la première manifestation syphilitique.

La séance est levée à cinq heures.

—

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 21 NOVEMBRE 1856.

Suite de la discussion sur l'hystérie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la pneumonie fausse ou nerveuse, par M. SCALZAFERRI.

Sur la pneumonie, par M. GORDON.

Doctrine de M. Lebeau sur la pleuro-pneumonie, par M. HERPAIN.

Existe-t-il une pneumonie *fausse*, c'est-à-dire un ensemble pathologique analogue à celui qui appartient à la pleuro-pneumonie ordinaire, et où néanmoins les lésions de la plèvre ou des poumons ne soient qu'une circonstance indirecte de la maladie? Il importe de bien s'entendre à cet égard. Les rares autopsies publiées par les auteurs qui ont le plus parlé de la fausse péripneumonie, par Stoll en particulier, suffisent pour montrer que la lésion pulmonaire ne manquait pas dans cette maladie; mais ce n'est pas non plus dans l'absence de l'altération du poumon que les auteurs plaçaient le caractère de l'espèce. Pour eux, une pneumonie était fausse quand, au lieu de prendre naissance, avec le caractère franchement inflammatoire, dans l'organe pulmonaire, elle n'était que l'effet éloigné d'un autre état morbide, comme seraient, par exemple, un état saburral ou bilieux des premières voies, une fièvre rhumatoïde, une fièvre ataxique. Or, non-seulement l'observation moderne ne peut repousser cette manière de voir; mais, sous des formes différentes, avec un langage différent, elle l'a pleinement confirmée et même établie sur des bases plus larges et avec plus de précision. Qu'on fasse rentrer le rhumatisme, la fièvre adynamique, l'état bilieux, dans l'étiologie de la pneumonie, ou que, en décrivant la pneumonie, on en distingue une qui dérive de l'état bilieux, de l'adynamie, du rhumatisme, le fond est toujours le même, et la question pratique est celle de savoir si la pneumonie, ainsi dominée par un état morbide préexistant, diffère de la pneumonie simple et franchement phlegmasique. A cet égard, l'affirmative n'est pas douteuse. La pneumonie typhoïde est assez connue, et l'on sait mieux que les anciens en quoi elle diffère de l'inflammatoire. On connaît moins la pneumonie bilieuse, quoiqu'il ne ne nous semble pas possible d'en contester l'existence. Les médecins des pays à fièvres n'ignorent pas que la pneumonie, comme beaucoup d'autres états d'apparence phlegmasique, n'y est souvent qu'une expression de l'intoxication paludéenne; nous ne parlons pas de cette pneumonie intermittente dont il était question tout récemment dans ce journal (n° 41, p. 726), mais bien de la pneumonie continue comme complication de la fièvre à quinquina. On parle peu de la pleuro-pneumonie rhumatique, ou plutôt on ne parle, sous cette dénomination, que de celle qui succède au rhumatisme articulaire aigu; et pourtant, il y en a une forme, appelée aussi *nerveuse*, ordinairement à marche ataxique, qui se lie tantôt à une infection miasmatique pernicieuse, tantôt à une infection purulente, tantôt à une fièvre éruptive anomale, et qui se distingue, comme la pneumonie qui succède au vrai rhumatisme, en ce que le point de côté initial n'est que la fixation en un lieu particulier de douleurs erratiques qui se sont déjà promenées et peut-être se promèneront encore ailleurs, notamment dans les articulations et dans les muscles.

C'est précisément de cette forme de pneumonie fausse que traite M. Scalzaferri, et le premier reproche à lui adresser est de paraître croire qu'il n'y en a pas d'autre; car non-seulement il ne parle que de celle-là, mais encore il donne à son travail ce titre général: *De la pneumonie fausse ou nerveuse* (*Sulla pneumonitide spuria o nervosa*). Un autre tort est de passer sous silence les caractères anatomiques; car ce n'est pas assez de dire que la gravité des symptômes n'est pas proportionnée *à l'intensité du processus inflammatoire* (1). Mais le reste de la description est conforme à celle qu'en ont déjà donnée Baglivi, sous le même nom de pneumonie nerveuse, et Stoll, Sarcone, etc., sous le nom de pneumonie rhumatique ou rhumatismale. Pour ne pas entrer dans de trop longs détails, nous rappellerons seulement les trois caractères principaux de cette affection: 1° forme rémittente de la fièvre; 2° marche insidieuse et gravité insolite de la maladie, faiblesse et inégalité du pouls, prostration, délire; 3° extrême acuité et étendue remarquable de la douleur de côté. Ce dernier caractère a été fréquemment signalé. Stoll écrit: « La douleur s'étendait à la région précordiale, au bas-ventre, souvent à tout le thorax et entre les épaules (*Médecine pratique*, constitution de 1775). » Sarcone insiste également: « Quant à nous, il nous suffit d'observer qu'il y a une classe de maladie aiguë de poitrine dans laquelle l'action *principale* est représentée par la douleur.... Notre maladie rhumatique aiguë de poitrine se réduisait donc d'abord à une douleur qui naissait le long de l'appareil musculaire antérieur de la poitrine, dans un ou plusieurs endroits, et quelquefois avec l'affection correspondante des muscles dorsaux. » Et M. Scalzaferri note à son tour que la douleur descendait vers les fausses côtes.

L'auteur considère cette espèce pneumonique comme se rattachant aux fièvres intermittentes qui règnent dans la campagne de Rome.

On comprend, sans qu'il soit utile d'y insister, de quelle importance pratique sont les distinctions que nous avons cherché à établir précédemment, puisque la thérapeutique peut varier du tout au tout selon l'espèce de pneumonie qu'on aura sous les yeux. (*Bulletino della scienze mediche*, août 1856)

— C'est à un tout autre point de vue que M. Gordon cherche à distinguer diverses espèces, ou plutôt diverses formes, de pneumonie. Il y a, suivant lui, trois formes de pneumonie primitive, suivant que le siége des dépôts morbides ou de toute autre altération

(1) Nous devons dire que le *Bulletin des sciences de Bologne* ne donne qu'un extrait de ce travail, qui a été lu à la Société médico-chirurgicale de Bologne.

est originairement ou dans les vésicules aériennes, ou dans le tissu cellulaire, ou dans le système vasculaire du poumon. Quant à présent, il ne s'occupe que de la dernière forme. Aussi bien, les deux premières sont assez connues, et il n'y a pas longtemps que nous avons eu à nous en occuper (n° 38, p. 674).

Qu'est-ce donc que la pneumonie qui a *son siége primitif dans l'intérieur des vaisseaux pulmonaires?* Y a-t-il réellement une pneumonie de ce genre? Rien, suivant nous, ne le prouve dans le travail de M. Gordon. Il commence par déclarer que la chose n'est pas facile à reconnaître, même sur le cadavre; puis, il en donne la description suivante : Dans le premier degré de la maladie, à l'ouverture du thorax, le poumon s'offre avec une couleur bleu-foncé. Cette coloration est très fugace ; elle est complétement disparue au bout de trois ou quatre heures. Le poumon, saisi avec la main, donne la sensation d'un muscle ; mais, à la différence de ce qu'on observe dans la *carnification*, il est plutôt augmenté que diminué de volume ; mais il n'est pas non plus aussi développé que dans la pneumonie ordinaire. Il est ferme et dense, tombe au fond de l'eau, mais ne laisse voir, à la coupe, aucune tendance à passer à l'hépatisation proprement dite, et n'est pas crépitant. Plus tard, « le poumon tourne à un état *qui a quelque chose de la dégénération gangréneuse.* » Il se fait dans les bronches une sécrétion qui asphyxie le malade, et le parenchyme pulmonaire offre à l'autopsie une couleur gris sale (*dirty grey*). C'est cet état anatomique que M. Gordon prétend différencier, non-seulement de la pneumonie vésiculaire, mais encore de la pneumonie intervésiculaire, et de ce ratatinement du poumon que M. Gairdner regarde comme lié à l'obstruction des bronches.

Quant aux symptômes, il les présente aussi comme spécifiques. Le malade tombe dans le collapsus, accuse une grande faiblesse ; la face devient d'un rouge noirâtre, la peau livide et froide ; tout cela a lieu souvent d'une manière subite. Grande dyspnée, tantôt sentie par le malade lui-même, tantôt accusée seulement par la fréquence des mouvements respiratoires, qui ont le caractère diaphragmatique. Pouls petit, faible, très rapide. Peu ou pas de fièvre. Il y a rarement de la toux, mais fréquemment une douleur de côté qui n'est pas toujours rapportée au point où les signes physiques accusent le siége du mal. Matité dans une certaine étendue du thorax, quelques fois en haut, d'autres fois en bas, d'un seul ou des deux côtés. Au niveau de la matité, absence ou grande faiblesse du murmure respiratoire.

Cette affection est souvent épidémique, survient quelquefois dans le cours d'autres maladies, et attaque dans beaucoup de cas des personnes dont la santé est habituellement excellente.

M. Gordon assure, sans rapporter ni même mentionner une seule expérience, que la cause du mal consiste en une augmentation de la fibrine du sang, par suite de la transformation d'une grande quantité d'albumine en fibrine ; d'où il résulte tout à la fois un déchet de la matière nutritive du sang et l'engorgement des capillaires par suite d'un excès de fibrine. (*The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, août 1856.)

Ne nous arrêtons pas à la théorie. Il est impossible, en lisant cette description, de n'y pas reconnaître le tableau d'une maladie bien connue, pas très rare, décrite dans les traités classiques, et qu'on nomme la *congestion pulmonaire*. Il n'y a rien dans ce qu'en dit M. Gordon qui ne se trouve dans des travaux d'une grande notoriété, notamment dans ceux de MM. Devergie et Lebert. Il ne s'agit pas assurément d'une pneumonie vésiculaire ni d'une pneumonie intervésiculaire ; mais il ne s'agit pas davantage d'une autre forme de pneumonie. Les vaisseaux du poumon s'engorgent brusquement sous une foule d'influences diverses, telles que la pléthore, une affection organique du cœur, les excès alcooliques, parfois sans cause bien appréciable, et avec des apparences qui permettent de supposer une névrose du plexus pulmonaire. Le traitement varie nécessairement avec les conditions étiologiques, mais la saignée, une saignée abondante et à gros jet, en est le moyen le plus ordinaire. Il y a même des cas où, faute de saignées, le malade meurt promptement asphyxié.

— **Tout le monde sait que, dans la pneumonie arrivée à l'hépatisation**, on observe quelquefois, au lieu du souffle tubaire, une absence complète du bruit respiratoire. Nous n'approuvons pas du tout qu'on paraisse ne pas se préoccuper de l'explication de ce phénomène exceptionnel, car il tient nécessairement à des conditions physiques particulières, et nul ne peut dire jusqu'à quel point le diagnostic, la thérapeutique sont intéressés à la connaissance de ces conditions. C'est ce que M. le médecin principal Lebeau (de Bruxelles) a très bien compris, et le travail annoncé plus haut, qui n'est que le résumé d'opinions déjà anciennes, est destiné à établir précisément que l'existence du souffle tubaire et l'absence de tout bruit respiratoire dans l'hépatisation pulmonaire répondent à des états pathologiques différents. Reste à savoir si l'explication de notre savant confrère de Bruxelles est exacte.

Suivant M. Herpain, qui n'est ici que l'interprète de M. Lebeau, l'hépatisation pulmonaire, sans épanchement pleural, ne donne lieu qu'à la faiblesse, à l'obscurité ou à l'absence du bruit respiratoire. Quand il existe du souffle tubaire, c'est qu'il y a en même temps épanchement dans la plèvre. M. Lebeau appuie sa manière de voir sur des considérations théoriques et sur des faits d'observation. Théoriquement, M. Herpain ne comprend pas que la seule hépatisation, quand l'air a moins de surface de frottement qu'à l'état normal, quand il parcourt un trajet moins long, quand il n'y a plus ni expansion pulmonaire ni déplacement des liquides, devienne la cause d'un bruit intense, d'autant plus que le parenchyme, alors ramolli, doit être un mauvais conducteur du son. Il rappelle, en fait, que l'épanchement pleurétique accompagne presque constamment la pneumonie ; que le liquide, contrairement à ce qu'on croit généralement, reste confiné dans le lieu où il s'est formé ; que le souffle bronchique, attribué d'un commun accord à la pleurésie avec épanchement, ne diffère pas en réalité du souffle rapporté à l'hépatisation ; que le souffle est plus rare chez le vieillard que chez l'adulte, et que précisément la pneumonie du vieillard s'accompagne moins fréquemment de pleurésie. (*Archives de médecine militaire*, t. XVII, 1er et 2e cahiers.)

Telle est la doctrine de M. Lebeau, à laquelle nous ne pouvons nous abstenir d'adresser quelques objections, malgré la haute estime que nous professons pour cet observateur distingué. Si c'est l'épanchement qui seul donne lieu au souffle bronchique, il faut retrouver le souffle toutes les fois que l'épanchement existe *avec* ou *sans* hépatisation. Or, il est certain que ce signe stéthoscopique n'existe pas invariablement dans la pleurésie avec épanchement. On sait aussi, et l'auteur le rappelle lui-même, que le souffle tubaire est parfois extrêmement circonscrit, limité, par exemple, à l'étendue d'une pièce de 5 francs. Peut-on supposer un épanchement aussi limité ? Et si le liquide occupe une plus grande étendue, puisqu'il est « favorable à la transmission des sons, » puisqu'il les « propage, » puisqu'il leur donne « plus d'étendue et un timbre plus sonore, » comment se fait-il que le souffle tubaire ne s'entende pas dans un plus grand espace ? Le liquide pleural peut n'être pas aussi mobile qu'on l'a dit; mais, à coup sûr il ne s'enkyste pas aussi hermétiquement ni aussi vite que le suppose la doctrine de l'auteur, et nous avons peine à comprendre qu'un souffle existant dans la fosse sus-épineuse soit toujours dû à la présence de quelques cuillerées de liquide enchaînées dans cette région.

Quant aux objections théoriques, elles nous paraissent contestables. Dans le cas de pneumonie, l'oblitération d'une partie des vésicules n'empêche pas la poitrine de se dilater plus fortement, plus brusquement qu'à l'état normal, et l'air de se précipiter avec une impétuosité insolite dans les gros tuyaux bronchiques. C'est là vraisemblablement que se produit le souffle transmis avec une intensité particulière et un timbre spécial par le poumon, non-seulement devenu plus dense, mais aussi plus rapproché des parois thoraciques. M. Lebeau a raison : le souffle de la pneumonie et celui de la pleurésie sont les mêmes, mais en ce sens seulement qu'ils se produisent par le même mécanisme, la compression exercée sur le poumon par le liquide ayant sous ce rapport les mêmes effets que l'imperméabilité produite pour la pneumonie.

V.

VARIÉTÉS.

— La Société royale de Londres vient de décerner sa grande médaille à M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, pour ses travaux relatifs à *l'anatomie comparée* et à la *zoologie*. Les divers membres étrangers auxquels cette Société avait déjà accordé la même récompense sont MM. Biot, Dumas, Becquerel, Leverrier et Regnault en France ; de Humboldt, Müller, Encke, Mitscherlich et Liebig en Allemagne ; Hansen et Struve en Russie, et Plana à Turin. On voit, par cette liste, que ses choix portent tour à tour sur les principaux représentants des diverses branches de la science.

— Les deux professeurs de pathologie externe à la Faculté de Paris, MM. Denonvilliers et J. Cloquet, dont le premier professera pendant le semestre d'hiver et le second pendant le semestre d'été, se sont entendus pour qu'un cours complet de pathologie ait été fait dans l'espace de quatre semestres.

— M. Adolphe Richard, agrégé, commencera mardi prochain, 25 novembre, son cours de médecine opératoire, à trois heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique Il le continuera les mardi, jeudi et samedi de trois à quatre heures.

— Une portion notable des dentistes de Londres demande que la profession de dentiste soit astreinte au diplôme.

— Au dernier *meeting* de la Société médicale et chirurgicale de l'armée britannique, il a été unanimement décidé qu'une souscription serait ouverte parmi les officiers de santé de l'armée « pour perpétuer par quelque souvenir durable (*some lasting memorial*) la mémoire de leurs confrères, militaires ou civils, morts pendant la dernière guerre. »

— M. Walter Wilson, correspondant du TIMES, établit que 536 personnes par an meurent empoisonnées en Angleterre. Or, en admettant que le nombre de ceux qui ne succombent pas au poison se trouve dans la proportion de 11 à 1 (et c'est ce qui se passe à Birmingham), on peut conclure que chaque année 6,432 personnes s'empoisonnent ou sont empoisonnées.

— Les médecins de Genève se sont réunis pour exprimer à M. le docteur Coindet, dans une lettre extrêmement flatteuse, les regrets que leur fait éprouver la destitution dont il vient d'être frappé, et pour protester contre les causes de cette destitution. M. Coindet, commis en justice pour examiner l'état mental d'une jeune fille mineure, dans des circonstances auxquelles se rattachaient des intérêts de famille, avait conclu à l'existence de l'aliénation et à la nécessité d'un transport dans un asile. Deux autres confrères, MM. Mayor et Pélissier, commis, dit une brochure publiée par la Société médicale de Genève, *contre les prescriptions de la loi*, émirent un avis opposé, et accusèrent M. Coindet de *détention arbitraire de fille mineure*. C'est à la suite de ces faits que M. Coindet, sur son refus de se démettre volontairement de ses fonctions de médecin en chef de l'asile des aliénés, a été destitué par le Conseil d'État.

— L'École de pharmacie a décerné le prix de chimie à M. Danyau, et le prix de pharmacie à M. Gallois.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 9. Affections phlegmoneuses (suite), par *Douchez*. — Traité des accidents de première dentition, par *Orange*. — Sur le laurier rose, par *Latour*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Lelorrain*.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE. — 32e volume, 164 et 165es livraisons. — Observations cliniques, par M. *Malherbe*. — Symptômes graves produits par l'administration du seigle ergoté, par *Trastour*. — Appréciation de la méthode de Deventer, ayant pour but de faciliter la version, par *Aubinais*. — Tumeur squirrheuse du médiastin antérieur ; compression de la veine cave, etc., par *Mahot*. — Sur quelques cas de fièvres éruptives, par *Vallin*. — Hydropisies suites des fièvres intermittentes, par *Thibeaud*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 9. (Septembre). Sur la fistule lacrymale, par *Costes*. — Sur les corps étrangers introduits dans la vessie, par *Denucé*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Septembre. Occlusion du vagin chez une fille de dix-neuf ans ; accidents produits par la rétention du flux menstruel, par *Roziès*. — Clinique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 17. Diathèse et affections diathésiques, par *Jaumes*. — Accidents qui peuvent retarder la guérison chez les amputés, par *L. Saurel*. — Hémorrhagie périodique compliquant une lésion traumatique ; préparation de quinquina ; guérison, par *Liegey*. — 18. Sur la loi d'activité, par *Imbert Gourbeyre*. — Prétentions de l'homœopathie, par *Escalier*. — Question des doses infinitésimales, par *F. Roux*. — Créosote contre l'érysipèle, par *de Larue*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 18. Traitement de l'hypospadias par une nouvelle méthode d'autoplastie ; traitement après l'uréthroplastie dans les rétrécissements infranchissables, par *Reybard*. — Aphonie complète guérie par l'excitation du laryngé inférieur, par *Philippeaux*. — Fièvres intermittentes (suite), par *Macario*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 9. Principes pharmacologiques et thérapeutiques de l'École italienne, par *Biechy*. — Clinique médicale de la Faculté. — Rapport sur l'asile de Stéphansfeld (suite). — Présentation du siége ; version sur les pieds ; double circulaire autour du cou ; placenta en raquette ; guérison de la mère et de l'enfant, par *G. Lauth*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Septembre. Fistule à l'anus guérie par les injections iodées, par *G. Burguet*. — Fistule uréthrale guérie par la compression, par *Ch. Dubreuilh*. — Diabète sucré guéri par le proto-iodure de fer, par *G. Burguet*. — Clinique médicale et chirurgicale.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Juillet et Août. Méthode stimulante contre le choléra, par *Lacoste*. — Opium contre le délire nostalgique, par *Binard*. — Clinique médico-chirurgicale (anévrysme faux, tumeur blanche, fistule à l'anus, rupture intestinale, guano et arsenic contre les maladies de la peau, gangrène de la verge, péritonite par perforation, alcooliques chez le soldat, cancroïde de la lèvre chez les fumeurs, ulcère scrofuleux).

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 20e livraison. Étude sur les constitutions pathologiques régnantes, par *Boëns*. — Cas de tétanos fébrile, par *Liégey*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 40. Cas d'érysipèle gangréneux, par M. *Vandenschrick*. — 41. Arthrite blennorrhagique, par *Thiry*. — Syncope suite de hernie ombilicale chez l'enfant, par *Buys*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE. — 1853. Octobre. Hygiène publique et privée pendant le choléra, par *Bourgogne*. — Constitution médicale de Lunéville, par *Putégnat*. — Phénomènes observés chez un foudroyé, par *Claës*. — Clinique.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Août et Septembre. Pertes séminales chez le cheval, par *Prangé*. — Indigestion chronique chez la chèvre, tumeur fibreuse du rumen, par *Delwart*. — Dispositions anormales du cardia chez le cheval, vomissements, par *Leblanc*. — Piétain et fourchet du mouton, par *Pétry*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 29 à 40. 29. Sur le pouvoir diffusif de la peau pendant l'usage des bains chauds, par *Dittrich*. — 30. Sur la cautérisation des hémorrhoïdes avec le fer rouge, par *Boysen*. — 30, 31 et 32. Observations de fistules urinaires chez la femme, par *Simon*. — 33. Urée trouvée dans le liquide de la grenouillette, par *Wolff*. — 35. Sur les effets curatifs du courant galvanique constant dans les contractures, les paralysies et les atrophies des muscles, par *Remak*. — 36. Sur la colchicine et ses effets, par *Albers*. — 37. Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique de la maladie de Bright, par *Zimmermann*. — 39. L'acide carbonique comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré, par *Hohl*. — 40. Extension du crétinisme en Asie, par *Meyer Ahrens*. — Contribution à l'appréciation des bains chauds permanents, par *Zeis*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 38 et 39. — Tremblement mercuriel ; sa fréquence et son importance en médecine légale, par *Pleischl*. — Le pouls des artères coronaires du cœur est-il systolique ou diastolique, par *Patruban*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE UND OEFFENTLICHE MEDICIN, de Casper, t. X, 2e cahier. Accouchement dans le cercueil ; exhumation après deux ans quatre mois ; mort ou suicide ? par *Casper*. — Maladies des ouvriers qui travaillent dans les mines de houille de Grünberg, par *Schirmer*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 40. Ramollissement de la cornée (suite), par *Hirschler*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — N° 42. Communications sur les effets curatifs des moyens chirurgicaux dans l'hypérémie et l'inflammation du tiers antérieur du globe oculaire, par *Hagemann*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 85. Clinique ophthalmologique, par *Candido Loureiro*. — Prolapsus incomplet de l'utérus dans l'acte de la parturition, par *A. Branco*. 86. Sur la ventilation, par *Alvarenga*. — 87. Occlusion des paupières contre l'ophthalmie, par *C. Loureiro*. — État sanitaire de Lisbonne en juin 1856.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 14. Panaris du doigt indicateur ; amputation ; par *Benavides*. — Statistique médicale, par *Caballero*. — Blessures observées dans les événements de juin. — 15. Clinique médico-chirurgicale. — Utilité des hôpitaux, par *Capdevila*. — 16. *Idem*. Ophthalmologie, par M. *Blanco*. — 17. Utilité des hôpitaux (suite). — Tumeur de l'orbite ; exophthalmie ; extirpation ; guérison avec conservation de la vue, par *A. Saez*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA. (Torino). — 15 septembre. De l'éthérisation, spécialement contre le tétanos des animaux, par *Perozino*.

Livres nouveaux.

LEHRBUCH DER VERGLEICHENDEN HISTOLOGIE (Traité d'histologie comparée), par *Leydig*. In-8, Francfort, Meidinger et comp. 16 fr.

MEDICINISCH-THERAPEUTISCHES WÖRTERBUCH ODER REPERTORIUM DER VORZÜGLICHSTEN KURARTEN, WELCHE IN DEN LETZTEN DECENNIEN VON DEN AERZTEN ALLER LÆNDER IN DER PRAXIS ANGEWENDET UND EMPFOHLEN WORDEN SIND (Dictionnaire médico-thérapeutique ou Répertoire des principaux modes de thérapeutique qui ont été employés dans la pratique par les médecins de tous les pays pendant les derniers lustres), par *J.-Ch. Siegert*. In-8, Berlin, Hirschwald. 18 fr.

PATHOLOGISCHE PHYSIOLOGIE (Physiologie pathologique), par *G.-A. Spies*. 1re et 2e parties, in-8, Francfort, Meidinger et comp. 20 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 28 NOVEMBRE 1856. N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Marseille.

Par décret, en date du 24 novembre 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille a été réorganisée conformément à l'avis du Conseil impérial de l'instruction publique, en date du 11 juillet 1854.

Aux termes de l'article 1er de ce décret,
L'enseignement comprendra :
1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique interne ;
A la chaire de clinique externe ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de chimie et de toxicologie.

— Par décret impérial, en date du 12 novembre 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. CAILLIOT (L.-C.-A.-V.-A.), professeur de chimie et de toxicologie à

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Engagement sur toute la ligne. — Candidatures à la Faculté de médecine, à l'Académie de médecine, etc. — Un bon exemple à l'adresse des professeurs. — Suite aux tribulations de l'Académie de médecine de Belgique. — Mœurs médicales anglaises. — Médecine et pharmacie en Russie.

Non, les batailles à perte de vue de Vandermeulen ; non, les mêlées étroites, serrées, ardentes et sanglantes de ce génie moitié peintre et moitié brigand qui a nom Salvator Rosa ; non, les tragédies les plus meurtrières, les mélodrames les plus remplis de poison et de poignards, les tauromachies les plus divertissantes, avec éventration des chevaux et des hommes, le théâtre des marionnettes lui-même en ses jours de massacre, quand gendarme, commissaire de police, soldat, manant, tombent successivement sur la rampe, rien enfin ne peut donner l'idée de ce qui se passe actuellement dans notre région médicale. On se bat à l'Académie, on se bat à la Faculté, on se bat à l'École pratique et au parvis Notre-Dame ; il y a des cris, des angoisses, des gémissements, des supplications (beaucoup de supplications), des chants de triomphe ; il y a déjà des mourants et il y aura des morts : c'est un spectacle navrant !

Nous vous avons annoncé, cher confrère, la lutte ouverte à la Faculté pour huit places d'agrégés. Comme ce concours inaugure dans notre Faculté l'application des nouveaux statuts sur l'agrégation, comme le petit nombre des candidats inscrits a été l'objet de quelques commentaires, vous vous attendez très certainement à ce que nous vous transmettions, à cet égard, nos impressions les plus sincères. Vous avez bien raison, honoré et excellent confrère, votre désir est on ne peut plus naturel et votre droit d'abonné extraordinairement légitime. Mais voici ce que dit la chanson :

Je vois bien qu'il est possible
De vous chanter.... *Femme sensible* ;

la Faculté de médecine de Strasbourg, dans laquelle il compte trente-un ans de services, est nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par arrêté, en date du 20 novembre 1856, M. AUBÉ, docteur en médecine, adjoint des hospices de Rouen, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Il sera attaché en cette qualité aux chaires de médecine proprement dite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le nombre des inscriptions prises du 3 au 17 novembre 1856 s'élève, savoir :

Pour le doctorat à	902
Pour le grade d'officier de santé	98
Total des élèves inscrits	1,000

Sur ce nombre il y a :

Inscriptions nouvelles	126
Élèves venant des Facultés de Strasbourg et de Montpellier	11
Élèves venant des Écoles préparatoires	84

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 27 novembre 1856.

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Non, le débat académique qui périt aujourd'hui de langueur n'aura point été aussi inutile qu'on l'entend partout répéter. Certes, les amis impatients du progrès eussent pu désirer des affirmations ou des négations plus franches, des statistiques plus riches ou mieux établies, souvent une expérience personnelle mieux renseignée, finalement une solution thérapeutique simple, claire, prête à passer immédiatement dans le domaine de la pratique. Mais, de bonne foi, l'état de la question le comportait-il? Au lieu de nous plaindre de ce qu'il reste à faire, enregistrons plutôt avec reconnaissance le peu qu'il a été permis de réaliser.

D'abord, un rude coup a été porté à l'opinion ancienne qui défendait de toucher aux kystes de l'ovaire autrement que dans des intentions palliatives. N'eût-elle fait que réserver les droits d'une chirurgie prudente, mais active, la discussion ne pourrait passer pour stérile. Or tel a été incontestablement l'effet des communications, soit apportées par quelques membres eux-mêmes, MM. Jobert, Cazeaux, soit venues du dehors; impression irrésistiblement subie même par les opposants les plus absolus, si l'on en juge d'après la différence de leur langage, au début et à la fin de ces débats.

L'Académie aura ainsi servi, même à ses dépens, la cause du progrès. En voyant notre premier corps médical aussi peu préparé à agiter fructueusement cet important problème, qui d'entre nous pourrait se croire prêt à le trancher? Qui oserait désormais négliger une occasion de l'étudier, priver ses malades de secours dont l'application est déclarée rationnelle, enlever à la publicité les résultats bons ou mauvais de ses essais futurs? La question, dès à présent, est mise à l'ordre du jour. L'imperfection, les lacunes de la controverse académique l'y ont placée, l'y maintiennent mieux que n'auraient pu le faire des conclusions plus tranchantes. Chacun maintenant va y travailler pour son compte. Forcément ajournée, elle sera reprise dans quelques années, avec de tout autres pièces, devant un tribunal devenu plus compétent, et l'arrêt suprême sera d'autant plus sûrement ratifié par l'opinion publique, qu'elle en aura elle-même fourni les éléments.

En attendant, toutefois, passons en revue les quelques conclusions positives et les nombreux documents qui ressortent de cette série de discours échelonnés de façon à se suivre sans se toucher.

Si l'on veut prendre la question à sa véritable source, *ab ovo* (ce mot ici n'est pas même une figure), on sent la nécessité de se reporter à l'origine anatomique de ces sortes de tumeurs, origine dont la différence profonde entraîne, pour la symptomatologie et le traitement, des conséquences qui seront de mieux en mieux appréciées à mesure que cette étude deviendra plus approfondie. Comme ce côté particulier de la question est traité plus loin par un des anatomo-pathologistes qui l'ont le mieux étudié en France, nous nous bornerons à quelques considérations générales.

A nos yeux, l'avenir appartient aux recherches de cet ordre. On ne peut voir entre deux kystes en apparence semblables une différence si profonde de nocuité, de composition, de curabilité, sans soupçonner qu'un mécanisme spécial a présidé au développement de chacun, sans pressentir aussi que la thérapeutique, pour être rationnelle et efficace, doit, d'emblée et non par tâtonnements, suivre une marche dans un cas, une

---

Et, sans être répréhensible,
On parlerait, je le vois bien,
Si la loi ne défendait rien.
Tra, la, la, etc.

Je pourrais, je le suppose,
Vous chanter : *Tu n'auras pas ma rose ;*
Il vaut mieux que je me repose.
Etc, etc.

Voilà ce que nous pouvons vous dire de plus clair.

Pour ce qui concerne les autres concours, n'ayant à notre disposition rien d'aussi commode que les précédents couplets, nous nous expliquerons *propria lingua*.

Ceux qui, comme nous, s'asseyaient sur les degrés du parvis Notre-Dame il y a deux fois dix ans, sous le consulat de M. Dubost, ne se feraient pas une juste idée de la valeur actuelle de l'internat, et même de l'externat. Certes la conquête de ces titres était déjà fort honorable. Un interne apparaissait au commun des étudiants avec un nimbe autour du sinciput ; un externe faisait l'effet d'un génie intermédiaire. Certainement le succès exprimait la supériorité relative au même degré qu'aujourd'hui, ou peu s'en faut; car le nombre des concurrents n'a pas varié d'une manière notable; mais le niveau des questions était moins élevé. Pour l'externat, la description des veines basilique et céphalique, et l'opération de la saignée; pour l'internat, la description du canal inguinal et l'opération de la hernie, tels sont les spécimens qui permettent le mieux d'apprécier la hauteur moyenne des questions posées dans ce temps-là. Maintenant on met l'aspirant externe aux prises avec des difficultés de diagnostic assez sérieuses, avec la stéthoscopie, avec la plessimétrie, etc. Cette année, par exemple, la question écrite porte sur les caractères distinctifs des hémorrhagies artérielles et veineuses, question d'une certaine difficulté pour des élèves encore étrangers à la clinique. — Et quant au candidat à l'internat, on le traite un peu comme un futur agrégé ou comme un futur médecin des hôpitaux. Nous ne faisons pas ces remarques, à Dieu ne plaise, dans une intention de blâme, mais, tout au contraire, pour signaler, dans une des

autre marche dans l'autre. Sous ce rapport, l'avis de M. Jobert, « que l'anatomie pathologique ne paraît pas devoir être prise pour guide dans le traitement des kystes de l'ovaire, » nous semble dicté par les méthodes du passé plutôt que par les légitimes espérances de l'avenir. Il nous semble, au contraire qu'une division anatomique, basée sur la diversité de l'organe primitivement atteint, doit, ce nous semble, tôt ou tard aider à fonder un diagnostic différentiel ; car là où l'altération primordiale est dissemblable, le début, la marche, les signes, tout doit nécessairement porter un cachet en rapport avec la spécificité de la cause. Du moment où l'on sait qu'il y a deux sortes de kystes, les uns réellement ovariques, les autres purement celluleux, l'esprit qui s'attend à trouver pour chaque classe une manifestation phénoménale particulière, finira, nous en avons l'espoir, par la découvrir. Elle existe : donc elle se révélera. Et en contester l'utilité pratique, c'est contester l'utilité du diagnostic différentiel lui-même.

Pour notre compte, nous appellerions dans ce sens l'attention des praticiens sur les circonstances fonctionnelles qui ont paru coïncider avec le développement, avec le premier signal de l'existence du kyste. Les kystes ovariques doivent se lier avec quelque trouble de la menstruation, et les celluleux avoir pour point de départ un choc, un ébranlement, des frottements réitérés (causes traumatiques plus fréquentes dans ces organes qu'on ne le pense). Cette étiologie est physiologiquement vraisemblable ; et le médecin qui pourra interroger *à fond* ses malades tirera souvent de cette exploration des lumières précieuses.

L'analyse, par l'esprit et par la main, de tous les signes qui peuvent servir à se prononcer sur la nature du contenu de la tumeur, est d'autant plus utile qu'elle seule peut déceler en temps utile les chances de réussite qu'offre le traitement chirurgical. Une ponction exploratrice dans le but de suppléer cette analyse n'est évidemment qu'un pis aller. Comme M. Velpeau, nous ne croyons pas beaucoup à la statistique qui, sur 130 femmes ponctionnées palliativement, en compte 22 mortes en *quelques jours* ou en *quelques heures.* Il y a là quelque malentendu ; mais enfin la mort, et une mort rapide, a été observée quelquefois après la simple ponction et, dès lors, ce serait un véritable progrès que de pouvoir remplacer la ponction exploratrice par un diagnostic préalable assez clair pour faire distinguer les tumeurs qui offrent à l'opérateur un espoir fondé d'avec celles qui ne lui laissent entrevoir que des regrets en perspective. Et les données sagement interprétées de l'anatomie pathologique nous paraissent le moyen le moins infidèle et le plus sûr de donner à la science du diagnostic cette certitude, sans laquelle la thérapeutique restera éternellement condamnée à des tâtonnements qu'on ne saurait croire inoffensifs.

Tel qu'il est pour le moment, s'il faut résumer l'état de la question, ainsi que nous le voyons provisoirement fixé par le concours des plus hautes autorités académiques, et par l'accord à peu près unanime des organes de la presse, voilà ce qui paraît acquis.

Les partisans absolus de la temporisation indéfinie, ou des ponctions répétées comme seul remède, ont perdu un terrain qu'ils ne regagneront pas. M. Cazeaux leur a prouvé que, en moyenne, une femme traitée de cette manière est une femme morte au bout de quatre ans ; et nul d'entre eux n'a demandé la parole contre cet arrêt. M. Barth lui-même, résumant avec un sens parfait les conclusions du débat que son initiative avait provoqué, M. Barth, tout en défendant son procédé, a eu le bon esprit de lui préférer, en thèse générale, la ponction suivie de l'occlusion immédiate de la tumeur. Mardi dernier encore, M. Velpeau, dans un de ces discours méthodiques et clairs comme il sait les faire, a soutenu de son autorité la méthode des ponctions immédiatement fermées après l'injection, et repoussé vivement celle des ouvertures permanentes. L'insistance que nous avons mise nous-même, dès le début de la discussion, à signaler les dangers de ces ouvertures, nous a rendu précieux un appui venu d'un chirurgien aussi expérimenté.

Donc, ponctionner, laisser un peu de liquide, faire l'injection iodée, fermer l'ouverture, attendre longtemps, ne recommencer que s'il est bien démontré que la tumeur recommence à grossir, voilà le *modus faciendi* sur la supériorité duquel tout le monde paraît être d'accord. C'est là, comme l'a bien dit M. Jobert, la méthode vraiment héroïque. Les remarques judicieuses, publiées supplémentairement par M. Boinet dans ce journal, achèveront son triomphe, en la rendant aussi populaire parmi les praticiens qu'elle l'est maintenant au sein de l'Académie.

A quelle période agir ? Ainsi que nous l'avions dit, les partisans de la ponction précoce donnent un précepte qu'en pratique ils se garderaient le plus souvent de suivre eux-mêmes. Sans vouloir opérer *in extremis*, sans faire ici, comme pour la cataracte, une loi aux malheureux patients d'arriver jusqu'aux dernières limites du désespoir pour qu'on soit autorisé à leur porter secours, il est bon que la tumeur ait acquis un certain volume, cause une certaine gêne, et sur-

---

applications qui nous touchent directement, l'heureuse tendance de l'enseignement à fortifier les études au seuil même des carrières libérales, tendance manifeste surtout aux examens des deux baccalauréats, qui, eux aussi, sont devenus beaucoup plus sévères qu'autrefois. Ceux qui ont réfléchi à l'influence des premières études sur les habitudes de toute la vie ne peuvent qu'applaudir à ce changement. Il n'y a qu'une réserve à faire au sujet des élèves internes ou externes des hôpitaux. C'est méconnaître les conditions d'une bonne et saine éducation médicale que d'exiger d'eux autre chose que des notions positives d'anatomie, de physiologie, de pathologie, et d'introduire dans leurs épreuves, comme on le fait quelquefois, des problèmes de pathologie générale. Le faible de la jeunesse est de trouver les problèmes faciles, et l'on s'expose, en favorisant la séduction, à les engager dans des erreurs précoces que l'expérience ultérieure pourra ne rectifier jamais.

Une place de prosecteur est vaillamment disputée à l'École pratique entre deux candidats. Ici nous avons grand espoir que le talent obtiendra ce que souhaite notre amitié, et ce que les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE regarderaient certainement comme la juste récompense d'une instruction qu'ils sont à même d'apprécier souvent.

A l'Académie, où deux places sont vacantes, l'une de pharmacien, l'autre de chirurgien, une des sections a fait son rapport, et l'autre le fera mardi prochain. Ce sont des rapports *secrets*. Conséquemment si, en vous en disant les conclusions — même pour le rapport qui n'est pas encore présenté — nous tombons juste, vous serez tenu de nous reconnaître une perspicacité et une puissance d'invention tout à fait remarquables. Nous supposons donc que, dans la section de chimie, MM. Mialhe, Gobley et Poggiale ont été mis en première ligne, *ex æquo*, et MM. Buignet et Lefort en seconde ligne. Voilà déjà qui est passablement hardi de notre part. Nous supposons de plus que, dans la section de chirurgie, la première place a été donnée à M. Nélaton, et la seconde à M. Denonvilliers. On dit, mais cela ne rentre plus dans nos procédés divinatoires, que la lutte sera sérieuse entre MM. Gobley et Mialhe, et que l'élection de M. Nélaton est assurée. N'est-ce pas chose curieuse et anormale que

tout qu'elle continue manifestement à s'accroître ; alors l'opération sera plus facile, entourée de moins de dangers ; alors aussi le médecin sera pleinement justifié de l'avoir tentée, quelles qu'en doivent être les suites, car il ne l'aura entreprise que contre une maladie dont l'issue naturelle était, sinon la mort immédiate, du moins l'abréviation indubitable de l'existence.

Quand l'injection iodée ne guérit pas, elle améliore; d'ailleurs, bien employée, on peut la répéter sans inconvénients : double et péremptoire motif pour poursuivre par ce moyen, quoique avec moins de chances de succès, la cure des kystes dont le contenu n'est pas de la sérosité. A cet égard, M. Velpeau a posé une indication pratique dont la valeur, nous devons le dire, ne nous paraît pas encore bien démontrée. Ayant remarqué, comme tous les chirurgiens, qu'un liquide albumineux ou couleur chocolat à la première ponction devenait parfois séreux à la seconde ou à la troisième, il attend que ce changement soit opéré pour pratiquer l'injection, afin de mettre à profit cet enseignement de l'expérience qu'un kyste séreux est plus facilement curable qu'un kyste rempli d'un liquide épais ou noirâtre. Mais une poche qui, après avoir fourni un pareil liquide, donne un jour de la sérosité, offre-t-elle réellement les conditions anatomiques des poches qui n'ont jamais été que séreuses et les mêmes chances de guérison? C'est ce qu'il est difficile d'admettre. Voilà un vieux kyste hématique d'où sort un liquide noir; si ce sang altéré était là depuis longtemps, s'il ne s'en formait pas de nouveau, le kyste offrait absolument les mêmes conditions après l'évacuation du liquide noir par une première ponction qu'après l'évacuation de la sérosité par une seconde ponction. On peut dire que le kyste n'était déjà plus hématique le jour même où il a donné un liquide couleur chocolat; que conséquemment il ne s'est pas, suivant l'expression de l'orateur, *transformé* en kyste séreux, et n'avait pas amené d'autres indications thérapeutiques.

Restent les kystes à parois aréolaires dégénérées, à contenu huileux, foncé, à réaction profonde sur l'organisme, et reste avec eux une vaste et délicate question, celle de l'extirpation. On devra certainement prendre note des succès incontestables qu'elle a eus sur une très large échelle en Amérique et en Angleterre, et se souvenir qu'une femme n'est pas irrévocablement abandonnée, quand l'injection iodée s'est montrée impuissante. Mais, avec M. Velpeau encore, nous sommes profondément surpris du résultat des statistiques fournies par les partisans de cette opération, et nous sommes convaincu que, chez nous, on ne se décidera jamais que dans les cas les plus extrêmes à ouvrir le ventre du haut en bas pour en extirper un ovaire malade.

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

LES KYSTES DE L'OVAIRE AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Si l'on en juge par la durée de la discussion générale, par le nombre des orateurs et leur prolixité, il semble que l'Académie désire épuiser l'importante question de thérapeutique chirurgicale dont elle est saisie.

L'injection iodée, et c'était justice, a eu surtout les honneurs d'une discussion assez approfondie, et elle est sortie victorieuse du débat, en dépit des oppositions timides et des répulsions instinctives. Dans son dernier discours, M. Velpeau en a tracé l'histoire et lui a définitivement donné son appui jusque-là incertain.

Mais nous avons remarqué une tendance plus importante : non-seulement le choix des méthodes a été complétement subordonné à l'exactitude du diagnostic et à la marche de la maladie ; mais l'anatomie pathologique est intervenue à chaque pas, et, M. Jobert excepté, tout le monde a hautement reconnu qu'elle dominait entièrement les indications et le choix des méthodes et des procédés. Voici pour le sujet familier de nos études un beau triomphe auquel l'Académie ne nous a pas habitués, et qui va faire frémir les ennemis jurés de la *pathologie du cadavre*, de la *médecine d'amphithéâtre*. Ces vaines déclamations ont donc fait leur temps, et l'on pourra désormais affirmer, de par la savante Compagnie, qu'il n'y a pas de thérapeutique chirurgicale qui ne s'appuie sur l'étude minutieuse des lésions de tissus, d'éléments et de principes immédiats.

Lors de la discussion sur le cancer, cette idée si grande et si vraie était encore à l'état embryonnaire à l'Académie. Aujourd'hui le fœtus est à terme : dans dix ans il marchera sans entraves.

On a beaucoup parlé du liquide, des caractères de la paroi, du nombre des loges ; et, après la belle leçon de M. Cruveilhier, il n'y a plus grand'chose à dire sur ce sujet. Mais deux questions ont été abordées et sont restées à tort sur le second plan. L'une a trait aux métamorphoses du liquide; l'autre à la variété d'origine, non pas des kystes de l'ovaire, qui sont uns, mais des kystes de la région ovarique, ce qui est tout autre chose. Je veux m'arrêter sur ce point, déjà esquissé

---

de voir deux professeurs aussi distingués de la Faculté de médecine de Paris faire antichambre à l'Académie? M. Denonvilliers, il est vrai, est un candidat de fraîche date, on se demande pourquoi; mais il y a un bon lustre et plus que M. Nélaton s'est présenté avec un excellent mémoire sur la ligature des artères.

— A propos de M. Denonvilliers, qui vient d'inaugurer son cours de pathologie externe, nous insisterons ici, pour l'exemple, sur un arrangement intervenu entre lui et son collègue, M. Cloquet, et que nous avons déjà annoncé en quelques mots. Les deux professeurs ont partagé le cours complet de pathologie externe en quatre parties, dont chacune suffira aux leçons d'un exercice semestriel. Chacun professant seulement pendant un semestre, M. Denonvilliers l'hiver, et M. Cloquet l'été, il en résultera que le cours entier aura été achevé par l'un et par l'autre en quatre ans, et par les deux réunis en deux ans. Si l'un d'eux vient à être *empêché*, comme il est arrivé à tant d'autres cette année, le suppléant sera astreint à se conformer à cet arrangement. On comprend aisément que, pour ce cours de pathologie, soit chirurgical, soit médical, une période de deux ans n'est pas trop longue, puisqu'un même élève doit le suivre pendant un espace de temps au moins égal. Il est bien à souhaiter que cet exemple soit imité, afin qu'on ne voie plus, dans un corps enseignant de cette importance, une génération d'élèves s'écouler, sans avoir pu recueillir un enseignement complet de pathologie, soit durée trop longue du cours, soit répétition de mêmes matières pendant plusieurs années.

— L'Académie de médecine de Belgique est toujours en pleine crise. Les discords que nous avons racontés en temps et lieu (Voir le n° 15, au *Feuilleton*) ont amené à la rentrée solennelle du 25 octobre dernier un phénomène insolite, et qui le serait surtout chez nous : la présence et un discours du ministre de l'intérieur ! Le ministre a été fort gracieux, mais il a clairement fait entendre que, conformément à une *invitation* antérieure, l'Académie eût à modifier ses statuts. Qu'adviendra-t-il de tout ceci ? On ne peut que bâtir des conjectures, et les nôtres, à parler franchement, ne sont pas couleur de rose. Nous craignons fort que l'Académie belge, qui n'est pas aussi solidement assise que la nôtre, ne

par M. Huguier, rappelé encore par M. Velpeau, et sur lequel enfin M. le docteur Ollier (de Lyon), jeune adepte distingué et fervent de la science moderne, nous communique une note intéressante (1).

Déjà cette question nous avait occupé dans un mémoire (2) que M. Velpeau a bien voulu citer dans son discours. Nous demandons la permission d'y revenir.

La partie inférieure de l'abdomen peut être le siége d'un certain nombre de kystes vrais ou de pseudo-kystes, en un mot, de collections liquides de natures diverses et d'origines variées. Le diagnostic en est souvent obscur, même après la ponction.

Nous trouvons : 1° les kystes du ligament large développés dans les vestiges du corps de Wolff. Ordinairement fort petits, ils n'intéresseront que rarement sans doute le praticien ; mais ils peuvent acquérir le volume d'un œuf, tout en conservant des parois extrêmement minces. Les cas de guérison spontanée cités par M. Velpeau pourraient-ils s'expliquer par la rupture sans doute facile de ces vésicules délicates? C'est possible, mais non démontré.

2° Les kystes ovariques proprement dits, développés dans les follicules de Graaf, comme l'atteste leur structure, que j'ai maintes fois examinée.

3° Une variété très intéressante résultant de la combinaison d'une dilatation folliculaire avec une dilatation de la trompe, variété probablement commune, bien décrite par M. Ad. Richard, et qui a été passée sous silence dans la discussion académique, d'autant plus à tort qu'elle peut rendre compte, pour sa part, des guérisons prétendues spontanées (3).

Voilà pour les vrais kystes; car je n'accorde ce nom qu'aux dilatations des éléments glandulaires.

Viennent ensuite les pseudo-kystes, et je place en première ligne :

4° Les hydropisies de la trompe, maladie commune, susceptibles d'acquérir un assez grand volume, très difficiles à distinguer des vrais kystes, et probablement traitées et guéries comme tels.

5° Les hygromas sous-séreux (kystes lacuneux) (4) résultant de l'accumulation de sérosité dans de véritables bourses séreuses sous-péritonéales, creusées au sein du tissu cellulaire lâche de cette région par le frottement réciproque des organes, et que j'ai vus fréquemment à la périphérie des vrais kystes de l'ovaire, au voisinage et à la surface de l'utérus, surtout quand celui-ci était augmenté de volume par des corps fibreux. A la vérité, je n'ai jamais vu ces tumeurs acquérir des dimensions considérables. Je les ai presque toujours rencontrées associées à d'autres productions beaucoup plus volumineuses. Je crois leur diagnostic précis impossible à l'aide des signes cliniques actuellement à notre disposition. M. Ollier les a vus et les décrit très exactement ; c'est une des deux variétés de kystes ovariques qu'il admet, il les appelle lacuneux autogènes, par opposition aux kystes proprement dits, folliculaires ou deutérogènes.

6° On devrait ranger dans la même catégorie une variété de poches liquides dont M. Huguier a parlé, et sur laquelle M. Ollier revient aussi dans le passage suivant : « Entre les vésicules de de Graaf existe du tissu cellulaire qui pourra fournir au développement de kystes lacuneux. » Il admet que les hygromas intra-ovariques, comme les précédents, sont indépendants des capsules ovariques ; qu'ils ont une paroi mince, celluleuse, transparente, sans revêtement épithélial, et qu'ils contiennent un liquide sereux, ordinairement limpide.

Je ne nie pas cette variété, mais j'avoue ne l'avoir jamais vue, et, d'accord en tout autre point avec M. Ollier, je pense que la structure très dense du tissu ovarique est un obstacle puissant au développement de cavités celluleuses dans l'intérieur même du parenchyme.

Je n'insisterais pas sur cette particularité anatomo-pathologique en apparence minutieuse si M. Ollier n'en déduisait un parallèle entre les deux variétés des kystes ovariques, qui, s'il était confirmé par la suite, jetterait une grande lumière sur la curabilité comparée des kystes glandulaires et des kystes lacuneux.

Il pense, en effet, que ces derniers, analogues par la simplicité de leur structure, aux membranes séreuses, seront comme elles disposés à l'inflammation adhésive et beaucoup moins à la suppuration, à l'altération du contenu que les premiers, dont les parois sont épaisses et très vasculaires. On ne s'explique jusqu'à présent les différences si considé-

(1) Cet article était déjà écrit quand la note de M. Ollier nous est parvenue ; nous avons mis à profit les points originaux qu'elle renferme ; l'auteur ne fait que mentionner les pseudo-kystes et s'occupe uniquement des kystes folliculaires et des kystes lacuneux périphériques ou interstitiels.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 58, 1854.

(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 111, 1853.

(4) Ce nom a été donné par M. Lebert aux kystes creusés dans le tissu cellulaire ; j'ai adopté depuis longtemps le nom d'*hygroma profond* pour désigner ces productions qui ont la même origine, la même structure, les mêmes propriétés pathologiques que l'hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées.

succombe dans cette lutte inégale. Déjà, elle paraît assez malade, elle ne travaille plus ; le nouveau président, M. Fallot (car décidément M. Vleminckx refuse de remonter au fauteuil), l'a déclaré assez nettement à la séance d'installation du bureau, et le ministre l'a constaté après lui. C'en est fait des beaux jours de cette utile institution, et M. Seutin peut se vanter d'avoir fait un beau coup. Un journal très estimé d'Allemagne, le RÉPERTOIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES (années XXIV, p. 428) apprécie cette situation dans des termes que nous reproduirions en entier, s'ils n'étaient trop semblables aux nôtres. Quant au fond, nous aimons à croire que le RÉPERTOIRE se trompe, quand il attribue les fâcheux excès dont M. Seutin s'est rendu coupable à une jalousie du bandage amidonné contre le bandage plâtré. M. Seutin voulait renverser le bureau et devenir président, voilà la vérité. Mais nous approuvons complétement notre confrère de la presse, quand il stigmatise l'usage que le chirurgien de Bruxelles a fait de son titre de sénateur pour débiter contre un corps auquel il a l'honneur d'appartenir « un torrent d'injures qu'aucun de ses auditeurs n'était en état ou n'avait la volonté de réfuter. » Il paie aujourd'hui cette satisfaction d'amour-propre par l'accueil qui lui est fait aux séances académiques. Nous ne savons s'il trouve que c'est payer cher.

— Voici un curieux trait de mœurs médicales anglaises.

Le docteur *Matcham*, après avoir remercié les habitants de Lowestoft (comté de Suffolk) de l'assistance qu'ils lui ont accordée dans des épreuves difficiles, publie l'avis suivant :

Leçon pour les dames exclusivement.

« Le docteur Matcham informe les dames de Lowestoft et du voisinage, que jeudi prochain, 25 septembre, au soir, il fera une leçon embrassant une vue étendue (*embracing a comprehensive view*) de l'accouchement, en donnant les opinions des praticiens les plus éminents d'Amérique, de France et d'Angleterre. La démonstration sera *rendue claire* par une grande collection de dessins représentant les différents organes et peints tout exprès par le docteur Matcham lui-même. Cette collection, formant une galerie complète, pourra être visitée par les personnes munies de billets, de sept à huit heures du soir, le jour de la leçon.

rables du liquide contenu, que par des propriétés différentes de la paroi sécrétante (influence incontestable à la vérité) ; mais n'y aurait-il pas lieu de chercher les causes de quelques-unes de ces différences dans l'origine et la nature même de la paroi ? Il ne faut pas oublier, pour l'étiologie comme pour le pronostic et la curabilité, combien une paroi glandulaire de la nature des muqueuses diffère d'une paroi cellulaire de la nature des séreuses, sous le rapport de l'aptitude à l'adhésion. C'est ce qui nous a toujours fait rejeter les analogies établies entre l'hydrocèle et les kystes acineux, quand on a voulu pousser la comparaison jusqu'à admettre la similitude. Ces guérisons, obtenues après une ponction simple, dans les kystes de l'ovaire comme dans l'hydrocèle, se rapportent-elles bien à des dilatations glandulaires véritables ? La chose n'est pas prouvée : elle constituerait une bien grande exception dans l'histoire des kystes folliculaires, dont, pour le dire en passant, on a trop négligé les enseignements généraux.

7° Je dois ranger, à côté des kystes et des pseudo-kystes ovariques et péri-ovariques, les poches liquides à contenu séreux développés à la périphérie ou dans l'interstice même de l'utérus, et qui ont été si bien décrits pas M. Huguier Je ne puis me prononcer sur leur point de départ, et j'ignore si elles sont glandulaires ou lacuneuses ; mais je reconnais avec l'auteur qu'elles peuvent très bien être confondues avec les variétés précédentes. A la vérité, elles font le plus souvent saillie dans le vagin ; mais la même chose arrive fréquemment aux vrais kystes de l'ovaire, cet organe ne devenant parfois le siége de dilatations qu'alors qu'il est fixé par des adhérences dans le cul-de-sac recto-utérin.

8° Ajoutons les tumeurs hydatiques, et nous aurons, comme on le voit, un grand nombre d'espèces pathologiques, tantôt simples, tantôt coïncidant ensemble, pouvant donner naissance aux mêmes symptômes, affecter la même marche, réclamer également l'intervention, quoique constituant des espèces pathologiques bien différentes. Et notez que, contrairement à M. Huguier, j'écarte encore de mon tableau les collections purulentes enkystées, les hydropisies enkystées du péritoine, les hématocèles péri ou post-utérins, toutes tumeurs dont cependant le diagnostic n'est pas toujours facile, et qui sur le vivant ont été, sont et seront encore plus d'une fois confondues avec les kystes de l'ovaire ; d'autant mieux que le liquide fourni par ces derniers peut être mélangé de pus, de sang, de flocons fibrineux ou purulents, ce qui ôte beaucoup de valeur à la nature du fluide extrait par la ponction dans le diagnostic précis de la nature, du siége et de l'origine du mal.

En lisant cette longue énumération, beaucoup de gens vont prendre l'alarme et m'accuser de créer des complications comme à plaisir. Puisque le diagnostic différentiel sur le vivant est, dans un bon nombre de cas, impossible, à quoi sert, diront-ils, de multiplier ainsi les espèces ? ne faut-il pas traiter toujours de la même manière ? Troubler ainsi la quiétude des satisfaits de la pratique m'inspire peu de remords, et je nie d'ailleurs qu'un traitement uniforme convienne, en général, à des maladies différentes. La discussion académique a déjà démontré l'insuffisance, sinon le danger, d'une méthode et d'un procédé uniques. Une modification dans le liquide contenu, une viscosité plus ou moins grande de ce dernier, des loges plus ou moins nombreuses dans la tumeur, la communication ou l'isolement de ces loges, sont autant de détails minimes qui intéressaient fort peu les praticiens il y a vingt ans, et qui aujourd'hui commandent impérieusement à l'homme de l'art d'intervenir ou de s'abstenir, de sauver la malade ou de la laisser succomber sans secours, etc. Ce n'est pas la faute des médecins savants si la pathologie n'est pas aussi simple qu'on le voudrait, et il n'appartient qu'aux esprits paresseux de conserver une sécurité coupable, et de dissimuler les difficultés au lieu de les démasquer pour les faire disparaître. Si l'espace nous le permettait, nous ferions voir que, guidé par l'anatomie pathologique, on peut souvent porter avec sûreté des diagnostics dont la foule est étonnée, et instituer en conséquence et sans hésitation des traitements souvent heureux.

Ar. Verneuil.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du mariage des hystériques, par M. Briquet, médecin à l'hôpital de la Charité ; — travail lu à la Société de médecine du département de la Seine, le 21 novembre 1856 (1).

Préoccupés de l'idée que l'hystérie est une maladie produite par la non-satisfaction des besoins génitaux, les méde-

(1) Voir dans le n° 47, un précédent travail du même auteur, lu également à la *Société de médecine du département de la Seine.*

» *Prix des billets.* Pour deux personnes, 6 pences ; premières places, 6 pences par personne. On peut se les procurer chez M. Matcham, *Prairie Villa.*

» Un premier essai n'aura lieu que si les billets sont pris en quantité suffisante pour faire salle pleine. Le docteur Matcham appelle respectueusement l'attention des dames sur cette leçon.

» *N. B.* Aucune dame au-dessous de vingt ans ne sera admise. »

Diafoirus est dépassé ; il offrait il est vrai, à sa dame, le divertissement d'une vraie dissection, sur un cadavre en chair et en os ; mais il n'y conviait pas toute une population féminine. Nous supposons que si M. Matcham a quelque jour à se louer d'une autre cité, il convoquera les dames à une description de l'opération de la pierre.

— Enfin, cher confrère, vous lirez sans doute avec quelque intérêt les détails suivants sur la médecine et la pharmacie de l'empire russe. Nous les extrayons d'un travail de M. Skirze (*Die Entwickelungsgeschichte der Pharmacie in Russland. Med. Ztg. Russl*, n° 28.)

« Les premiers médecins et pharmaciens qui s'établirent en Russie, furent demandés à la reine Elisabeth d'Angleterre par le Czar Iwan Wassilewitch IV, et vinrent se fixer à Moscou. Le premier pharmacien arriva en 1584 ; c'était un Anglais nommé James Trenkham ; néanmoins, en 1675, Herbinus pouvait dire de la Russie (Moscou excepté), « In Russia nulla fere officina, nullus chirurgus, » nullus denique medicus. » La médecine et la pharmacie ne commencèrent à se développer que sous Pierre Ier. Il y avait à cette époque 31 médecins, 51 chirurgiens, 22 pharmaciens. Actuellement, ce pays ne compte que 700 pharmaciens *très inégalement* répartis. La plupart se trouvent dans l'est de l'empire. En Sibérie il n'y a qu'une pharmacie par 20,000 milles carrés En tout 700 pharmaciens pour 60 millions d'habitants, ou 1 pharmacien pour 11,198 habitants. Pour ce même nombre de sujets, la Prusse en a 76 fois plus.

Dès le XVIe siècle, les pharmacies ont été très luxueuses et elles le sont encore aujourd'hui dans presque toutes les grandes villes de Russie. On payait les médecins, dans le XVIIe siècle principale-

cins conseillent assez volontiers de marier les jeunes filles atteintes de cette affection.

Ils ne font, en donnant ce conseil, que suivre les recommandations de la majorité des auteurs en médecine, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours : — marier les hystériques pour les guérir; tel a été le précepte invariable.

Hippocrate n'hésitait pas sur ce sujet, et sa recommandation est expresse : « Nubat illa, et morbum effugiet. » Toute la doctrine du père de la médecine, en matière d'hystérie, se résume en ceci : L'hystérique a besoin d'un homme, il faut le lui fournir. Galien n'était pas plus indécis : « Ego impero virgines his morbis affectas, quam citissime cum viro conjungi. »

Valescus (de Tarente) trouvait tout naturel que l'hystérie, produit de la réplétion des vaisseaux spermatiques, fût guérie par le mariage, qui détruit cette réplétion.

L'opinion de Forestus, l'approbateur des confrications de la vulve, était tout aussi tranchée : Il faut marier les hystériques, sans quoi elles étouffent sous l'accumulation du sperme.

Sennert, à son tour, disait : « Tutissimum est ut tales virgines matrimonio viro jungantur. »

Baillou assurait très positivement que l'hystérie n'arrivait qu'aux filles que l'on mariait trop tard.

Duret recommandait en ces termes la pratique par lui mise en usage chez une femme mariée qui venait de tomber en syncope hystérique en présence de son mari : « Jussi ut rem cum uxore haberet, rem habuit, et statim convaluit. » Petite imitation du congrès par autorité de justice.

Rivière renchérissait sur Duret; car il assurait que rien ne valait mieux pour les hystériques mariées, que l'usage de Vénus, précédé toutefois d'une excitation préalable, c'est-à-dire avec addition de la confrication vulvaire.

Bouvard, dans une thèse soutenue en 1612, insistait sur le mariage; mais il voulait, comme condition essentielle, qu'il fût contracté « cum viro succulento, commeatûs lauti instructo. » Les motifs sur lesquels il appuie son opinion sont trop curieux pour que je ne les rapporte pas, d'autant mieux qu'ils sont un spécimen de la dialectique médicale de cette époque. Après avoir parlé des remèdes qui, comme les purgatifs, la saignée, peuvent « naturam erigere, materiam revellere, derivare et vacuare, » il ajoute : « Punctum tamen (haud dubiè quàm » secum vir præsens feret cautionis et curationis) non est, » crede mihi, mentula quod digitus... Uterus enim pro insi» tis sibi mutui complexûs illecebris, et innato irritus atque » voluptatis stimulo jucundiore, attritus libidinis incalescens, » flatum discutiet, onusque infensum, ut vesicâ lotium, con» festim egeret, atque ex sublimi illâ contentione, oblatâ » prædâ præcepsque obvius, cervi in modum, dum profundis » cuniculis serpentem inspiratu pertrahit, suas raptim suctu » delicias prolectabit, si lauto vir commeatu instructus sub» dito in præfocatæ perpinguis et formosæ (quarum gratior » amplexus) locellos rigente pessulo non minori fructu quàm » voluptate, strenuè valenterque munus obeat, ejusque vel » gravidæ gremium (abortiva nam sunt cætera) geniali rore, » amœnè sufficienterque lætificet et impleat, eamque non minus » citò, tutò quàm jucundè curabit. » C'était dans ces termes que le futur médecin de Louis XIII célébrait les avantages que les hystériques pouvaient trouver dans l'union conjugale.

Il fallait être, on en conviendra, bien nourri de la doctrine des anciens, et avoir bien fait abnégation du sens commun, pour oser débiter gravement de semblables fadaises dans une chaire publique de la Faculté de Paris. Et, après cela, étonnez-vous que Molière ait drapé les médecins!

Touret et Daguet avaient imperturbablement dit à peu près la même chose dans leurs thèses *An Venus hystericis?* soutenues à Paris en 1570 et 1674. Ils mêlaient ensemble les noms d'hystériques, de Quartilla, de Messaline.

Fréd. Hoffmann, l'auteur le plus classique de son époque, après avoir donné les mêmes conseils que ses prédécesseurs, rappelle la recommandation suivante de Capivaccius : « Jubeo » ut maritus inungat penem cum unguentis graveolentibus. » Remède très à propos pour une première nuit des noces!

Enfin, Louyer-Villermay, le dernier représentant de la doctrine antique, conseille également le mariage, mais en y joignant aussi ses conditions : « qu'il faut s'arranger pour que le vœu du cœur soit satisfait en même temps que celui des sens. »

Telle a été, jusqu'à cette époque, la tradition médicale au sujet de l'hystérie.

Je veux prouver que ce conseil banal de marier indistinctement toutes les hystériques n'est fondé ni en théorie ni en pratique.

La théorie des besoins utérins non satisfaits n'est, on le sait, que le résultat d'un préjugé philosophique combiné avec un préjugé scientifique.

D'après Platon, le premier auteur connu de cette théorie, la femme, être de second ordre, n'était qu'un animal dans lequel était renfermé un autre animal, la matrice, lequel désirait ardemment de procréer, et entrait en fureur s'il ne procréait pas.

---

ment, avec des vivres et une énorme quantité de liqueurs alcooliques. Le premier écrivain sur la chimie pharmaceutique fit, sous l'impératrice Elisabeth, un livre intitulé *Récréations chimiques*; il s'appelait Jean-Georg Model. L'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg, créée par Pierre le Grand, a beaucoup fait pour les progrès des sciences naturelles. Mais la pharmacie reçut une vive impulsion par la fondation de l'Académie de médecine et de chirurgie : ce corps savant possède une section de pharmacie.

A. Dechambre.

— On lit dans *El Diario Espanol:*

« Une grave imprudence a été la source de malheurs arrivés hier, 5 novembre, au point du jour, dans l'une des salles de l'Hôpital général. Il peut y avoir quinze ou vingt jours qu'un homme, ayant été mordu par un chien atteint de rage, fut mis en observation dans le susdit hôpital. Hier, vers deux heures du matin, cet homme a été pris des symptômes évidents de l'hydrophobie. Telle devint bientôt sa fureur, qu'il courut se jeter sur les malades qui l'avoisinoient, et deux d'entre eux en furent mordus. Il mordit également l'infirmier ou garçon servant de la salle. Un jeune malade, qui fut assez heureux pour réussir à se soustraire au même sort, ne laissa pas que d'en devoir rendre grâce à Dieu et aussi à une couverture de laine à longs poils qui garnissait son lit. Il s'en couvrit soudain et s'en enveloppa complètement. Elle le sauva des dents si dangereuses de cet être en fureur.

» Les autres malades, épouvantés d'un tel événement, se précipitèrent vivement de leurs lits sur le sol, afin de pouvoir échapper aux morsures. Les praticiens et les élèves de l'hôpital étaient vite accourus en entendant les cris et les lamentations des malades effrayés. Ils avaient paru éprouver un instant d'hésitation avant de franchir la porte de la salle pour aller garrotter ce malheureux. Mais, après fort peu d'instants, un jeune homme accourut vers lui. Il vint l'envelopper avec un manteau qu'il lui lança vivement sur la tête, et le maîtrisa. Ce ne fut pas sans l'avoir d'abord étonné, en agitant subitement devant ses yeux le manteau, comme on le fait aux combats de taureaux, qu'il parvint à son but. »

Galien avait ensuite imaginé que cet état furibond de l'utérus venait de ce que cet organe était engorgé par le sperme et par le sang menstruel qui l'agaçaient. Toute la série des auteurs qui se sont succédé a adopté les mêmes idées.

Chambon, dont l'article HYSTÉRICISME, dans l'*Encyclopédie*, en 1798, peut être regardé comme l'expression des opinions médicales de la fin du XVIII^e siècle, ajoutait une légère variante à cette théorie dans les termes suivants : « La matrice renferme dans ses parois, des cavités, des sinus dans lesquels filtre une humeur muqueuse excrémentitielle qui s'altère aisément et qui, par cela même, devient irritante. Il paraît même que cette humeur, dans son plus grand degré de pureté, a toujours une odeur et une saveur assez marquées. C'est donc un aiguillon très actif qui sollicite la matrice d'autant plus puissamment que cette humeur est moins abondante et moins évacuée par les plaisirs de l'amour. Alors elle regorge dans les vaisseaux qui la secrètent, ce qui établit une espèce de pléthore dont les effets portent le trouble dans l'utérus et provoquent les accidents de l'hystérie. Cette humeur peut devenir acrimonieuse, soit par son séjour, soit par la nature de la femme, et provoquer les accidents encore plus facilement. Enfin, le liquide séminal, dont l'activité est au-dessus de celle de tous les autres, peut, en s'accumulant et en s'altérant, provoquer également ces accidents. »

Telles sont les théories qui ont régné presque sans contestation depuis Hippocrate jusqu'à Louyer-Villermay, c'est-à-dire pendant plus de deux mille ans.

Les conséquences de cette doctrine étaient inévitablement de provoquer l'évacuation du sperme ou du sang menstruel surabondants, et parmi les moyens les plus puissants d'opérer cette évacuation, se trouvaient les pessaires, la confrication de la vulve et le mariage.

Chez les anciens, les pessaires étaient regardés comme des irritants directs de l'utérus. Galien parle d'une femme grecque dont l'accès hystérique avait été subitement arrêté par l'introduction d'un pessaire qui avait amené une évacuation accompagnée de beaucoup de volupté. Mais comme ce moyen manquait souvent le but, on y substitua la confrication de la vulve.

Ce procédé, quoique regardé assez généralement comme très puissant, laissait trop à dire en morale pour avoir l'assentiment général. Il ne restait donc que le mariage, qui ne pouvait, en morale, éveiller de scrupules : il était reconnu comme plus puissant que la confrication ; aussi a-t-il été adopté.

On le voit, la série des inductions qui ont amené au remède n'a pas été longue, et néanmoins, une fois établi, celui-ci a pris en quelque sorte force de loi, et il a résisté à tous les chocs.

Ainsi, Rivière fait un jour la remarque que des petites filles et des vieilles femmes sont quelques fois atteintes de l'hystérie, quoiqu'elles n'aient ni les unes ni les autres de sperme et de menstrues; et alors il suppose qne chez celles-là l'hystérie était le résultat d'une humeur crasse formée des pourritures qui se trouvent dans l'utérus.

Après lui, Mauriceau trouve qu'il est des cas d'hystérie où non-seulement il n'y a pas de rétention de ces deux humeurs, mais encore où il n'y a pas, quoi qu'on fasse, moyen de s'en prendre à l'utérus; et il imagine pour ces cas une humeur qui résidait dans le foie, dans le pancréas et dans le mésentère.

Mais Mauriceau n'avait pas tout prévu. Langius avait observé qu'il existait des hystériques chez lesquelles on ne trouvait plus de lésion ni dans l'utérus ni dans les organes abdominaux, mais qui présentaient un état cachectique général. Pour ceux là, Langius créa une humeur subtile qui se trouvait partout.

Cela faisait donc trois classes d'hystériques pour lesquelles l'union des sexes devait être regardée comme ne pouvant rien. Louyer-Villermay y ajouta une quatrième classe. Selon cet auteur, il ne suffit pas toujours que les hystériques qu'on marie reçoivent la satisfaction de leurs sens : il en est un certain nombre auxquelles il faut de plus la satisfaction du cœur. M. Dubois (d'Amiens) a fait d'assez bonnes plaisanteries sur cette série obligée de satisfactions ; mais, en outre, il a très bien deviné le parti qu'on pourrait tirer de cette maladresse de Louyer contre la théorie des besoins utérins. En effet, si la satisfaction des besoins utérins ne suffit pas, c'est que le mal est ailleurs que dans l'utérus ; et si la satisfaction du cœur est seule puissante, c'est qu'il y a plus à faire avec l'encéphale qu'avec l'utérus.

Cela faisait déjà quatre classes d'hystériques chez lesquelles le mariage n'était pas le remède spécifique ; mais ce n'était pas tout.

Oppermann, dans une thèse soutenue en 1755, sous la présidence de Juncker, avait prétendu qu'il y en avait bien d'autres. Selon lui, la cause de l'hystérie était, le plus souvent, le sang engorgé dans l'utérus ; et Stahl ayant, toujours selon lui, prouvé que l'hystérie dépendait du sang retenu dans l'utérus, le mariage, qui guérit la chlorose et fait couler les menstrues, devait par ce moyen guérir l'hystérie. Selon Oppermann, le mariage ne convient que dans les cas d'engorgement de sang dans la matrice ; dans les autres cas il est nuisible.

Malgré toutes ces restrictions apportées au principe général de l'utilité du mariage pour les hystériques, ce principe n'a pas cessé d'être en vigueur et de dominer beaucoup d'esprits en médecine.

Il est temps de voir si les faits confirment une opinion aussi unanime. A s'en rapporter aux citations des auteurs, ce serait chose commune que de voir des hystériques guéries par le mariage. Depuis Zacutus Lusitanus, qui a vu guérir par le mariage une hystérique dont la maladie avait résisté avec opiniâtreté à tous les remèdes, jusqu'à Louyer-Villermay, les auteurs sont remplis de faits de guérisons d'hystérie par le mariage. Il n'est pas douteux que des hystériques se soient bien trouvées du mariage : je suis le premier à le reconnaître. Les seules questions à se faire sont les suivantes : Le nombre des hystériques ainsi guéries est-il considérable ? et quelles étaient les conditions dans lesquelles se trouvaient, avant et après le mariage, les hystériques qui ont guéri ?

Il est certain que le nombre des guérisons est moindre qu'il ne paraît l'être, attendu qu'avec la manière d'observer des anciens, qui ne tenaient compte que des faits saillants, ou que de ceux qui étaient en harmonie avec la théorie régnante, ils n'ont jamais parlé que de la minime partie des choses qui passaient sous leurs yeux, et ils n'ont jamais insisté que sur celles qui leur convenaient.

Il est encore certain qu'ils n'ont jamais été bien sévères dans l'admission des faits, et je prends pour exemple celui que Sennert cite comme un cas de guérison. Or, Sennert a tout simplement fait cesser une attaque de nerfs. J'en pourrais citer beaucoup d'autres. En définitive, on ne peut se faire, en consultant les auteurs, une idée du nombre des hystériques qui ont été guéries par le mariage.

Lisfranc prétendait bien avoir observé que, parmi le nombre

assez grand d'hystériques qu'il avait vu se marier, la moitié avait guéri, et l'autre moitié n'y avait rien gagné. Cela paraît un peu plus précis que ce que l'on savait auparavant; mais cela ne suffit pas. J'ai donc étudié la question sur les hystériques dont j'ai pris l'observation, et voici le résultat de mes recherches·

1° Sur ces 412 hystériques, il y en avait 139 qui étaient mariées ou qui vivaient en ménage. Ainsi, parmi mes malades il y en avait un tiers qui étaient des femmes mariées ou vivant en ménage. Terrible objection à l'aphorisme d'Hippocrate : « Nubat illa et morbum effugiet, » et à l'assertion de Sennert : « Tutissimum est ut tales virgines viro jungantur. »

2° Mais peut-être pourrait-on supposer que le vœu de la nature n'avait pas été rempli chez ces malades hystériques. Voici la réponse à ce doute :

Ces 139 femmes avaient eu entre elles, à l'époque où j'ai pris leur observation, 367 enfants : 3 enfants par femme, sans compter les avortements, que je puis évaluer, sans crainte d'exagération, à la moitié du nombre des enfants; ce qui donne un total de 550 fois que le vœu de nature a été rempli, c'est-à-dire 4 fois par femme. Il y avait eu telle de ces femmes qui avait eu 14 enfants, une entre autres en avait eu 25.

On ne peut donc pas dire que chez ces hystériques le vœu de nature n'ait pas été rempli.

3° On pourra objecter, en s'appuyant de l'autorité de Baillou, qui veut que l'hystérie arrive aux filles qu'on marie trop tard, que peut-être ces femmes s'étaient mariées tard.

Voici la réponse :

Sur ces 139 femmes, 8 étaient mariées avant 15 ans, 14 à 16 ans, 8 à 17 ans, 12 à 18 ans, 11 à 19 ans, 21 à 20 ans, 11 à 21 ans et 15 à 22 ans. Ainsi, 100 de ces femmes, presque les 4/5, étaient mariées avant 22 ans. Et si l'on veut tenir compte des filles qui, sans le dire, avaient anticipé, il sera facile de s'assurer que la très grande majorité de ces hystériques n'avaient point été, malgré le respect dû à l'autorité de Baillou, en retard avec le vœu de la nature.

A cet âge, ces femmes avaient déjà eu 200 enfants entre elles toutes.

Ces premiers chiffres n'étant en quelque sorte que des résultats bruts, il est naturel qu'on se fasse les questions suivantes :

Ces femmes étaient peut-être hystériques avant le mariage, et peut-être une bonne partie d'entre elles a-t elle été guérie ou améliorée après le mariage? Quel est le nombre de celles qui se sont mal trouvées du mariage? Quel est celui des femmes qui s'en sont bien trouvées?

Voici les chiffres qui répondent à ces diverses questions.

47 de ces femmes étaient hystériques avant le mariage.

57 étaient en bonne santé, et n'avaient pas, avant leur mariage, présenté le moindre signe d'hystérie.

Or ces 57 femmes sont devenues hystériques pendant le mariage, le plus grand nombre par suite de contrariétés de ménage venant, au dire de ces femmes, les unes de ce qu'elles étaient maltraitées et battues, les autres parce que leurs maris les avaient abandonnées et laissées seules avec les enfants, d'autres parce que des contrariétés de parents les avaient tracassées, d'autres parce que des embarras d'argent ou des mécomptes de commerce les avaient rendues malheureuses, quelques-unes parce qu'ayant fait bon ménage elles avaient perdu leurs enfants ou leur mari, et un très petit nombre n'avaient pu rattacher la maladie à aucune cause qui les ait frappées.

Je n'en ai trouvé que deux qui aient rapporté les accidents qu'elles éprouvaient à l'exercice du coït : l'une parce que cet acte, devenu excessif par sa fréquence, la faisait souffrir, et l'autre par la raison contraire.

Plusieurs auteurs rapportent des cas d'hystérie due au coït; M. Brachet en rapporte un; M. Dechambre a, dans ce journal même, rapporté le fait d'une dame qui avait une attaque hystérique à chaque rapport conjugal.

Certes je suis loin de supposer aux classes supérieures à celle sur laquelle j'ai pris mes observations, de pareilles mœurs; mais chez elles, si les causes déterminantes de l'hystérie ne sont pas si violentes, la prédisposition due à une sensibilité plus vive est bien plus grande, de telle sorte qu'à peu de choses près on peut supposer que les résultats définitifs sont les mêmes.

On peut donc supposer que, parmi les femmes hystériques mariées, la moitié au moins ne devient sujette à cette maladie qu'après le mariage. Et alors que deviennent, en présence de pareils faits, les assertions si tranchantes des anciens, que le mariage guérit l'hystérie ; surtout celle de Roderic a Castro, que les femmes qui usent du coït sont rarement hystériques?

Maintenant voyons ce que sont devenues les 47 femmes qui étaient hystériques avant leur mariage.

Parmi elles, 15 ont vu leurs accidents hystériques augmenter par le fait du mariage.

Chez 2, il y a eu de l'amélioration d'abord, puis de l'augmentation ensuite.

Chez 17, le mariage n'a eu d'influence ni en bien ni en mal sur les accidents hystériques.

Enfin, chez 13, le mariage a notablement diminué les accidents hystériques, ou même a guéri complétement la maladie.

1° Ainsi sur 104 femmes hystériques, sur l'historique desquelles on avait pu avoir des renseignements suffisants, il s'en est trouvé 74, c'est-à-dire plus des deux tiers, auxquelles le mariage a été nuisible.

Quand on réfléchit à toutes les conséquences de l'état du mariage, à toutes les contrariétés, à tous les ennuis, à toutes les préoccupations d'esprit, à tous les chagrins et à tous les dérangements de santé qu'il entraîne nécessairement avec lui, aux maladies et à la mort des enfants, du mari, etc., on ne comprend guère comment on peut exposer une hystérique, l'être du monde le plus impressionnable, à tant de causes dont la moindre suffit pour amener les accidents qu'on veut guérir.

Il faut avoir, comme l'ont eu les anciens, l'esprit complétement fasciné par les théories scientifiques, et l'avoir bien rempli des idées de rétention de sperme, ou de vœu de nature à satisfaire, pour ne pas avoir songé que le mariage ne consiste pas seulement en des rapports sexuels qui ne durent que quelques instants.

2° Sur les 47 femmes hystériques avant leur mariage, 17 n'ont été aucunement influencées, ni en bien ni en mal.

C'est encore un quart sur lequel le mariage n'a produit aucun bon effet, et sur lequel je n'ai pas besoin de m'arrêter.

3° Enfin, chez 13 malades il y a eu soit amélioration notable quelquefois avec récidive, soit guérison complète.

C'est un dixième du nombre total des hystériques mariées.

Ainsi l'on peut dire que, dans la classe du peuple, le mariage n'a été utile qu'à un fort petit nombre d'hystériques ;

car il est bien évident que les femmes qui sont devenues hystériques après leur mariage n'auraient pas guéri par ce moyen si elles eussent été hystériques auparavant.

Maintenant, on conçoit quelles réserves on doit mettre dans le mariage des hystériques, qui offre tant de chances d'être nuisible à autrui, et si peu de chances d'être utile à l'hystérique elle-même.

Il reste à voir dans quelles conditions se trouvaient, soit avant, soit après leur mariage, les hystériques qui ont guéri ou qui ont été améliorées.

D'après mes observations, ces conditions sont peu nombreuses. Pour la moitié au moins, ces femmes étaient heureuses en ménage, après avoir été maltraitées ou non dans leur enfance; pour l'autre moitié, c'étaient des femmes mal menstruées, chez lesquelles soit le coït, soit les accouchements, soit une meilleure nutrition, avaient rétabli l'écoulement menstruel et dissipé l'état cachectique.

Toutes ces femmes avaient été atteintes lentement et graduellement de l'hystérie, et une partie d'entre elles avaient la cachexie chlorotique ou étaient très faibles.

Peut-être la satisfaction du sens génital entre-t-elle pour quelque chose dans le bien-être qu'ont éprouvé ces femmes. Cela est possible, mais non prouvé, tandis qu'il est certain que le calme de la vie tranquille, et probablement une meilleure alimentation, ont chez la plupart d'entre elles rétabli la nutrition, et rendu de la prépondérance aux capillaires sanguins. Alors la disparition des accidents hystériques résultait de la cessation de la prédominance du système nerveux et de l'éloignement des causes déterminantes.

Le changement d'état qui a accompagné le mariage a produit ce que fait le médecin quand il a à traiter une hystérique cachexiée par la débilité ou par la chlorose. L'indication, en pareil cas, est de tonifier pour faire cesser l'état cachectique. Or cette tonification s'opère soit par le mariage, soit par les moyens médicamenteux.

Ces résultats expérimentaux sont bien loin des idées qui ont cours; on ne voit point là de ces besoins génitaux qu'il faut satisfaire, de ces passions violentes qui doivent s'assouvir, de ces femmes pleines de sucs qu'elles doivent perdre. Ce sont tout simplement des femmes tourmentées, dont la nutrition imparfaite laissait prédominer le système nerveux, qui reviennent à une vie calme et qui reprennent du corps.

Je suis loin de prétendre que ce qui se passe chez les femmes du peuple se trouve au même degré dans les classes supérieures. Je reconnais que les conditions sont différentes, et j'admets volontiers que les femmes qui peuvent se nourrir convenablement, chez lesquelles les matériaux de la nutrition sont loin de manquer en même temps que les stimulations des sens sont fréquentes, j'admets que chez ces femmes les besoins génitaux deviennent impérieux, et que leur non-satisfaction puisse amener un agacement, un malaise, une stimulation capables de provoquer les accidents hystériques. J'admets que chez elles le mariage puisse être utile pour faire cesser cet état; mais, cette satisfaction accordée, il reste bien autre chose à satisfaire : il reste la tête et le cœur, dont la non-satisfaction est une occasion d'excitation nerveuse bien plus continue et bien plus permanente que celle qui provient des organes génitaux.

Tous les jours il arrive à l'hôpital des hystériques mariées prises d'attaques convulsives, provoquées par les ennuis qu'elles éprouvent dans leur ménage; quelques semaines de soins et de vie calme apaisent les accidents; se croyant guéries, elles rentrent chez elles; là, nouveaux ennuis, nouvelles contrariétés, et bientôt retour des attaques; puis, rentrée nouvelle à l'hôpital, nouvelle guérison apparente, et ainsi de suite.

Dans les observations que j'ai prises, il s'est trouvé un certain nombre de femmes mariées atteintes d'hystérie avec attaques. A un moment donné, le mari avait abandonné sa femme et l'avait laissée aux prises avec toutes les difficultés d'un ménage avec des enfants. Le mari à peine éloigné, les accidents hystériques avaient cessé malgré les conditions défavorables où se trouvait la femme. Au bout de six mois, d'un an, réapparition du mari, qui apporte bientôt le trouble avec lui, et bientôt aussi réapparition des accidents hystériques, qui cessent aussitôt qu'a lieu un nouvel éloignement.

Ainsi, sans nier l'avantage qu'on peut obtenir de la satisfaction des besoins génitaux, je maintiens que la modification dans la nutrition, le rétablissement de la fonction menstruelle et la satisfaction des sentiments qui viennent du cœur et de l'encéphale sont les circonstances au moyen desquelles le mariage peut donner les résultats les plus avantageux.

Tel est le point de vue sous lequel il faut que le médecin considère le mariage. L'union conjugale sera pour lui plutôt un moyen de réparation qu'un moyen de déplétion; et, on peut le dire, la prétendue observation des anciens, sur le génie de laquelle on ne tarit pas en éloges, n'a été de leur part, relativement à l'hystérie, qu'une longue infatuation scolastique complétement erronée.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — M. *Guillon* présente à l'Académie un ecclésiastique qu'il a débarrassé, au moyen de ses brise-pierre à levier et à évacuateur, de plusieurs calculs vésicaux, dont l'un, très dur, avait le volume d'un très gros œuf de poule.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1856.

M. *Barth*. Cette discussion, j'en suis sûr, finira par jeter un certain jour sur l'un des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie. De spéciale qu'elle était d'abord, la question n'a pas tardé à devenir générale, et à être posée en ces termes : faut-il abandonner les kystes de l'ovaire à eux-mêmes ou faut-il les opérer ? Et dans ce dernier cas, doit on se borner au traitement palliatif, à la ponction de nécessité, ou bien tenter la cure radicale? Deux opinions contradictoires se sont produites.

L'une veut que l'on s'abstienne complétement. Elle est fondée sur l'innocuité que présentent souvent les kystes ovariques, sur les dangers immédiats ou consécutifs de l'opération, et sur des cas de mort plus ou moins rapide à la suite de simples ponctions. Les partisans de l'abstention invoquent des statistiques contenant des faits déplorables, tellement effrayants qu'on en demeure étonné ! Ces statistiques que M. Trousseau vous a citées, je ne pense pas qu'on doive les accepter sans examen. Se peut-il que de simples ponctions aient été si fréquemment mortelles? Pour ma part, j'ai pratiqué vingt-cinq à trente fois cette opération, et j'ai retrouvé des notes sur vingt et une de mes opérées; dans aucun de ces cas, je

n'ai observé d'accidents immédiats, et quant aux dangers consécutifs, ils n'ont pas été plus grands que ceux dont les kystes par eux-mêmes n'eussent pas manqué d'être le point de départ, en l'absence de toute intervention chirurgicale ; les malades ont succombé à tout autre chose qu'aux conséquences de l'opération ; une seule fois la mort a eu lieu le lendemain de la ponction ; mais celle-ci avait été faite, comme on dit, *in extremis*, et l'état de la malade était d'une telle gravité que l'opération ne peut certainement pas être accusée d'y avoir ajouté. C'est ce qui a eu lieu également dans l'un des faits communiqués à l'Académie par M. Bouchard.

Ceux qui veulent qu'on opère les kystes de l'ovaire allèguent l'accroissement indéfini de ces tumeurs, les accidents qu'elles provoquent en refoulant et en comprimant les organes voisins, le danger des ruptures, qui tantôt se font spontanément, tantôt sous l'influence d'un choc sur l'abdomen, et deviennent la cause de péritonites mortelles. Ils citent, d'une part, des exemples où les tumeurs par elles-mêmes ont amené la mort, et, d'une autre part, le nombre déjà assez respectable de guérisons que l'on doit à l'opération.

La vérité se trouve, comme toujours, entre les opinions extrêmes ; elle ne me paraît être ni dans le système de l'abstension, ni dans celui de l'opération appliquée à tous les cas. Il faut établir des distinctions, de bonnes distinctions. Vous avez entendu plusieurs de mes collègues déterminer quels kystes sont opérables, quels doivent être respectés, à quelle époque on intervenait le plus utilement... Mais si, en théorie, on est libre de choisir les meilleures conditions et l'époque la plus opportune pour opérer, il n'en est pas de même dans la pratique. Les malades temporisent le plus possible, essaient d'une foule de moyens avant de se soumettre à l'opération.

Un point essentiel, c'est d'éliminer, comme étranger à ce débat, tous les kystes qui n'appartiennent pas à l'ovaire. Si nous voulons arriver à des conclusions utiles, gardons-nous bien d'englober sous le même titre, dans les mêmes statistiques de succès ou d'insuccès, et les kystes de l'ovaire, et ceux du péritoine, et les hématocèles auxquelles j'estime que le plus sage est de ne pas toucher, les kystes de la trompe, qui parfois peuvent se vider spontanément dans l'utérus, et les kystes embryonnaires contenant des cheveux, des débris d'os, etc.

Circonscrivant la question aux vrais kystes de l'ovaire, nous trouvons que, pour ces tumeurs, l'opération doit être admise ou rejetée d'après des considérations tirées en premier lieu de leur disposition *uniloculaire* ou *multiloculaire*. La première est évidemment une condition plus favorable ; mais les kystes multiloculaires n'échappent pas complétement aux moyens chirurgicaux. Voici le dessin d'un énorme kyste de ce genre. La femme qui portait cette tumeur fut ponctionnée un grand nombre de fois sans accidents ; la mort eut lieu vingt-deux jours après la dernière ponction, par suite d'une rupture du kyste. Je vis alors que ses divers compartiments communiquaient entre eux par de petits orifices.

Il faut avoir égard aussi à la nature du *liquide*, et ici l'emploi du microscope peut être utile pour distinguer un liquide séreux véritable d'un liquide hydatifère ; mais les échinocoques des ovaires sont extrêmement rares, heureusement pour la question qui nous occupe. Un liquide séro-sanguin albumineux ou renfermant de la cholestérine, diminue les chances de la cure radicale.

Les parois sont-elles minces, c'est une circonstance favorable. Épaisses, elles s'opposent au retrait de la poche et peuvent même, comme cela a été remarqué par M. Guérin, y favoriser l'entrée de l'air.

Si à côté d'un kyste volumineux il en existe d'autres, s'il y a une provision, une pépinière de petites poches, on court risque de les voir se développer une fois la cavité principale vidée et eblitérée.

Lorsqu'à un kyste ovarique se trouve appendue une masse d'une certaine fermeté, défiez-vous : c'est souvent de la matière colloïde ou encéphaloïde qui est logée dans certaines vacuoles de la tumeur ou placée dans ses parois ; le kyste pourra guérir, mais il restera là quelque chose qui continuera à s'accroître et amènera la mort de la malade !

Il faut encore avoir égard à la *marche* lente ou stationnaire ou envahissante du kyste ; à l'âge de la malade, à l'état de la santé générale : si le teint est jaunâtre, cachectique, tout médecin prudent s'abstiendra d'opérer ; à la présence ou à l'absence d'une prédisposition héréditaire aux maladies cancéreuses.

Admettons qu'il s'agisse d'un kyste uniloculaire, sphéroïde, également fluctuant dans toute son étendue (ce qui dénote la présence d'un liquide séreux), sans bosselures, coïncidant avec un bon état de santé générale ; dans ces conditions, le kyste peut être attaqué par une opération, et j'ajoute que c'est un devoir d'intervenir si ce kyste fait des progrès dans son accroissement.

Quelle opération doit-on instituer alors ? — La ponction palliative ? elle a pour effet de favoriser la reproduction du liquide à des intervalles de plus en plus rapprochés ; à chaque ponction il y a un nouveau danger ; les malades, chez qui on l'a renouvelée souvent, finissent par succomber épuisées.

Je ne dirai rien de l'électrisation, rien non plus de l'extirpation des kystes, et me bornerai à discuter les avantages des ponctions suivies d'injections iodées ; cette opération qui a pour but de procurer le retrait et l'accolement des parois de la tumeur, compte aujourd'hui assez de succès pour être prise en considération. Parmi les insuccès qu'on lui reproche, tous ne lui sont pas légitimement imputables ; tel est le cas déjà cité de M. Bouchard ; tel est encore le fait que j'ai communiqué à l'Académie, puisque les accidents ont été nuls pendant le temps où les injections étaient journellement pratiquées chez ma malade, et qu'ils datent du jour où ce traitement a été interrompu. Le liquide auquel je donne la préférence est une injection iodée soluble ; quant au moment le plus favorable à l'opération, sans doute il y aurait avantage à ne pas attendre que la tumeur ait acquis un volume excessif, mais il faut bien prendre les cas tels qu'ils se présentent ! Une grande étendue des parois expose à une inflammation plus considérable, aux accidents de l'iodisme qui est rare, mais que l'on a eu tort de nier. On peut, à l'aide de ponctions successives, chercher à réduire le volume du kyste avant d'y pratiquer une injection ; mais n'oublions pas que plusieurs ponctions représentent plusieurs dangers.

Permettez-moi, messieurs, de dire ici un mot de mon procédé ; si je ne le défendais pas, il n'aurait rencontré dans cette enceinte que des critiques, à l'exception, toutefois, de M. Velpeau, qui en a parlé favorablement. A mon sens, ce procédé réalise plusieurs avantages : on ne fait qu'une seule opération ; — on est maître du kyste, on le tient ; — on y injecte la solution iodée quand et comme on veut ; on peut même y pratiquer une irrigation continue.

MM. Moreau et Malgaigne ont fait, à ce procédé, plusieurs reproches. Vous pratiquez, dit M. Malgaigne, deux ponctions ; il y en a une de trop. J'en conviendrais, si l'on arrivait au même résultat par une ponction simple ; mais c'est ce qui n'a pas lieu, et les ponctions *répétées* valent-elles mieux que ma double ponction ?

M. Malgaigne dit encore : le procédé n'est pas nouveau : c'est le séton employé contre l'hydrocèle. Non, ce n'est pas un séton ; c'est un tube conducteur, ce qui est bien différent.

M. Jobert a objecté de même que le procédé n'était pas nouveau ; il lui trouve de l'analogie avec la sonde que Delpech laissa à demeure dans un kyste (et la malade a succombé). Mais Delpech ne faisait pas d'injections iodées pour prévenir la décomposition du pus et l'infection putride ; il se servait d'une sonde rigide, et moi du tube flexible de caoutchouc que voici. — Deux ponctions vous exposent à deux dangers, a ajouté M. Jobert ; et cependant ne nous a-t-il pas dit, d'une autre part, qu'entre ses mains, la ponction des kystes ovariens n'avait jamais produit d'accidents ? Dans l'opinion de notre collègue, le véritable danger de ces ponctions, c'est l'épanchement du liquide dans le péritoine ; or, c'est précisément cet accident que j'évite avec mon procédé. Suivant lui, que l'on se serve d'une canule ou d'une sonde à demeure, le résultat est le même. Cependant, il faut considérer que la canule, étant plus courte, peut s'échapper et permettre à une partie du liquide de s'écouler dans le péritoine ; qu'étant rigide, elle peut occasionner l'inflammation des parties qu'elle traverse et favoriser l'entrée de l'air dans la tumeur. Cet inconvénient d'être rigide doit faire redouter les mêmes accidents de l'emploi d'une sonde.

Le tube dont je me suis servi est, pour ainsi dire, inaltérable ;

après être demeuré près de trente jours dans la cavité du kyste, il pourrait encore servir aujourd'hui ; rien ne serait plus facile d'ailleurs que de lui en substituer un autre. Mou, flexible, s'accommodant aux orifices par lesquels il passe, il est peu irritant, il maintient exactement les rapports entre la surface du kyste et la paroi abdominale, ce qui est la vraie condition des adhérences, grâce auxquelles l'épanchement dans le péritoine est rendu impossible. Je suis retourné au musée Dupuytren, et j'y ai examiné de nouveau la pièce que j'ai présentée à l'Académie ; j'ai constaté (comme d'ailleurs cela a été vu à la Société anatomique par M. Cruveilhier), qu'il existait entre la tumeur et la paroi du ventre des adhérences solides, indestructibles .. S'il était survenu une récidive, et qu'une nouvelle ponction fût devenue nécessaire, on eût pu en toute sécurité plonger le trocart dans l'intervalle de deux cicatrices résultant des premières ponctions.

Enfin ce tube flexible peut faire office de sonde à double courant ; il peut servir à pratiquer dans le kyste une irrigation continue.

M. Robert a fait à la méthode de la canule à demeure des objections nombreuses, fondées principalement sur les insuccès qu'il a observés par lui-même ou dont il a eu connaissance. Mais, en revanche, des succès ont été rapportés par M Leroy d'Étiolles et par M. Fock. J'avoue franchement qu'aujourd'hui, ayant entendu les arguments produits à cette tribune, j'ai de la tendance à préférer à cette méthode la ponction suivie de l'occlusion immédiate de la tumeur. Et cependant si, au moment d'une première ponction, le liquide qui s'écoule est fétide, si c'est du pus, est-ce que, après l'avoir évacué par la ponction, vous fermerez la tumeur ? Non évidemment. Et c'est alors que mon procédé pourra être utile. Il permet d'ouvrir ou de fermer à volonté la cavité du kyste. Veut-on empêcher l'air d'y entrer ? il suffit de lier les deux bouts du tube et de les couvrir d'un morceau de diachylum. Veut-on l'ouvrir ? ce même tube remplacera avec avantage la sonde à demeure.

Les accidents observés chez ma malade ne sauraient être attribués au procédé mis en usage. En effet, c'est quand la malade eut arraché le tube, et que le kyste fut fermé, qu'il s'est distendu de plus en plus, au point de se rompre à la fin. La grossesse concomitante n'a-t-elle pas déterminé une circulation plus active, une exhalation plus abondante dans le kyste ? De là sans doute cette lenteur de la rétraction dans les derniers temps de la maladie ; car, à partir du moment où la tumeur fut réduite au volume d'une tête d'enfant, le kyste semblait s'être arrêté dans sa marche rétrograde.

Pour me résumer, je dirai que si la méthode des injections iodées est mauvaise, mon procédé tombera avec elle ; si les injections sont bonnes, et s'il est reconnu qu'il est utile, dans certains cas déterminés, d'établir une communication du kyste à l'extérieur, mon procédé restera, et l'avenir dira ce qu'il vaut.

Quant à la question générale de la cure des kystes ovariens, il y a aujourd'hui assez de succès pour rendre légitime l'intervention de l'art dans une maladie aussi grave. Si les succès ne sont pas encore en très grand nombre, c'est que le temps n'a pas permis d'en grossir la liste ; et si leur proportion n'est pas plus considérable, il ne faut l'attribuer qu'à l'imperfection de nos méthodes actuelles, et, dans tous les cas, réserver l'avenir.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Deux rapports de M. le docteur *Viard* (de Semur), sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné en 1856, dans les communes de Grignon et de Villaine-les-Prévotte (Côtes-d'Or). — *b*. Un rapport de M. le docteur *Boullaud* (de Sainte-Ménehould) sur une épidémie d'angine gutturale qui a régné en 1856 dans la commune de Vienne-la-Ville (Marne). — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques dans le département de l'Aisne en 1855. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Une observation d'hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, traitée et guérie au moyen des ponctions successives, par M. le docteur *Deleau*. (*Comm. :* MM. Barth, Cazeaux, Depaul.) — *b*. Une note sur le traitement de la rage, par M. le docteur *Delfrayssé* (de Cahors). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Depaul*, secrétaire annuel, dépose sur le bureau un mémoire de M. *Jules Rouyer*, intitulé : *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées*. Ce travail, dit M. Depaul, est le compte rendu exact des observations de M. le professeur *Nélaton* sur les kystes ovariques.

M. *le Secrétaire annuel* présente encore, au nom de l'auteur, un mémoire *Sur la syphilisation des enfants*, par M. le professeur *Boëck*, de Christiania.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la mort de M. *Caventou* père, membre correspondant à Saint Omer.

M. *Bussy* annonce que l'Académie tiendra, samedi prochain, une séance supplémentaire pour entendre la lecture des rapports des commissions des prix.

M. *le Président* propose à l'Académie de se former immédiatement en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. *Boudet*, relatif à la liste de présentation des candidats pour la place vacante dans la *section de pharmacie*.

M. *Velpeau*, qui était inscrit pour prendre la parole aujourd'hui et qui a fait remettre exprès la séance d'un concours dont il est un des juges, insiste pour que la discussion soit continuée.

Après quelques explications animées, l'Académie consultée, adopte la proposition de M. Velpeau, et la discussion est reprise.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Velpeau :* La question qui s'agite en ce moment est certes une des plus complexes et partant des plus obscures de la pathologie et de la médecine opératoire. Pour arriver à une solution rationnelle relativement au traitement des kystes ovariques, il faudrait déterminer assez exactement le temps que durent en moyenne ces tumeurs, dire jusqu'à quel point elles compromettent la santé ou la vie des malades, pouvoir calculer enfin les chances de guérisons offertes par les différentes méthodes thérapeutiques, indiquer leur valeur relative et préciser dans quels cas tel mode opératoire, tel procédé doit être préféré à tel autre. La plupart de ces points ont été traités par les orateurs qui ont déjà pris part au débat. Mais j'avoue que tout ce qui a été dit à cette tribune a laissé encore bien des doutes dans mon esprit et que beaucoup d'assertions ou de faits ne me paraissent pas devoir passer sans discussion.

Ainsi, on a essayé de fixer la durée moyenne des kystes de l'ovaire ; et l'on a donné les chiffres de 2, 6, 8 et 10 ans. Mais comment a-t-on pu dresser des statistiques exactes ? l'hydropisie ovarique n'est pas même soupçonnée à son début ; et les femmes qui en sont atteintes n'appellent leur médecin que lorsque la tumeur a acquis un certain développement, c'est-à-dire lorsqu'elle date déjà de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Or, l'époque où elle devient sensible est très variable, suivant que les sujets sont gras ou maigres et qu'ils sont plus ou moins attentifs à s'observer Il y a donc là toute une période de l'évolution des kystes qui demeure cachée pour le médecin ; et c'est ce qui rend impossible une détermination, même approximative, de la durée des kystes ovariques.

Tout ce que l'on sait bien, c'est qu'il y a des kystes dont l'évolution est lente, ou même qui demeurent stationnaires pendant plusieurs années, tandis qu'il en est qui se développent avec une rapidité désespérante et dont l'énorme volume ne tarde pas à mettre en danger les jours des malades.

Autre question : les kystes de l'ovaire sont-ils susceptibles de guérir spontanément ou par des moyens purement internes ? Je n'ai pas été peu surpris d'entendre MM. Trousseau et Cruveilhier dire non. Pour mon compte, j'affirme que j'ai vu quelques tumeurs enkystées de l'ovaire, du volume d'un œuf, que je crois avoir bien diagnostiquées, et qui ont cédé à un traitement médical, à l'usage des fondants et des bains. Sans doute, en théorie, il semble difficile d'admettre qu'un kyste d'une capacité de 15 à 20 litres et qui ne tient souvent au reste de l'organisme que par un mince pédicule, puisse être résorbé ; mais est-ce là une chose tout à fait impossible ?

Je ne le crois pas. J'ai vu des hydrocèles énormes disparaître spontanément avec une grande rapidité; et M. Moreau se souviendra peut-être d'une jeune fille que nous vîmes ensemble, boulevard Montparnasse, pour une tumeur abdominale très volumineuse et d'apparence fibreuse, que nous avions jugée incurable : j'ai appris depuis par M. Cazeaux, que cette malade était guérie de sa tumeur sans opération.

Je conviens cependant que les guérisons spontanées ou par un traitement médical sont rares et quasi exceptionnelles pour les kystes ovariques; mais il ne faudrait pas les considérer comme impossibles, à l'exemple de MM. Trousseau et Cruveilhier.

Je considère aussi comme extrêmement rares les ruptures de la poche kystique. D'ailleurs, la statistique de Tilt vous a démontré combien ce genre de terminaison est grave et peu à désirer, puisque cet observateur a compté 30 morts sur 72 cas de rupture.

En présence d'une affection qui guérit si rarement d'une manière spontanée, le chirurgien devra donc tôt ou tard intervenir. Voyons par quels moyens.

La ponction simple, je l'accorde, est un remède de nécessité et le plus souvent palliatif; mais a-t-elle bien mérité tout le mal qu'on en a dit ici? Si l'on en croit les statistiques de Southam, de Lee, de Kiwisch et de Fock, citées à cette tribune, rien ne serait plus dangereux que cette ponction, puisque plus des deux tiers des opérées, et même quelquefois toutes les opérées, seraient mortes en moins d'un an. J'en appelle à tous mes collègues; mais je ne pense pas qu'en France on ait jamais observé rien de pareil. J'ai dit, il est vrai, que dans une seule année j'avais eu à déplorer la perte de quatre malades à la suite de la simple paracentèse; mais j'ai cité ces faits comme tout à fait exceptionnels dans ma pratique : d'ailleurs c'étaient des kystes spéciaux, complexes, très volumineux, qui contenaient tous des matières solides ou gélatiniformes, dont l'évacuation était absolument impossible, même avec les trocarts les plus gros. En dehors de ces quatre cas, j'ai pratiqué environ 312 ponctions simples pour des kystes ovariques, sur 98 malades à peu près (quelques-unes ayant subi six, huit, douze, quatorze, vingt et même trente fois cette opération); jamais je n'ai vu survenir d'accidents graves, soit immédiats, soit consécutifs : la plupart de ces femmes ont encore vécu ainsi dix, quinze, vingt ans et au delà.

A quoi tient que les statistiques fournissent des résultats différents? c'est que ces statistiques ressemblent au plat de langues qu'Ésope servait sur la table de Xanthus : il n'y a rien de meilleur et rien de plus mauvais, selon l'usage qu'on en fait. La statistique n'est une bonne chose qu'autant qu'elle est maniée habilement.

Je crois donc, en dépit des relevés lamentables faits en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, que la ponction est une opération d'une extrême simplicité et nullement dangereuse. Ce n'est que rarement et par exception qu'elle peut être suivie d'accidents graves, de la même manière qu'on voit quelquefois la saignée du bras être suivie de phlébite ou de phlegmon diffus.

Mais à quoi la ponction simple est-elle bonne? peut-elle procurer des guérisons définitives? Cela n'est pas douteux : on en a cité des exemples; et pour mon compte j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas. Le plus remarquable a pour sujet la femme d'un de nos confrères de province Le kyste datait de neuf ans : la ponction donna 22 litres de liquide séreux. La tumeur revint peu à peu sur elle-même, et voici dix ans qu'elle n'a pas reparu.

Je reconnais que ces cures radicales par la simple ponction sont d'une extrême rareté. Le plus souvent cette opération est purement palliative; elle demande à être répétée fréquemment, et alors les femmes sont épuisées rapidement par l'abondante exhalation qui se fait dans le kyste pour remplacer le liquide évacué.

Aussi, ne comptant guère guérir mes malades par cette opération, j'ai l'habitude de ne la pratiquer que lorsque la tumeur est assez développée pour produire une gêne mécanique dont la femme se trouve fort incommodée. A quoi bon, en effet, pratiquer prématurément une opération qui aura le plus souvent pour conséquence d'appeler le retour de plus en plus rapproché d'opérations semblables et de causer ainsi l'affaiblissement progressif et l'épuisement rapide des malades? La ponction simple devra donc être employée avec une extrême réserve et les plus sages ménagements.

Etrange contradiction, messieurs! Vous avez vu quelle terreur la ponction des kystes ovariques inspirait en Angleterre et en Amérique, et quelle effrayante mortalité elle donnait dans ces deux pays. Ces mêmes chirurgiens qui redoutent tant un coup de trocart pour leurs malades, ne craignent pas de leur fendre le ventre du sternum au pubis et d'aller exciser une tumeur ovarique qui souvent contracte les connexions les plus intimes avec le péritoine et tous les viscères abdominaux. M. Bernard a fait le relevé statistique des opérations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre et en Amérique. Sur 292 opérations de ce genre il a trouvé 100 morts, 100 guérisons, et 92 opérations incomplètes, sur lesquelles 30 cas de mort. Les opérations incomplètes sont celles où l'on s'est contenté d'inciser l'abdomen, l'extirpation de la tumeur n'ayant pu être faite à cause de ses adhérences trop étendues. Dans une autre statistique, M Bernard, sur 13 cas d'extirpation, trouve 7 morts; Atlee, sur 30 opérées, compte 15 morts.

J'ai peine à comprendre que des chirurgiens qui tremblent de faire une ponction dans un kyste ovarique osent conseiller de pratiquer une opération aussi grave que l'extirpation de ces tumeurs.

Ce qui me surprend encore, et ce que je ne chercherai pas à expliquer, c'est que la statistique des ponctions pratiquées chez eux soit si sinistre, tandis que celle des extirpations est relativement beaucoup plus favorable.

Quoi qu'il en soit, l'extirpation me fait peur, et je félicite la chirurgie française de n'avoir pas encore imité, à cet égard, la témérité de la pratique étrangère.

La méthode des injections dans les cavités distendues par un liquide morbide n'est pas assurément nouvelle.

Depuis longtemps les chirurgiens, soit en France, soit à l'étranger, soit à Paris, soit en province, ont injecté du vin, de l'alcool ou d'autres liqueurs médicamenteuses dans les cavités séreuses ou dans différentes espèces de kystes. Les premiers essais faits sur l'hydrocèle auraient engagé les praticiens à étendre l'emploi de la méthode; l'analogie pourtant n'était pas très favorable : car il suffisait de quelques gouttes de vin tombées en dehors de la tunique vaginale ou même d'une certaine quantité de ce liquide laissée volontairement ou non dans la cavité séreuse pour déterminer le plus souvent une inflammation des plus intenses et la gangrène des tissus. Ces immenses dangers avaient fait craindre d'abord d'injecter les kystes ovariques. Plus tard sont arrivées les injections iodées. J'ai pu me convaincre alors, en traitant par ce moyen un grand nombre d'hydrocèles, que l'injection iodée est peu douloureuse, que l'irritation qui la suit est légère et fugace, et qu'il n'y a aucun danger à abandonner une partie du liquide médicamenteux dans la tunique vaginale ou à en laisser échapper quelques gouttes dans le tissu cellulaire qui l'entoure.

Encouragé pas ces essais et prévoyant bien que les solutions iodées pourraient être injectées aussi avec avantage dans différentes tumeurs liquides, voici ce que j'écrivais, en 1839, dans mes *Nouveaux éléments de médecine opératoire* (t. IV, p. 13) : « Ce que » j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux » me porte à penser qu'elles offriraient encore plus de chances de » succès que le vin dans l'ascite et les kystes de l'abdomen. »

Plus tard, dans mon *Mémoire sur les injections médicamenteuses dans les cavités closes*, publié dans les ANNALES DE CHIRURGIE pour l'année 1846, j'ai établi les six règles générales suivantes :

« 1° Que la douleur et la réaction sont encore moindres dans les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite;

» 2° Que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est également un peu moins prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres régions;

» 3° Que partout où quelque plan osseux ou ostéo-fibreux forme une des parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, manque même quelquefois tout à fait;

» 4° Que si le kyste contient de la matière gélatiniforme ou grumeleuse, granulée ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins sûr, moins constant que s'il s'agit de kystes franchement liquides, soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents;

» 5° Que, selon toute apparence, le liquide iodé ne fait naître d'inflammation que sur les points de surface séreuse qu'il touche et que l'inflammation provoquée par son contact est d'une nature tellement fixe qu'elle tend très peu à s'étaler;

» 6° Que, sans plaie extérieure, elle devient rarement purulente. »

Et plus loin j'ajoutais : « Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je ne puis m'empêcher de mettre en regard des injections iodées toute la grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales de l'économie..... Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des injections irritantes en général ; non plus du traitement de l'hydrocèle, qui ne laissait du reste que très peu à désirer déjà, mais bien du traitement local de presque toutes les hydropysies ; non plus des épanchements séreux proprement dits, mais aussi des collections sanguinolentes de toute sorte, et même de certaines collections purulentes, d'une vaste question de thérapeutique par conséquent. »

Je crois qu'il est suffisamment prouvé par ces citations que, depuis longues années déjà, j'avais pressenti tous les avantages que la chirurgie pourrait retirer de la méthode des injections iodées, et que j'avais même cherché à poser les indications les plus importantes de leur emploi.

De la pratique de tous les chirurgiens qui ont appliqué les injections iodées au traitement des kystes ovariques, il est sorti au moins 130 faits, sur lesquels 30 morts environ, 64 guérisons, et un grand nombre de récidives. C'est beaucoup de morts ! et si l'on en croyait les statistiques américaines et anglaises, la mortalité ne serait pas moindre qu'après l'extirpation. Faudra-t-il donc que je condamne les injections iodées au même titre que l'ovariotomie?

M. *Cazeaux*. Il faudrait distinguer les cas.

M. *Velpeau*. Justement! ce qui m'avait arrêté dans l'emploi des injections iodées contre les kystes ovariques c'était non-seulement l'appréhension du danger d'une injection dans une cavité si vaste, mais aussi la nature souvent si douteuse du kyste et de son contenu. Je ne suis pas de l'avis de ceux de nos collègues qui trouvent que rien n'est simple et facile comme de distinguer un kyste de l'ovaire proprement dit d'avec les autres tumeurs développées dans la cavité pelvienne, ainsi que de déterminer les qualités du contenu renfermé dans la poche. Et pourtant cette distinction est essentielle, car de là dépend le succès de l'opération. Les injections irritantes dans les kystes ovariques seront inutiles, et même dangereuses, si les parois de la poche sont dures, résistantes, épaisses, si la face interne est revêtue d'une couche épithéliale assez dense pour gêner le travail de résorption ou s'opposer au développement de l'inflammation adhésive. Enfin l'opération sera d'autant plus dangereuse encore que le contenu du kyste se rapprochera davantage de l'état solide; elle réussira d'autant mieux que ce contenu sera plus liquide, plus séreux.

D'ailleurs des faits nombreux m'ont appris qu'il était possible de transformer, en quelque sorte, la nature d'un liquide renfermé dans une cavité close, en pratiquant un certain nombre d'évacuations successives : c'est ainsi que j'ai vu, à la suite d'une, de deux, trois ou quatre ponctions, un épanchement sanguinolent ou même purulent se convertir en un épanchement séreux, une hématocèle se transformer en hydrocèle, un abcès froid devenir une cavité séreuse. On pourrait donc, dans beaucoup de cas de kystes ovariques contenant un liquide purulent, sanguinolent ou albumineux, faire une ou plusieurs évacuations jusqu'à la transformation du liquide morbide en sérosité, et ne pratiquer l'injection iodée que dans ce moment, qui serait le plus favorable à son succès.

Tout à l'heure j'ai évalué approximativement à 30 le nombre des morts survenues à la suite des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Ce chiffre n'était pas de nature, assurément, à plaider en faveur de la méthode; mais je dois faire une restriction qui réconciliera peut-être avec les injections d'iode, même les esprits les plus prévenus ou les plus timides ; c'est que, sur ces 30 morts, 20 au moins appartiennent au procédé de la canule ou de la sonde à demeure. A mon avis, c'est un procédé mauvais, détestable, que celui qui consiste à laisser dans la plaie et dans le kyste un corps étranger qui n'est bon qu'à entretenir l'inflammation, à l'aggraver, à l'étendre, et à s'opposer à la rétraction de la poche.

A ce compte, l'injection iodée simple ne donnerait qu'un chiffre de 10 morts sur 130 opérations. C'est une statistique certainement favorable, et l'on ne peut que bien augurer du traitement des kystes ovariens par les injections iodées. D'ailleurs, si l'on songe que les résultats que nous venons de faire connaître appartiennent, pour ainsi dire, à l'enfance de la méthode, il est bien permis d'espérer, d'après ces premières tentatives, que les succès iront croissant à mesure que l'expérience fera disparaître les imperfections du début, et fournira des procédés plus sûrs et mieux appropriés.

Des faits qui me sont propres, de ceux qui ont été rapportés, soit à cette tribune, soit dans différentes publications, je crois pouvoir conclure :

1° Que les kystes de l'ovaire ont une durée moyenne de dix à douze ans, qu'on en a vu cependant persister vingt ans et au delà ; — 2° qu'ils sont rarement susceptibles de guérir, soit spontanément, soit par un traitement purement médical; — 3° que leur rupture est extrêmement rare, qu'elle amène quelquefois la guérison des kystes et produit plus souvent encore des accidents mortels; — 4° que tôt ou tard l'intervention chirurgicale est nécessaire ; — 5° que la ponction palliative est une opération simple; ordinairement sans danger et qui ne provoque que très exceptionnellement des accidents sérieux ; — 6° qu'elle ne doit pas être pratiquée prématurément, ni trop souvent répétée ; car à mesure que les punctions deviennent plus fréquentes, l'épanchement se reproduit plus vite, les malades s'épuisent et finissent par tomber dans un état de marasme qui amène rapidement la mort ; — 7° que l'extirpation de l'ovaire malade me paraît une opération téméraire, dangereuse, qui mérite d'être proscrite sans réserve ; — 8° que la méthode des injections irritantes, dans l'état actuel de la science, est la plus favorable pour obtenir la cure radicale des kystes de l'ovaire ; — 9° que les solutions d'iode me paraissent les plus propres à provoquer une inflammation purement adhésive dans le kyste et à amener le retrait consécutif de ses parois ; — 10° qu'elles sont surtout indiquées et utiles dans les cas de kystes de l'abdomen franchement séreux, ovariques ou autres ; — 11° que dans ces cas elles sont exemptes de tout danger, soit immédiat, soit consécutif ; — 12° que l'*échappement* de quelques gouttes du liquide médicamenteux dans le péritoine ne peut déterminer qu'une inflammation locale, très limitée et sans conséquence grave ; — 13° que les kystes hématiques, purulents ou albumineux, pourront être transformés souvent en kystes séreux par une ou plusieurs évacuations simples ; — 14° que si le kyste n'est pas séreux, il sera nécessaire, avant de faire l'injection iodée, de chercher à le transformer par le moyen que j'indique ; — 15° qu'enfin le procédé qui consiste à laisser une sonde, une canule, ou un tube à demeure dans la cavité du kyste me paraît inutile, dangereux, et qu'il faut repousser ce moyen dont l'emploi n'est fondé sur rien et qui est impropre à remplir les indications auxquelles on le destine.

En se conformant aux règles qui viennent d'être posées, on pourra, je crois, attaquer avec chance de succès les kystes ovariques par les injections iodées dans la moitié des cas.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de pathologie de Londres.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1856.

PEAU BRONZÉE. — M. *Hutchinson* communique deux nouveaux cas de peau bronzée, avec maladie des capsules surrénales.

M. *Van der Byl* élève quelques doutes sur le caractère de la maladie.

M. *Baly* donne quelques détails sur ces malades qu'il a eus dans son service à St Bartholomew's hospital. Il affirme avoir observé chez eux tous les signes de la maladie d'Addison. Au bout de quelque temps, un des patients quitta l'hôpital, mais y revint bien-

tôt avec les mêmes symptômes qu'à la première entrée. Un matin, il fut pris subitement de dyspnée et mourut peu d'instants après. A l'autopsie, on trouva les capsules surrénales noueuses, grisâtres et ramollies (*nodulated, grey and softened down*). Il n'y avait de tubercules nulle part. Environ dix jours après, l'autre malade succomba à l'hôpital avec les signes d'une affection spinale; les capsules étaient également malades, mais dans une moindre étendue que dans le premier cas.

M. *Van der Byl* demande si la peau était décidément blanche avant la maladie.

M. *Baly* répond affirmativement.

M. *Kidd*, qui a eu occasion de voir les malades, confirme le dire de M. Baly.

Académie royale médico-chirurgicale de Turin.

PEAU BRONZÉE. — M. V. *Peyrani* a lu dans une des dernières séances un excellent résumé critique des travaux dont la peau bronzée et les maladies des capsules surrénales ont été l'objet. La première partie de cet exposé se termine par le passage suivant :

« Les résultats des recherches de M. Brown-Séquard et de M. Gratiolet ne furent pas plutôt connus, que MM. *Berruti* et *Perosino* se hâtèrent d'entreprendre une série d'expériences sur des chevaux et des chiens ; ces expériences promettent d'être fécondes en importantes déductions. Grâce à la complaisance de M. Berruti, j'ai pu connaître les résultats obtenus jusqu'aujourd'hui, 13 octobre. Ce sont les suivants : 1° Tous les chevaux, auxquels on a extirpé simultanément les deux capsules, sont morts en peu d'heures ; 2° un cheval, auquel on a enlevé seulement la capsule gauche, a survécu six jours ; 3° un autre cheval, à qui on a fait l'ablation de la capsule droite seulement, vivait encore au bout de seize jours, mangeait et était assez vivace ; 4° des chiens, auxquels on a enlevé la capsule gauche le 10 octobre au matin, vivaient encore le 13 octobre.

» Ces expériences se poursuivent. »

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections couenneuses, par M. E. ISAMBERT. — Brochure in-8, GERMER BAILLIÈRE, 1856.

L'histoire du chlorate de potasse nous offre une preuve saisissante des inconvénients attachés à la méthode qui a été suivie jusqu'à nos jours dans l'application des substances médicamenteuses, et nous fait regretter le manque de caractères certains, permettant de reconnaître *à priori* dans quelles maladies tel ou tel principe trouverait un emploi utile. De ce défaut de critérium, il résulte que lorsqu'une nouvelle substance est introduite dans le domaine de la thérapeutique, elle reçoit très rarement du premier coup, à moins d'un bonheur extraordinaire, la destination qui lui convient. On peut dire, cependant, que ce n'est jamais le hasard seul qui préside au choix de la maladie dans laquelle est expérimenté un moyen nouveau; l'empirisme absolu n'existe pas. En y faisant attention, on s'aperçoit que presque toujours une certaine qualité de la substance a déterminé le médecin à essayer celle-ci dans telle ou telle affection, en raison de certaines théories, généralement fausses, sur la nature de nos maladies. Les propriétés physiques des corps, leur couleur, leur saveur, ont été les premières prises en considération quand on a voulu préjuger de leurs effets thérapeutiques. N'a-t-on pas vanté contre l'ictère une foule de médicaments uniquement parce qu'ils étaient jaunes? Que de produits n'a-t-on pas préconisés dans les fièvres intermittentes, sans autre motif que parce qu'ils jouissaient d'une saveur amère ?

Si ce genre d'essais a généralement échoué, on n'a pas été plus heureux lorsqu'une idée chimique, reposant sur des théories fausses, a guidé le thérapeutiste dans l'application des moyens curatifs, comme il est arrivé pour le chlorate de potasse en particulier. Découvert par Berthollet, à une époque où des progrès éclatants en chimie portaient l'enthousiasme de quelques novateurs au point qu'ils espéraient expliquer, par des réactions chimiques, toutes les maladies et déterminer d'une manière certaine quelles étaient dans chaque cas les combinaisons qu'il fallait provoquer pour rétablir l'état physiologique, le chlorate de potasse, matière très riche en oxygène et assez facilement décomposable, devait naturellement être essayé dans les maladies, telles que la syphilis, que l'on croyait dépendre d'un défaut d'oxygène. Supposons même que telle soit la véritable nature de ces maladies, on aurait dû s'assurer préalablement si le chlorate de potasse se décompose réellement dans l'organisme; or, le plus simple examen aurait montré qu'il n'en est rien, qu'il traverse au contraire sans altérations les voies de l'économie et se trouve éliminé en nature par nos sécrétions.

De nos jours on a fait quelques tentatives plus heureuses pour sortir de cette voie funeste et pour fonder des règles plus certaines présidant à la *distribution* des médicaments. Avant tout on s'est attaché à étudier les effets de chaque substance sur l'organisme sain, afin de préciser ensuite les affections dans lesquelles ces mêmes effets pouvaient avoir des avantages. On s'est ainsi procuré une foule de notions précieuses pour la thérapeutique. D'un autre côté, on s'est aperçu dans cette étude qu'un grand nombre de substances agissent spécialement sur les organes qui leur servent d'émonctoire naturel, et de là encore des préceptes utiles pour l'art de guérir. Mais, il faut le dire, bien des substances dont les effets thérapeutiques ne sont point contestables ne peuvent être classées dans aucune des catégories précédentes, c'est-à-dire que ni leurs effets physiologiques ni leur mode d'élimination ne peuvent faire soupçonner leur action thérapeutique; le problème est donc loin d'être résolu, et il reste à rechercher d'autres caractères mettant les médecins sur la trace des effets que doivent produire les substances médicamenteuses nouvelles.

Revenons au chlorate de potasse. Après l'avoir vu échouer dans la syphilis, on l'essaya, sous l'influence des mêmes préjugés et avec le même insuccès, dans le typhus, le scorbut, les névralgies; on l'expérimenta ensuite dans l'ictère, où l'on parut obtenir quelques résultats, qui ne durent pas être bien brillants, puisque nous voyons ce sel tomber dans un oubli tel qu'il ne figure même plus dans le Codex français, et que les *Formulaires* qui le mentionnent, le font dans le simple but de le déprécier encore davantage.

Et cependant il est aujourd'hui indubitable que le chlorate de potasse est un des médicaments les plus précieux de la matière médicale, un de ceux dont les effets salutaires sont le plus sûrs et le plus prompts. C'est à M. West que revient l'honneur d'avoir le premier reconnu les véritables applications du chlorate de potasse; mais depuis quelques années déjà la formule de West était reproduite dans l'*Annuaire de M. Bouchardat* sans exciter le moindre intérêt des praticiens, lorsque M. Blache, sur la recommandation de M. Herpin, de Genève, expérimenta le chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, puis dans les autres stomatites. Les résultats de ces essais, grâce à l'autorité attachée au nom de l'expérimentateur, attirèrent vivement l'attention; de toutes parts on se mit à l'œuvre pour vérifier et étendre les résultats obtenus par M. Blache, et partout le succès fut le même. MM. Barthez, Bergeron, Demarquay, reconnurent que le chlorate de potasse guérit admirablement certaines maladies et que dans quelques-unes il constitue un médicament pour ainsi dire spécifique.

Quelles sont-elles? Le principe tiré de la voie d'élimination aurait pu les faire deviner en partie. Mais ici encore l'action physiologique ne fut étudiée qu'après qu'on eut constaté les vertus curatives ; on ne s'enquit des voies d'élimination du chlorate de potasse qu'après avoir constaté son efficacité dans certaines maladies de la bouche.

De toutes les stomatites, celle que MM. Rilliet et Barthez ont désignée sous le nom de *stomatite ulcéro-membraneuse*, guérit le plus promptement et le plus sûrement, de l'aveu unanime de tous les observateurs, sous l'influence du chlorate de potasse. Dès le deuxième jour de l'administration de ce sel, les ulcérations se détergent, les fausses membranes disparaissent avec l'odeur fétide qu'exhalent les malades, la muqueuse buccale perd sa coloration violette pour prendre une couleur rose, indice d'une cicatrisation prochaine. Ces faits, constatés par M. Blache chez les enfants, ont été vérifiés ensuite par M. Bergeron sur des adultes. La stomatite mercurielle ne guérirait pas moins admirablement ni moins rapidement dès que les malades sont soumis à l'usage du chlorate de potasse; les observations de MM. Herpin, Blache et Demarquay, ne laissent pas de doute à cet égard : M. Bergeron, cependant, a échoué dans deux cas de cette maladie, ce qui doit faire croire que l'action du chlorate est moins sûre que dans la stomatite ulcéro-membraneuse. La similitude des symptômes de la stomatite mercurielle avec ceux de l'angine couenneuse conduisit M. Blache à essayer de ce moyen dans cette dernière maladie; les résultats qu'il obtint furent les suivants : les cas graves se terminèrent comme toujours par la mort; les cas bénins guérirent plus rapidement que par les moyens ordinaires; la combinaison des cautérisations avec l'administration du chlorate ne parut hâter en rien les terminaisons. Une maladie qui a la plus grande analogie avec la précédente, le croup, ne pouvait rester en dehors des essais faits avec le chlorate de potasse. Les observations recueillies jusqu'ici, si elles ne permettent pas encore de décider définitivement en faveur de l'action de ce sel, donnent au moins les meilleures espérances, car sur 14 enfants opérés de la trachéotomie et qui ont pris du chlorate de potasse, 9 ont guéri, tandis que la statistique des six dernières années donne 1 guérison sur 4 1/2 opérations de trachéotomie dans le croup. En outre, M. Isambert rapporte quatre observations de croup guéri sans opération, sous l'influence du chlorate de potasse. De tels résultats doivent engager les praticiens à essayer de ce médicament dans une maladie où les moyens, même les plus vantés, procurent rarement un succès. Nous ne parlerons pas des autres affections dans lesquelles on a expérimenté le chlorate de potasse, mais sans obtenir d'effets favorables ou certains.

Mais nous ne terminerons pas cette courte analyse sans dire un mot du mode d'action du chlorate de potasse. Ce sel agit-il comme un topique, ainsi que le veut M. Gibert, interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, ou bien est-il absorbé et n'exerce-t-il son action qu'après être passé dans le sang, comme le pense M. Isambert? C'est cette dernière opinion qu'en face des faits nous serions le plus disposé à admettre, bien que le chlorate de potasse, employé comme topique, favorise également la cicatrisation des ulcères.

M. Isambert a fait précéder les recherches cliniques sur le chlorate de potasse par une étude minutieuse des propriétés chimiques de ce sel, et a fait connaître une réaction très simple qui permet de le reconnaître en très petite proportion dans les humeurs; il a étudié avec non moins de soins en expérimentant lui-même, les effets physiologiques de cette substance. Il nous a donné, en un mot, une monographie complète du chlorate de potasse, et il a attaché irrévocablement son nom à ce sel dont l'art de guérir tirera de si grands avantages. MARC SÉE.

Manuel de l'allaitement et de l'hygiène des enfants nouveau-nés, par le docteur CHANDELUX. 1 vol. in-18 de 152 pages. Paris, chez V. MASSON.

Ce petit volume, consacré à l'allaitement et à l'hygiène des enfants à la mamelle, en attend un second où seront données « quelques indications sur les maladies les plus communes des enfants en bas-âge, sur celles qui réclament impérieusement la présence du médecin, sur celles où l'on peut attendre. » Les deux volumes compléteront un manuel à l'usage des mères.

A en juger par celui que nous annonçons aujourd'hui, M. Chandelux paraît bien comprendre le rôle que ce genre d'ouvrage impose à l'auteur, surtout si cet auteur est médecin. Il fait effort évidemment pour renfermer son sujet dans les limites de ce qu'on pourrait appeler la science domestique, de cette science vulgaire et usuelle qui doit redresser les idées fausses et n'en pas créer. Mais déjà ces limites sont dépassées dans quelques chapitres, et cela nous fait craindre qu'elles ne soient souvent franchies quand il s'agira de la pathologie. Par exemple, s'il est très bien d'indiquer aux nourrices quelques précautions contre les gerçures des seins, ou la manière de bien préparer une bouillie ou une crème de pain, c'est aller beaucoup trop loin que d'écrire : « Certains auteurs veulent que l'on continue l'allaitement (dans les cas d'engorgement du sein, de gerçure, etc.); le plus grand nombre sont d'avis de le cesser. *Ces derniers sont les plus prudents.* » En inculquant ainsi aux mères une opinion sur une question de pratique controversée, on compromet d'avance la position du médecin traitant. Nous engageons fortement l'auteur, s'il veut conserver à son opuscule le seul caractère qui lui convienne, de se préoccuper de ces considérations dans le second volume. A. D.

Nous apprenons que M. Duméril a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle.

V.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 38. Leçons de *Buffalini* (suite). — Choléra de Poppi en 1855, par *Sancasciani*. — 39. Suite des précédents. — 40. *Idem*. 41. Sur l'albumine et la fibrine, par *B. Possenti*. — Choléra de Poppi (suite).

GAZZETTA DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N° 38. Indications et contre-indications des évacuations sanguines dans les affections cardiaco-vasculaires, par *Poggaschi*. — Observation de méningite tuberculeuse avec remarques, par *Olivetti*. — 39. *Idem*. — 40. Simplification du système anatomique du cervelet, par *Maschi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 35. Mode d'action de la pepsine, par *C. Tosi*. — Fièvre intermittente erratique datant d'un an, par *Petrali*. — Cas de choléra, par *A. Boschetti*. — 36. De la fièvre et des fièvres, par *A. Pignacca*. — Fœtus à terme, sans parois abdominales, par *Botteri*. — Sur la médecine cantonale, par *Bonatti*. — 37. Fièvre et fièvres, par *Pignacca*. — Observations physico-physiologiques sur le système nerveux, par *F. Lussana*. — De la pepsine, par *G. Durra*. — 38. Sur le système nerveux, par *Lussana*. — Caustique Landolfi, par *Santonobili*. — Médecine cantonale, par *Bonatti*. — Système nerveux, par *Lussana*. — Établissements hydrothérapiques en Italie, par *S. Signoroni*. — Médecine cantonale, par *Bonetti*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 141. Sur le bubon constitutionnel, par *G. Olivares*. — Clinique médicale. — 142. Sur l'hystérisme vaporeux, par *C. Lucia*. — 143. La bienfaisance en Espagne, par *Mendez Alvaro*. — Revue clinique. — 144. Études des causes en médecine, par *Nieto*. — Sur l'importance des conditions extérieures, etc. (suite), par *Salgado*. — Sur le choléra et les fièvres intermittentes, par *M. Pascal y Bezoza*. — Revue clinique.

EL PORVENIR MEDICO. — N° 249. Observation complexe de vice arthritique héréditaire avec syphilis constitutionnelle, par *Baldivielso*. — 250. Mode d'action des eaux minérales, par *J.-M. Velasco*. — 251. *Idem*.

LA ESPANA MEDICA. *Première année*. — N° 1. Clinique et analyses.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier d'Octobre. De la méthode de M. Rothmund pour la cure radicale des hernies inguinales, par le docteur *Kallibourcès*. — De la rage et des moyens de s'en préserver. — Dystocie dans un cas de grossesse double, par *M. Lytsckas*.

Livres nouveaux.

DE LA SYPHILISATION appliquée aux enfants, par *W. Bœck* (de Christiania); trad. de l'allemand par le docteur *J.-A. Hagen*, in-8° de 43 p. Paris, impr. par Bailly.

DISCUSSION DE LA SYPHILIS à la Société médicale du Panthéon. — Y a-t-il deux virus chancreux ? Qu'est-ce que le chancre induré? La syphilis secondaire est-elle contagieuse? in-8° de 24 p. Paris, impr. par Moquet.

INFLUENCE DES DÉCOUVERTES PHYSIOLOGIQUES ET CHIMIQUES RÉCENTES sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs, par les docteurs *X. Delore* et *A. Berne*. Ouvrage couronné par la Société imp. de médecine de Lyon. 1 vol. in-8° de 183 p. Paris, Victor Masson; Lyon, Savy. 3 fr. 50

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DES MEMBRES PAR ARMES A FEU, suivi d'observations pour servir à l'histoire des blessures par armes de guerre; par le docteur *L. Saurel*, 1 vol. in-8° de 148 p. Montpellier, S. Pitrat. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. PARIS, 5 DÉCEMBRE 1856. N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 29 au 30 août 1856.

254. FOREST, Jean-Charles, né à Troyes (Aube). [*De l'allaitement.*]

255. VEILLARD, Léon, né à Sainte-Suzanne (Mayenne). [*Généralités sur les caustiques, et quelques considérations sur les caustiques à la gutta-percha.*]

256. REGNAUD, Armand-Charles, né au canton de Marès (île Maurice, colonie anglaise).

257. BOYER, Pierre-Alsipe, né à Saint-Remy (Deux-Sèvres). [*Du choléra épidémique.*]

258. GUICHENET, Jean-Baptiste-Alphonse, né à Bordeaux (Gironde). [*De la fissure à l'anus.*]

259. LOBLIGEOIS, Charles, né à Paris (Seine). [*De l'oblitération congénitale des intestins.*]

260. (Thèse en chirurgie). MAGNIAUX, Saturnin, né à Saint-Mesmin (Dordogne). [*Essai sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.*]

261. DE LA CALLE, Louis, né à la Havane (île de Cuba). [*De l'ophthalmoscope.*]

262. CHABASSU, Albert-Antoine, né à Toulon (Var). [*Des pyrexies en général.*]

263. BAILLEAU, Guillaume-Joseph, né à Pierrefittes (Allier). [*Quelques considérations sur les effluves.*]

264. HAMON, Auguste-Aimé-René-Désiré, né à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure). [*De l'éducation physique de la première enfance.*]

265. SOUFFLET, Michel-Archange-Joseph, né à Douai (Nord). *Essai sur les tubercules du cerveau.*]

214. FABRE, Jean-Jacques-Émile, né à Ornaisons (Aude). [*Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*]

266.

267. JANVIER, Édouard, né à Redon (Ille-et-Vilaine). [*Du varicocèle.*]

268. TASSEL, Pierre-Alexandre, né à Elbeuf (Seine-Inférieure). [*Recherches historiques sur la nature des altérations séniles des artères.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

De quelle maladie est mort François Ier?

Je traversais, il y a quelque temps, la cour du Louvre, et, comme bon nombre de curieux, je m'étais arrêté à examiner en détail la statue équestre de François Ier, qu'on venait de découvrir aux yeux du public.

Je me garderai bien de faire connaître ici mon opinion sur cette statue, car, pour oser critiquer une œuvre de la valeur de celle de M. Clesinger, il faudrait des connaissances artistiques qui malheureusement me font défaut, et si je disais par quels côtés le cheval me plaît, et par quels autres le cavalier me paraît défectueux, je serais, sans doute, exposé à commettre quelque grosse balourdise; car, s'il est facile de se laisser entraîner au plaisir que fait éprouver une œuvre d'art quelconque, en sculpture, en peinture ou en musique, il l'est assurément beaucoup moins d'expliquer le pourquoi de ce plaisir : aussi le dire de Quintilien m'a-t-il toujours semblé plein de justesse : *Docti rationem artis intelligunt, indocti voluptatem.*

Ma curiosité satisfaite, je continuai ma course, mais tout en ratiocinant sur ce que je venais de voir, et en repassant dans ma mémoire ce règne si brillant par l'esprit chevaleresque du monarque, si remarquable par l'impulsion qu'il sut donner à la renaissance des lettres et des arts, et enfin si tourmenté au point de vue politique par l'issue fâcheuse des guerres qu'il eut à soutenir et par sa captivité, j'en arrivai à me demander sur quelles données certaines reposait cette croyance générale, que le roi François Ier était mort de la vérole, croyance qui, de nos jours encore, a cours parmi le peuple, que partagent bon nombre de médecins, et qu'on trouve dans quelques auteurs qui ont écrit sur les maladies vénériennes.

Pour arriver à éclairer cette question, il fallait d'abord consulter l'histoire, ensuite la chronique, qui est souvent la meilleure source de celle-ci, et enfin le roman, qui parfois en est comme un écho lointain. Puis, pour arriver à une conclusion, il fallait interpréter

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 décembre 1856.

Élection a l'Académie de médecine. — Ponction de l'abdomen dans la pneumatose péritonéale et dans la pneumatose intestinale. — Gangrène suite de glycogénie. — Traitement préventif de la fièvre puerpérale. — Iodure d'amidon.

Le classement des candidats pour la place vacante à l'Académie de médecine dans la section de pathologie chirurgicale était tel que nous l'avions donné, et le résultat a été celui que tout le monde annonçait. M. Nélaton a été élu à la majorité énorme de 60 voix sur 78 votants. Si personne ne doutait du succès, c'est que personne ne méconnaissait l'excellence d'une acquisition qui apporte à l'Académie, dans un seul membre, les lumières d'un savoir plein de solidité, l'autorité d'une immense expérience et la sagesse d'un esprit sévère et réfléchi. Quatre voix seulement ont été données à M. Denonvilliers. Il est probable que M. Nélaton a obtenu presque toutes les voix qui, à défaut de lui, se fussent données à M. Denonvilliers, et qui auront mieux aimé se réunir pour une élection éclatante que de rejeter ce chirurgien sur le second plan avec d'autres candidats moins sérieux, sous prétexte de lui donner ce qu'on appelle, en langue de scrutin, une *consolation*. Au reste, une place est vacante actuellement dans la section d'anatomie et de physiologie ; c'est une porte aussi légitimement ouverte à M. Denonvilliers que celle de la section de pathologie chirurgicale.

Dans le comité secret de la même séance, on a entendu le rapport sur les candidats qui se présentent dans la section de pharmacie. Le classement que nous avons annoncé était exact, et a été maintenu après de vifs débats. A mardi prochain l'élection.

Ce travail de l'urne, que prolongera encore le prochain renouvellement du bureau, et qui va transformer pour plusieurs séances M. Bussy en Minos, M. Frédéric Dubois en Eacus et M. Depaul en Rhadamanthe, — ce qui ne veut pas dire que l'Académie soit littéralement un enfer, — ce mouvement de bulletins reculera sans doute jusqu'à 1857 la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. Nous penchons à croire que le lecteur, qui aime généralement à varier ses plaisirs, ne sera pas fâché du sursis. Quant à nous, nous ne reviendrons sur la question que si les orateurs parviennent à la rajeunir par quelque côté, ce dont il est permis de douter.

— En attendant, nous dirons quelques mots d'une autre question qui se rapproche de la précédente en ce qu'elle met aussi en cause la ponction abdominale. Au dernier Congrès de Rochefort, un médecin de Pons, M. Garnault, a lu une note qui, n'ayant pas été inscrite au programme, n'a pu faire partie du compte rendu *officiel*, et qui était relative à l'opportunité de la ponction dans les cas de pneumatose péritonéale. L'auteur avait été provoqué à soumettre ce point de pratique au Congrès par un cas de mort évidemment due à la pneumatose, et où la ponction, proposée par l'un des consultants, avait été repoussée par la majorité. Voici les circonstances principales de ce fait.

Obs. — Un jeune homme de vingt-huit ans, frais et vigoureux, d'un tempérament bilioso-sanguin, se trouva dans un cabriolet traîné par un jeune cheval un peu peureux, lorsque les guides, qu'un autre tenait à la main, cassèrent subitement, et firent dire à celui-ci : nous sommes perdus ! Aussitôt le premier jeune homme, très habitué aux chevaux, se dévoua, et sauta hors de la voiture en avant pour saisir le cheval et l'arrêter ; mais le pauvre jeune homme arriva à terre le pied droit à faux, la plante de ce dernier tournée en dehors : d'où il s'ensuivit une luxation de l'extrémité inférieure du tibia avec déchirure complète de la capsule articulaire, et la sortie de l'extrémité de cet os à travers la peau, dans une étendue de 4 à 5 centimètres : le tout avec fracture comminutive de la partie inférieure du péroné.

La luxation fut réduite et l'appareil arrosé d'eau froide. Mais le quatrième jour, la gangrène survint. Dès ce jour-là, le ventre avait commencé à se météoriser. Deux ou trois jours après, la gangrène se limita ; elle avait envahi le dos du pied, en s'étendant jusqu'au-dessus des deux malléoles. La suppuration s'établit ; les plaies prirent un aspect de bonne nature ; mais la météorisation allait en augmentant. Le ventre devint bientôt tendu outre mesure ; il était sonore comme dans toutes les tympanites, et ne permettait pas de soupçonner la moindre quantité de liquide. Voici maintenant comment l'auteur raconte la suite de l'observation :

« Depuis le premier jour de l'événement jusqu'à ce moment, le pouls n'avait jamais donné au-dessus de 84 à 90 pulsations par minute ; la tête n'avait pas été douloureuse et ne l'est pas devenue ultérieurement. La langue est toujours restée belle ; et avec tout cela, depuis le second jour de l'accident, il y avait toujours eu délire entremêlé d'idées fort lucides et de propos remarquables.

» Lorsque la pneumatose fut arrivée à un extrême développement, le hoquet se manifesta, et les envies fréquentes de vomir

---

scientifiquement les historiens, les chroniqueurs et les romanciers.

A ce triple point de vue, je dois d'abord rappeler ce passage de Voltaire dans l'*Essai sur les mœurs :* » François I^er^, dit-il, mourut quelques mois après Henry VIII de cette maladie, alors presque incurable, que la découverte du nouveau monde avait transplantée en Europe. C'est ainsi que les événements sont enchaînés : un pilote gênois donne un univers à l'Espagne ; la nature a mis dans les îles de ces climats lointains un poison qui infecte les sources de la vie, et il faut qu'un roi de France en périsse. »

Mais voyons les historiens les plus classiques ; voici d'abord Mézeray :

« La réjouissance qu'eurent les François de la trêve conclue avec l'empereur Charles-Quint fut troublée par le danger où ils virent le roi trois mois après, causé par un abcès qui, s'étant formé en la partie qu'ils nomment le périnée, mit ce prince à l'extrémité. J'ai entendu dire quelquefois qu'il avoit pris ce mal de la belle Feronnière, l'une de ses maîtresses, dont le portrait se voit encore aujourd'hui dans quelques cabinets curieux (1). Le danger étant passé, ce mal le tint encore longtemps en langueur. » Arrivant à l'époque de la mort du roi, Mézeray ajoute : « Cet ulcère malin, qui lui estoit venu en 1539, n'ayant pu être guéri par ses médecins, qui n'osèrent pas le traiter avec la rigoureuse méthode qu'il faut apporter à ces maux-là, s'estoit traîné jusqu'au col de la vessie, et commençoit à le ronger avec des ardeurs insupportables. Tellement que cette douleur et l'âcre levain de cette infection, qui estoit espandu par toute l'habitude du corps, lui causoient une fièvre lente et une morne fâcherie qui le rendoient incapable d'aucune entreprise. Avec cela, la mort de Henry, roi d'Angleterre, redoubla merveilleusement son chagrin, parce que, comme il étoit de même

(1) Tout le monde a vu au Louvre la jolie tête due au pinceau de Léonard de Vinci, et qui est connue sous le nom de *la Belle Ferronnière*. Mais il paraît certain que cette figure n'est pas celle de la femme qui fut aimée de François I^er^, car il résulte des savantes recherches, encore inédites, de M. Feuillet de Conches, sur ce portrait, que Léonard de Vinci était mort depuis longtemps à l'époque où elle aurait atteint l'âge auquel elle est représentée.

contraignirent les médecins à ne donner au malade que de très petites quantités de bouillon ou de liquide. Alors le pus changea de nature et devint sanguinolent; les pansements étaient fort douloureux par la pression, quoique légère, qu'on était forcé de faire, pour vider une fusée de pus qui venait de la partie externe du genou, et peut-être de plus haut, et suivait le trajet de l'os péroné. Une rougeur érysipélateuse existait tout le long de la partie externe et postérieure de la cuisse jusqu'à la fesse. Enfin, une hémorrhagie très abondante eut lieu par les plaies dans un très court espace de temps, et obligea les médecins à recourir à une compression permanente pratiquée à l'aide d'un tourniquet.

» C'était le dix-huitième jour de l'accident. La respiration était difficile, le pouls donnait 150 pulsations à la minute, et était facile à déprimer. Les urines coulaient assez bien, et des selles liquides avaient lieu après toutefois l'usage de l'eau de Sedlitz. Chose étrange, alors qu'il y avait de la fièvre, le délire dont j'ai parlé plus haut cessa, et le malade parut avoir recouvré l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Ce fut alors qu'un confrère pressa fortement les autres pour les déterminer à faire une ponction (dont, à ce qu'il paraît, on avait déjà parlé plusieurs fois), dût-elle être exploratrice; mais la majorité ne se laissa pas gagner. Elle avait souvent objecté que les gaz étaient dans les intestins, et que, n'y fussent-ils pas, jamais cette opération n'ayant été faite ni conseillée par les sommités chirurgicales, on n'y voulait pas prendre part.

» A la première objection, on s'efforça de répondre que l'eau de Sedlitz, qu'on avait déjà donnée plusieurs fois, avait toujours déterminé des selles assez copieuses, et que, malgré cela, le ventre avait toujours continué à augmenter de volume; qu'alors on était évidemment autorisé à croire que les gaz n'étaient pas dans les intestins, mais bien dans le péritoine; comme le prouvait d'ailleurs le développement uniforme du ventre, qui, du reste, n'offrait aucune douleur.

» A la seconde objection, on répondit que les auteurs reconnaissaient que les séreuses pouvaient sécréter des gaz, et qu'il s'en était dégagé de la poitrine dans des cas où l'on avait soupçonné des épanchements pleurétiques. Ces raisons ne purent décider les confrères, et, malgré ses intimes persuasions, l'auteur de la proposition n'osa pas prendre sur lui toute la responsabilité d'une tentative inusitée.

» Alors les vomissements devinrent plus fréquents, la respiration plus courte et plus difficile, et le malade disait qu'il allait mourir. Il est important qu'on sache que les plaies devinrent blafardes, que le pus prit une teinte grisâtre et le caractère ichoreux, et que la gangrène, en un mot, parut de nouveau menaçante.

» Le vingtième jour après l'accident, à sept heures du soir, la mort du pauvre jeune homme eut lieu. On a su depuis que le malade avait demandé un couteau pour s'ouvrir le ventre, parce qu'il se sentait étouffer.

» Un des médecins, qui demeurait à deux pas de la maison du décédé, arriva deux minutes après la mort près du cadavre, auquel il ôta le tourniquet qui était à la cuisse, et il pratiqua sur-le-champ une ponction au ventre avec un trocart explorateur. Aussitôt il sortit des gaz en grande quantité, qui auraient facilement éteint le flambeau qui était auprès, si on ne l'eût promptement retiré. On diminua considérablement le volume du ventre presque instantanément, et, après avoir poussé la canule aussi avant que possible et l'avoir dirigée dans tous les sens, on s'assura qu'on ne pouvait atteindre les intestins ni aucun autre organe. » A. GARNAULT.

Tel est le fait à l'occasion duquel M. Garnault demandait au Congrès s'il n'était pas aussi formellement indiqué d'évacuer les gaz du péritoine quand ils sont assez abondants pour menacer la vie, que d'en soutirer un liquide quelconque.

Il importe peu, dans l'espèce, que le diagnostic porté plus haut ait été exact ou qu'il ait été erroné. De nouveaux renseignements qui nous ont été transmis par M. Garnault, et que nous avait paru rendre nécessaires l'exposé qu'on vient de lire, nous permettent de croire qu'on avait eu affaire réellement à une pneumatose péritonéale et non intestinale. Le développement du ventre était uniforme; mais surtout le son tympanique s'étendait sur toute la surface du foie, ce qui est le meilleur signe différentiel des deux variétés de pneumatose abdominale. En tout cas, la question subsiste, et il y a même lieu, dans l'état actuel de la pratique, de la poser pour le météorisme de l'intestin aussi bien que pour celui du péritoine.

En effet, si les classiques se taisent sur la ponction appliquée à la tympanite péritonéale, ils ne l'indiquent, dans la tympanite intestinale, qu'avec une frayeur marquée, et l'on vient même de voir que c'est surtout la supposition que les gaz pouvaient occuper l'intestin qui a fait reculer les consultants. D'ailleurs, comme la première variété, en tant qu'idiopathique, est tellement rare qu'on en connaît à peine quelques exemples authentiques, tandis que la seconde est assez fréquente, c'est surtout au sujet de celle-ci qu'il importe de bien fixer la pratique. Or, à cet égard, notre conviction est arrêté, et elle est conforme à celle de l'auteur et de plusieurs membres du Congrès. *La ponction, soit du péritoine seul, soit du péritoine et de l'intestin, doit être pratiquée toutes les fois que le volume des gaz est assez considérable pour compromettre sérieusement la respiration et la circulation.* Nous ne prétendons pas que cette opération soit toujours et absolument exempte de dangers; mais certainement elle ne mérite pas les préventions que manifestent contre elle la plupart des auteurs. Comment! on perfore tous les jours le péritoine avec de gros trocarts pour en retirer du liquide; on en

âge et de même complexion, il la prenoit pour une assignation de la sienne, répétant souvent ces paroles : Mon aisné est party. »

Anquetil se contente de dire : « Depuis quelque temps le roi dépérissait : sa maladie était une fièvre de langueur qui le minait, et pendant laquelle se reproduisirent divers symptômes de la cruelle maladie qui huit ans auparavant avait déjà pensé le conduire au tombeau. »

Garnier est aussi court : « La mort de Henri VIII fit, dit-il, sur l'esprit de François Ier une impression d'autant plus forte qu'il dépérissait à vue d'œil. La cruelle maladie qui huit ans auparavant l'avait conduit aux portes de la mort se reproduisait, avec des symptômes effrayants, dans son corps usé par les remèdes et par les souffrances. »

Sismondi (*Histoire des Français*) est plus explicite; car, parlant de la première maladie de François Ier, il écrit : « Le roi fut dangereusement malade à Compiègne. Bientôt on sut que sa maladie, honteuse dans son origine, dégoûtante dans ses symptômes, était encore considérée comme non moins contagieuse que la peste; mais un abcès redoutable, dont l'accroissement faisait craindre pour ses jours, ayant crevé, l'avait soulagé en partie. On racontait, pour expliquer la cause de cette maladie, que le roi avait séduit une femme qu'on désigne seulement sous le nom de la belle Ferronnière, et que son mari, tourmenté de jalousie, s'était infecté à dessein d'une maladie qu'il lui avait communiquée, pour qu'à son tour, sans le savoir, elle la donnât au roi. »

Les différents auteurs que je viens de citer, et qui tous ont écrit l'histoire de France en général, répètent à peu près Mézeray, et il n'y a entre eux que de légères variantes. J'ai dû chercher si les historiens spéciaux du règne de François Ier nous en apprendraient davantage. Je n'ai pu me procurer Varillas; mais il paraît que je ne dois pas le regretter, parce que cet auteur passe aux yeux des connaisseurs pour très peu véridique, et comme ayant fait plus souvent du roman que de l'histoire. Si d'ailleurs il y avait eu quelques bons renseignements à prendre dans son ouvrage, nul doute que Gaillard, écrivain sérieux et qui a fait une longue histoire de François Ier, n'en eût tiré profit.

perfore les deux feuillets pour aller chercher le liquide dans des kystes profonds, on perfore la plèvre, on perfore le péricarde, et l'on tremble quand il s'agit d'extraire du ventre un fluide gazeux qui peut passer par une canule capillaire! Ce qu'on dit des accidents survenus après un certain nombre de ponctions n'est pas d'un grand poids; car il s'agissait certainement dans ces cas de pneumatose intestinale, et la première condition pour bien apprécier les conséquences de l'opération serait de connaître la grosseur du trocart dont on s'est servi. Il n'est pas douteux qu'une ponction pratiquée dans l'intestin avec un trocart volumineux ne puisse déterminer l'issue de matières irritantes et amener une péritonite; mais le trocart explorateur n'expose guère à des accidents de ce genre, et il suffit toujours si l'on a bien choisi le lieu de la piqûre et si l'on a soin de déboucher de temps à autre la canule avec le trocart lui-même ou avec un stylet. Nous avons vu pratiquer la ponction chez deux malades de notre clientèle. Une dame affectée de rétention des matières fécales depuis une dizaine de jours avait l'abdomen tellement tympanisé qu'on craignait pour sa vie. M. Monod et nous supposions l'existence d'un iléus. Notre confrère pratiqua deux fois en quelques jours la ponction intestinale, qui donna issue à une grande quantité de gaz fétides, et procura un soulagement considérable. Cette dame doit certainement l'existence à l'opération; car elle eût été suffoquée avant le rétablissement des garderobes, qui n'arrivèrent que deux jours après la seconde ponction. L'autre malade, opéré devant nous par M. Boinet, succomba le soir même des suites d'une maladie du cœur, sans aucun symptôme qui pût être rapporté à la piqûre de l'intestin ou du péritoine.

— Parmi les diverses communications récemment faites à l'Académie des sciences, il en est plusieurs que nous signalerons spécialement.

La plus importante à notre avis est celle de M. Marchal (de Calvi), parce qu'elle tend à confirmer un fait d'une grande valeur scientifique et pratique, annoncé déjà par lui il y a quelques années et dont l'existence est loin d'être généralement admise (voir page 873). Voilà le troisième exemple que rapporte l'auteur de gangrène des membres consécutive au diabète sucré, et où la succession des accidents aussi bien que les résultats thérapeutiques tendent à établir un rapport de cause à effet entre la glycosurie et l'affection gangréneuse. M. Landouzy a envoyé la relation d'un cas semblable à l'Académie de médecine. Enfin, nous-mêmes avons vu, une fois avec M. le professeur Grisolle et une fois avec M. Nélaton, un ancien notaire âgé d'environ soixante-dix ans, chez qui des plaques gangréneuses s'étaient développées, les unes superficielles, les autres profondes, aux orteils des deux pieds et vers le talon du côté gauche, dans le cours d'un diabète intense méconnu pendant plusieurs années. C'était, il est vrai, l'aspect de la gangrène sénile; mais l'absence d'ossification appréciable dans les grosses artères des membres, la glycosurie antécédente et l'enrayement des accidents gangréneux depuis l'emploi sévère de la médication anti-diabétique, sont des circonstances bien favorables à l'opinion de M. Marchal.

Un autre travail digne d'intérêt est celui de M. Piédagnel, concernant un traitement préventif de la fièvre puerpérale (voir page 873); mais les chiffres apportés par l'auteur sont loin de suffire à démontrer l'efficacité de ce traitement. L'action curative du sulfate de quinine et du sous-carbonate de fer dans la fièvre puerpérale confirmée est fort douteuse, et cela ne dispose pas à leur accorder une action préventive. Puis, il faudrait savoir ce qui est advenu des autres femmes en couche placées dans d'autres services où la médication n'a pas été employée. Car si celles-ci s'étaient aussi bien portées que les autres, les conclusions du travail tomberaient d'elles-mêmes.

Enfin, sans nous occuper du parti qu'en pourra tirer la spéculation, nous signalerons aux praticiens une observation chimique qui n'est pas sans importance au point de vue de l'administration des substances iodées. On sait que l'*iodure d'amidon* est assez fréquemment employé. C'est un médicament commode, moins excitant que la solution d'iode iodurée, moins désagréable que l'huile de foie de morue, et où l'iode n'est pas mélangé à d'autres substances actives, telles que le fer, qui ne sont pas toujours indiquées, ni bien supportées. Mais l'iodure d'amidon contient-il réellement de l'iode en nature, plus ou moins intimement mêlé à l'amidon, ou bien l'iode n'est-il pas combiné avec cette substance? Il résulte d'un travail de M. Damour que très probablement le métalloïde reste entier, sans altération, sans modification, dans le composé, et que, conséquemment, en donnant de l'iodure d'amidon, c'est bien réellement de l'iode qu'on introduit dans l'économie. En effet, il n'y a pas de combinaison véritable entre l'iode et le sous-acétate de lanthane, bien que ces deux corps par leur association donnent lieu à une coloration particulière, comme fait l'association de l'iode avec l'amidon, et dès lors il y a lieu de penser que l'iode n'est pas plus combiné avec l'amidon qu'il ne l'est avec le sous-acétate de lanthane.

A. Dechambre.

Voici comment s'exprime Gaillard à propos de la première maladie du roi, en 1538 :

« Le roi fut si dangereusement malade à Compiègne, que pendant près d'un mois on désespéra presque de sa vie. Ce fut, dit-on, l'effet d'une vengeance bizarre qu'un mari jaloux prit des infidélités de sa femme et des galanteries du roi. Il voulut les punir des outrages qu'il en avait reçus par ceux qu'il espéra d'en recevoir encore; il alla chercher dans un lieu de débauche la maladie qui, depuis la découverte de l'Amérique, s'était répandue dans l'Europe, et qui depuis la conquête de Naples, en 1494, avait pénétré jusqu'en France, cette maladie honteuse et funeste, le plus terrible poison de la volupté, qui n'avait déjà que trop de poisons sans celui-là. Il s'en guérit en employant à propos les remèdes qu'on pouvait connaître alors. Sa femme en mourut. Le roi pensa en mourir. Son rétablissement ne fut qu'imparfait; il lui resta de tristes symptômes, de fâcheuses dispositions qui altérèrent son humeur et firent dégénérer en une aigreur mélancolique et corrosive la gaieté brillante de son caractère. On sut depuis qu'un ulcère secret était la cause de ce changement. »

Plus loin, en parlant de la mort du roi, Gaillard ajoute : « François Ier n'avait jamais été parfaitement guéri de la maladie qu'il avait eue à Compiègne. Sa décadence, depuis cette époque, fut toujours plus ou moins marquée; mais depuis la mort de Henri VIII ses maux s'aggravèrent, ses chagrins redoublèrent. On le voyait toujours triste et morne, les pensées tournées vers sa fin, se croyant frappé avec Henri VIII, s'arrachant avec peine à cette idée, et s'y replongeant par un penchant naturel.

» Vers le commencement de février 1547, une fièvre lente vint annoncer au roi la fin de sa carrière.

» L'inconstance, fille du dégoût et de la défaillance d'une âme qui n'a plus la force de s'attacher à rien, le faisait errer de maisons en maisons, toujours chassant, mais toujours malade; ayant tous les soirs des redoublements de fièvre, perdant ses forces à vue d'œil par les efforts mêmes qu'il faisait pour les recouvrer.

» Étant à Rambouillet, la fièvre augmenta avec fureur, les dou-

II.

REVUE CLINIQUE.

Peau bronzée. — Maladie des capsules surrénales.

Nous continuons à enregistrer les observations qui peuvent servir à éclairer la question soulevée par M. Addison. Si cet habile observateur ne s'est pas trompé, il aura fait une découverte curieuse et d'une importance pratique incontestable. La chose vaut donc la peine d'être examinée de près, et ce qu'il y a de mieux à faire, quant à présent, est de constater les faits.

Des deux observations que nous rapportons ci-après, l'une vient à l'appui de l'opinion de M. Addison; l'autre la contredit jusqu'à un certain point, puisqu'une lésion grave des capsules n'avait pas amené la teinte bronzée de la peau; mais nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer que cette opinion est moins ébranlée par un fait de ce genre, qu'elle ne le serait par l'existence de la peau bronzée sans affection des capsules surrénales.

Obs. I. — *Peau bronzée; altération grave des capsules surrénales.* — Une dame de quarante ans s'aperçut pour la première fois, il y a huit ou neuf ans, de l'apparition sur son front d'une tache brune qui s'agrandit peu à peu, tandis que le reste de la tête, de la face et du cou étaient affectés de la même manière. A cette époque, sa santé générale était satisfaisante; ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle s'est fort affaiblie. Il y a huit mois, à la suite de vives douleurs morales et de grandes fatigues physiques, la couleur sombre de la peau devint plus foncée, s'étendit, et toute la surface du corps présenta bientôt cette teinte uniforme.

Le 18 juin 1856, M. Monro constata ce qui suit :

La malade était fort amaigrie; son visage ressemblait, pour la couleur, à celui d'un Lascar (habitant des Indes orientales). Faiblesse et prostration considérables ; petite toux sèche; pouls à 100, petit et compressible ; langue blanchâtre ; inappétence, soif considérable, menstruation régulière. La percussion donne un peu de matité sous les clavicules. Les battements du cœur sont normaux. L'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucune lésion organique dans les viscères abdominaux. L'urine, en quantité ordinaire, est d'un jaune pâle, sans albumine ni aucun dépôt étranger appréciable au microscope. Le sang n'offrait non plus rien de particulier. La peau était plus bronzée sur les genoux, sur les coudes et sur le dos. Les paumes des mains, la face palmaire des doigts étaient faiblement décolorées et contrastaient avec la teinte de leur face dorsale.

La malade fut mise à l'usage des martiaux et des toniques. Néanmoins elle s'affaiblit de plus en plus, et succomba au bout de cinq jours.

A l'*autopsie*, on constata la persistance de la teinte bronzée générale de la peau. Dans quelques points, particulièrement près des genoux et vers les régions latérales et postérieures du cou, on apercevait des taches plus foncées. Autour des lèvres et aux angles de la bouche, aux points où la muqueuse rencontre la peau, on remarquait des dépôts de pigmentum qui donnaient un aspect de malpropreté à la bouche.

Le corps était généralement anémique ; le cœur petit, mou ; les poumons présentaient à leur sommet de légers dépôts tuberculeux et quelques adhérences.

Dans l'abdomen, le foie, la rate, les reins présentaient de nombreuses adhérences avec les organes qui les entourent ; leur parenchyme ne présentait rien d'extraordinaire. Les capsules surrénales et la membrane muqueuse du canal digestif étaient seules le siége d'un changement morbide remarquable.

La capsule surrénale droite, trois fois plus volumineuse qu'à l'ordinaire, offrait l'apparence d'une masse tuberculeuse. La veine surrénale était très petite, comme atrophiée. Les nerfs sympathiques, depuis le petit splanchnique, étaient hypertrophiés. Il en était de même de quelques rameaux et des ganglions du plexus solaire de ce côté. La capsule gauche, augmentée aussi de volume, mais moins que la droite, avait conservé en partie sa forme primitive.

La section de ces organes y fait distinguer deux manières d'être bien tranchées : d'une part, une substance dure, épaisse, cartilagineuse ; de l'autre, une substance correspondant probablement à la portion médullaire des organes, entièrement envahie par un dépôt d'aspect jaune d'œuf, ayant beaucoup de ressemblance avec la matière tuberculeuse ou strumeuse. Les veines de l'organe, atrophiées, présentaient dans la cavité répondant au sinus veineux central un dépôt de cette exsudation jaune à diverses périodes de ramollissement.

Enfin, le microscope ne permit de voir dans cette substance aucune des cellules naturelles à la substance corticale de la capsule, et la seule structure de forme élémentaire qu'on ait pu observer et rapporter aux éléments histologiques normaux du corps surrénal, consistait en cellules à noyaux disséminées dans la partie la plus ferme du dépôt qui entourait la portion médullaire de l'organe. La partie cartilagineuse soumise au microscope accusa la présence d'éléments fibrineux sous forme de cellules allongées, fusiformes, avec des noyaux simples et composés, des petites fibres filamenteuses et de la matière granuleuse. La matière jaune était composée de stroma granuleux où se trouvaient des corpuscules granuleux composés de granules huileux, de globules et de cristaux solubles dans l'acide acétique ; le tout en grande quantité.

Quant à la membrane muqueuse du canal digestif, voici ce qu'elle présentait de particulier : La muqueuse buccale était sèche, pâle, exsangue ; les glandes labiales et buccales tranchaient sur elle par

---

leurs de son ulcère devinrent plus aiguës et plus insupportables. Il succomba le 31 mars 1547. »

On lit dans la collection complète des Mémoires relatifs à l'histoire de France, par Petitot : « Dans un de ces moments où la satiété des jouissances l'entraînait à chercher hors de sa cour le piquant de la nouveauté, la belle Ferronnière, femme d'un avocat, frappa ses regards, et leur liaison eut des suites terribles. Il paraît que le mari de cette femme, ne trouvant aucun moyen de satisfaire sa fureur jalouse, eut recours à une vengeance monstrueuse. On dit qu'il trouva dans un lieu de débauche une maladie beaucoup plus dangereuse qu'elle ne l'est aujourd'hui, parce qu'on en ignorait les spécifiques, qu'il la communiqua à son épouse, qui, sans le savoir, en empoisonna le roi. Cette infortunée mourut quelques mois après, à la fleur de l'âge. Son mari lui ayant survécu, eut le temps de jouir de sa vengeance, et le monarque, qui ne put obtenir une guérison complète, n'eut plus qu'à traîner une existence triste et douloureuse. »

Ainsi, au dire des historiens, et en prenant à la lettre ce qu'ils ont avancé, il s'ensuivrait que le roi François Ier aurait eu une première maladie contractée avec une femme infectée, puis que pendant huit années sa santé a été altérée, et qu'enfin il aurait succombé aux progrès du mal. Il y a sans doute, dans cette marche morbide, quelque chose de très tentant à croire à la syphilis : symptôme primitif en 1539, puis infection constitutionnelle, cachexie, et enfin mort en 1547. Rien ne manque, comme on voit, à l'évolution syphilitique; rien, si ce n'est la détermination du symptôme. On comprend très bien que cinquante ans après la grande épidémie du XVe siècle (1494), épidémie que les auteurs nous représentent comme d'une contagion très subtile, toutes les affections des organes génitaux aient été regardées comme de nature syphilitique ; mais là ne devait pas se borner tout le mal, qui devait se traduire surtout par des symptômes généraux bien autrement graves que ceux que nous voyons de nos jours, s'il faut s'en rapporter aux syphiliographes des XVe, XVIe et XVIIe siècles. Or, remontons à la citation que je faisais tout à l'heure de Mézeray : « La réjouissance qu'eurent les Français de la trêve conclue avec

leur éclat. L'estomac et le tube intestinal offraient partout de la sécheresse. Dans l'estomac, les glandes gastriques solitaires étaient fortement proéminentes, la membrane muqueuse généralement atrophiée. Des sections microscopiques du jéjunum et de l'iléon montrèrent les villosités fort atténuées ; la membrane muqueuse se séparait très facilement de la partie sous-jacente de l'intestin. Les glandes tubulaires de la membrane muqueuse avaient complétement disparu et se trouvaient remplacées par une matière amorphe presque granuleuse. (*Associat. Medical Journal* et *Gazette des hôpitaux*, n° du 29 novembre.)

La seconde observation a été racontée à la *Société de pathologie de Londres*, par M. Ogle, avec pièces anatomiques à l'appui. Il est fâcheux que cette observation ne soit pas plus détaillée.

Obs. II. — *Maladie des capsules surrénales sans peau bronzée.* Les deux capsules étaient développées, arrondies et *presque entièrement* remplies d'un dépôt scrofuleux de couleur blanc-jaunâtre et très consistant. La petite portion exempte de dépôt était d'un rouge vif. La rate était volumineuse, ramollie, et le sang contenait beaucoup de corpuscules blancs.

Ces capsules appartenaient à une femme morte de phthisie avec inflammation scrofuleuse de la vessie, d'un rein et de l'uretère correspondant.

Il n'existait pas trace, du moins à l'autopsie, de *peau bronzée*.

A. Dechambre.

Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires, par M. Schloss. — Observation communiquée à la Société anatomique en août 1856.

Marie X..., trente-six ans, cuisinière, rue Saint-Denis, n° 234, femme grande, d'un embonpoint modéré, très impressionnable, habituellement bien réglée.

Jusqu'à l'âge de neuf ans, elle a rendu assez fréquemment dans les selles des vers que sa description me fait rattacher aux oxyures vermiculaires.

L'appétit a toujours été peu développé, les digestions lentes, pénibles parfois, la constipation habituelle ; n'a jamais eu d'ictère.

Le 19 avril, elle vint me demander mes conseils sur ce qu'elle devait faire pour calmer des douleurs très violentes, très fréquemment renouvelées, qu'elle ressentait depuis deux heures de l'après-midi (il en était cinq alors), dans la région épigastrique. Je fus frappé de la couleur jaune de ses sclérotiques. Elle put me donner, à ma demande, un peu d'urine, que je trouvai d'un rouge foncé ; l'acide azotique y détermina une coloration verte. Je la questionnai, pour connaître, autant que possible, la cause de son affection. Ses renseignements ne purent me faire arriver à aucune conclusion : elle n'avait eu ni peur, ni colère, ni aucune autre émotion morale ; son régime n'avait pas différé de celui qui lui est habituel ; elle n'avait fait aucun excès, ressentait seulement un peu de gêne à l'épigastre. Depuis quelques jours, il y avait eu apparition brusque de douleurs. La palpation abdominale ne m'apprit rien de plus pour l'étiologie : la pression n'accroissait pas les douleurs. Je conseillai des calmants *intus et extra* pour la soirée et la nuit.

Le lendemain matin, le corps présentait une coloration jaune verdâtre très intense ; la malade s'agitait dans son lit, par suite de douleurs épigastriques très violentes s'irradiant vers les hypochondres, la région ombilicale et la région lombaire, avec de fréquentes exacerbations. Il y avait eu un vomissement dans la nuit.

La pression n'augmentait que fort peu les douleurs, le ventre avait peu de développement ; la palpation et la percussion ne révélaient rien. Il y avait de l'anxiété, la peau était fraîche, le pouls un peu lent ; sentiment de grande faiblesse, céphalalgie sus-orbitaire violente, courbature, nausées.

Je conseillai des applications calmantes externes et un purgatif ; le premier effet de celui-ci fut un vomissement de matières glaireuses dans lesquelles je trouvai un ascaride lombricoïde. Deux ou trois selles suivirent : examinées avec soin, elles n'ont pas décelé la présence d'autres vers ni de calculs biliaires.

Dans les heures qui ont suivi le rejet de l'ascaride, il y a eu diminution très rapide dans l'intensité des douleurs, et le soir la malade n'a plus accusé qu'une simple pesanteur à l'épigastre.

Depuis, il y a eu décroissance de jour en jour dans la coloration de la peau ; la malade n'a plus rien ressenti à l'épigastre : seulement un peu de gêne douloureuse dans quelques moments aux hypochondres. La faiblesse est moins grande, l'appétit un peu revenu ; la langue, couverte d'un enduit épais le deuxième jour, a aujourd'hui son aspect presque normal.

Un régime laxatif et anthelminthique continué n'a pas fait expulser d'autres ascarides. Les selles, examinées pendant huit jours, ne contiennent aucun calcul.

Conclusion. — La brusque apparition des phénomènes morbides, sans causes morales ou physiques appréciables ; leur intensité, caractérisée par des douleurs très violentes jointes à la coloration extrêmement foncée de la peau, à des vomissements, etc., intensité comparable à celle des symptômes déterminés par la présence d'un calcul dans les voies biliaires ; la diminution si rapide de tous ces phénomènes après le rejet d'un ver : tous ces motifs réunis, joints à l'absence de coliques antérieures, m'ont porté à considérer l'ascaride comme corps étranger ayant pénétré dans les voies biliaires et mis par là obstacle au cours de la bile.

Extrait du rapport de M. Vidal *sur l'observation précédente.*

En l'absence de preuves rigoureuses, impossibles à déterminer dans un cas de ce genre, de nombreuses probabilités viennent

---

l'empereur fut troublée par le danger où ils virent le roi, causé par un abcès qui s'était formé en la partie qu'ils nomment le périnée. » J'avoue qu'il faut que les manifestations de la vérole aient bien changé depuis 1539 pour que je puisse voir dans un abcès du périnée une preuve de son existence. Mais je veux bien l'admettre : voilà le premier symptôme, le symptôme primitif ; les autres vont se dérouler, et comme à cette époque ils se faisaient voir volontiers sur les parties éloignées des organes sexuels, nul doute qu'on en saisisse quelques traces sur la figure du roi. Et si l'on a pu savoir qu'il a un abcès au périnée, et si l'on a eu l'indiscrétion de le dire, à plus forte raison pourra-t-on parler des taches, des tumeurs, des ulcères que l'on aura pu constater sur cette face royale, et pourtant, quand on parle des causes de sa mort, Mézeray dit : « Cet ulcère malin, qui lui étoit venu l'an 1539, n'ayant pu être guéri, s'estoit traîné jusqu'au col de la vessie, et commençoit à le ronger avec des ardeurs insupportables. »

Gaillard écrit : « Le rétablissement du roi ne fut qu'imparfait, il lui resta de tristes symptômes, de fâcheuses dispositions qui altérèrent son humeur, etc. On sait depuis qu'un ulcère secret était la cause de ce changement. »

Ainsi, toujours au dire des historiens, le premier symptôme de la maladie du roi aurait été un abcès au périnée, puis, huit ans plus tard, une fièvre lente déterminée par un ulcère malin (Mézeray), un ulcère secret (Gaillard). D'autres symptômes organiques, il n'en est pas question, et l'on doit croire qu'il n'y en avait pas, car on aurait pu en parler sans malice, et l'on n'en trouve pas la moindre indication dans les chroniques du temps. Je ne veux, à cet égard, citer que ce passage des mémoires de Martin du Bellay parlant de la mort du roi : « Rex Rambollietum venit. Ibi febris qua jampridem vexabatur variis intervallis subinde grassari atque augere cœpit ; tandemque in continentem conversa est. Accessit etiam dolor ex vomica qua paulo ante laborare cœperat, quàm Cæsari obvium procederet, quum Galliam iter faceret. »

Or, il faut savoir que ces Mémoires sont peut-être ceux qui méritent le plus de créance. D'abord par le caractère honorable de leur auteur, et surtout par la position dans laquelle il s'est

plaider en faveur de l'opinion de M. Schloss. L'invasion brusque des accidents de colique hépatique, leur cessation rapide après l'expulsion du lombric, et, comme signes négatifs, l'absence de calculs dans les garde-robes et dans les vomissements ; cette particularité que l'attaque est la première éprouvée par la malade, et qu'elle a paru sans cause morale ou physique appréciable : toutes ces circonstances réunies établissent de fortes présomptions.

Quoique la pénétration des ascarides dans les voies biliaires soit un fait assez rare, la science en possède plusieurs exemples bien avérés. Ainsi, dans les *Commentaires de Leipsig* (t. XIV, 1767), on trouve le fait de trois ascarides lombricoïdes ayant pénétré dans la vésicule biliaire par le canal cholédoque resté intact. Laënnec (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, an XIII, n° 5) a vu, chez un enfant dont l'estomac renfermait un grand nombre d'ascarides lombricoïdes, les voies biliaires distendues et le tissu du foie *rongé* (sic) en plusieurs points par ces entozoaires. A l'article VERS INTESTINAUX et à l'article NÉVROSE VERMINEUSE du *Dictionnaire* en 30 volumes, Guersant rapporte avoir trouvé, à l'autopsie d'un enfant mort de convulsions, deux ascarides lombricoïdes engagés dans les voies biliaires, et, en l'absence de toute autre altération pathologique, il attribue les convulsions au passage des entozoaires dans les canaux hépatiques. M. Tonnelé (*Journal hebdomadaire*, 1829, p. 289) publie un cas d'ascaride lombricoïde trouvé chez un enfant au milieu d'un abcès du foie. Dans l'article ENTOZOAIRE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 340, M. Cruveilhier, à l'autopsie d'une malade qui n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de l'abdomen, rencontra cinq ascarides lombricoïdes dans les canaux hépatiques. Dans aucun de ces exemples il n'y a eu colique hépatique ; les phénomènes physiologiques ont été sinon absolument nuls, au moins très obscurs et très dissemblables, et nous comprenons parfaitement qu'en présence de ces faits M. Cruveilhier ait cru devoir soulever le doute, et émettre l'opinion que la pénétration des ascarides dans les voies biliaires pouvait très bien n'avoir eu lieu qu'après la mort ou pendant l'agonie.

Pour notre part, nous croyons possible que des lombrics s'engagent pendant la vie dans des canaux naturels, malgré leur étroitesse et leur contractilité, et cette pénétration est bien plus facile à comprendre que l'exemple que vous a montré M. Bailly, en 1854, d'un *ascaride lombricoïde perforant le cæcum* d'un enfant ; l'helminthe était retenu dans cette perforation, qu'il n'avait pu produire qu'en s'insinuant à travers la trame des tuniques intestinales. Ce mécanisme qui, pour la première fois, je crois, a été démontré d'une façon péremptoire par l'observation dont je viens de parler, peut être invoqué à l'appui de plusieurs autres faits analogues publiés par différents auteurs, et que l'on avait contestés. Si les ascarides n'ont pas d'organes perforateurs, il est bien établi pour nous qu'ils peuvent arriver à traverser les membranes. A plus forte raison pourront-ils s'engager dans des canaux élastiques dont la capacité diffère peu de leur volume.

En résumé, je crois, en thèse générale, que la pénétration d'ascarides lombricoïdes dans les canaux biliaires est possible pendant la vie. Je crois que, dans l'observation de M. Schloss, cette cause des accidents de colique hépatique est probable. Mais considérant, d'autre part, la difficulté de diagnostic dans certains cas d'accidents rapportés aux voies biliaires, sachant combien il est difficile et même rare de constater la présence de calculs dans les matières évacuées par les malades après les accès hépatiques, je ne puis qu'approuver la sage réserve du présentateur, mettant en tête de son observation le titre suivant : *Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires.*

III.

CORRESPONDANCE.

Opération d'une hernie ombilicale étranglée chez M. Couronné, directeur de l'École de médecine de Rouen.

L'opération de la hernie ombilicale après étranglement a d'ordinaire une issue assez malheureuse pour que ce soit une bonne fortune de publier un succès en semblable matière.

Quand cette opération conserve à sa famille un homme éminent par son caractère ; à une grande cité et à un vaste hôpital qui furent pendant trente-cinq ans le double théâtre de son zèle et de son talent, un médecin justement renommé pour l'étendue de son savoir et la maturité de son expérience; à une École de médecine un directeur vénéré, il est bien permis de signaler la main habile à laquelle est dû un succès si précieux. Je ne saurais céder ce soin à personne (1). Voici donc dans quelles conditions M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, fut appelé à opérer d'une exomphale étranglée M. Couronné, médecin en chef de l'Hospice général de Rouen.

OBS. — Jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, M. Couronné, aujourd'hui parvenu à la soixantaine, avait pu dominer les tendances d'un tempérament lymphatique bien accusé; et les rudes labeurs incombant à tout praticien qui mène de front un service d'hôpital, un enseignement et une clientèle étendue, ne l'avaient point préservé d'un brillant embonpoint.

Vers cet âge, en même temps qu'une hernie ombilicale, apparaissait une bronchite intense, et surtout tenace. C'était le début

(1) Élève de prédilection de M. Couronné pendant mes études médicales, depuis huit années son adjoint dans le service médical de l'hospice général de Rouen, tout récemment nommé son successeur, grâce à un acte de rare bienveillance et de généreuse amitié de sa part, dont je suis heureux de pouvoir ici lui témoigner publiquement ma reconnaissance, j'ai, ce me semble, plus que personne le droit d'user de cette liberté.

---

trouvé de bien connaître tout ce qui avait trait à la vie intime du roi. Martin du Bellay était frère du cardinal du Bellay, qui jouit longtemps de la faveur du prince, et frère aussi de Guillaume Dubellay, seigneur de Langey, un des plus braves généraux de François. C'est ce dernier qui avait commencé les Mémoires que je viens de citer. Eh bien, pour ce chroniqueur véridique, la principale maladie du roi, c'est une fièvre qui, d'abord, venait par accès, *variis intervallis*, puis qui se change en fièvre continue, *in continentem conversa*, et à laquelle vient se joindre la douleur dans le siége de l'abcès, *dolor ex vomica*, dont le roi avait commencé à souffrir, lorsque Cæsar, c'est-à-dire Charles-Quint, traversait la France ; ce qui en reporte le début à huit années. Évidemment, s'il y avait eu d'autres symptômes, du Bellay n'eut pas manqué d'en faire mention.

Cependant il me survient un scrupule, et je me demande, si cet abcès, cette vomique dont il est parlé, et que Mézeray dit avoir existé au périnée, n'aurait pas par hasard occupé une autre région, car les historiens ne sont pas obligés à une pathologie exacte, et s'il ne devrait pas être question ici d'un abcès de l'aine, d'un bubon suppuré. Ce serait alors bien positivement un symptôme syphilitique primitif dont j'aurais mauvaise grâce à contester la nature, mais qui me met en droit d'exiger les symptômes généraux de l'évolution syphilitique, bien plus que l'existence d'un abcès du périnée. Je sais bien que, dans cette hypothèse d'une adénite inguinale suppurée, je vais trouver la grande autorité de mon très cher et très illustre collègue Ricord, qui me dira qu'avec un pareil symptôme il n'y a pas d'infection constitutionnelle possible ; mais moi qui ne suis pas si radical, et qui crois fermement que, par exception et dans certaines circonstances données, l'intoxication générale peut avoir lieu, j'attends, même après ce bubon, des symptômes généraux pour croire à une vérole capable de déterminer la mort.

Mais toute théorie syphilitique écartée, quel est le médecin qui pourra comparer la gravité d'un abcès inguinal à celle d'un abcès du périnée ? Aussi je fais bon marché d'une hypothèse qu'en définitive je n'ai soulevée que pour sortir d'une impasse, quand je lis

d'une affection des voies aériennes qui, après une apparition régulière chaque hiver, prit, sous la forme de bronchorrhée, un droit de domicile inamovible, surtout à partir de 1852, époque à laquelle une pneumonie grave mit en danger les jours de M. Couronné.

Cette dernière maladie, après une assez longue convalescence, ne laissa toutefois aucune trace de son passage ; mais la bronchorrhée reparut bientôt pour prendre chaque année des proportions graduellement plus sérieuses ; et l'été de 1855 fut impuissant à modérer la toux fréquente et opiniâtre, l'expectoration difficile de mucosités visqueuses, et surtout la dyspnée habituelle. Celle-ci s'accrut même sous l'influence des plus fortes chaleurs de juin, à tel point que l'hématose fut évidemment compromise ; des phénomènes de congestion vers les centres nerveux ne laissèrent point de doute à cet égard. A cette circonstance se rapportait sans doute une a thénie musculaire générale, surtout prononcée dans les membres inférieurs.

A l'automne de la même année, sur l'avis de M. le professeur Andral, M. Couronné dut quitter le climat de Normandie et aller demander à l'air des Pyrénées le modificateur que la thérapeutique n'avait pu lui fournir. Après cinq mois de séjour à Pau et l'usage discret pendant le même temps de l'eau de Bonnes, il revenait à Rouen le 10 mai dernier, les bronches taries, ne toussant plus, et jouissant d'une puissance de respiration qui lui était depuis longtemps inconnue ; mais il avait notablement maigri, et la faiblesse musculaire des membres inférieurs s'était sensiblement accrue.

Cependant, l'époque de la tournée du jury médical de la Seine-Inférieure réclamait de M. Couronné l'accomplissement d'un devoir. Si pénible qu'il fût, eu égard à l'état de sa santé, il n'hésita pas à s'engager dans l'exercice d'une fonction à laquelle il tenait particulièrement. Mais deux fois, à dix jours de distance, le bandage, qui avait parfaitement contenu l'exomphale depuis son apparition, fait défaut, et la hernie s'échappe à travers une éraillure de la ligne blanche, en dehors et à droite de l'anneau ombilical. Lors du premier accident, qui se produisait à peu de distance de Rouen, M. Couronné put facilement rentrer chez lui, et, par quelques efforts de taxis, obtenir lui-même une facile réduction ; mais au second accident, qui survenait à Londinières, près de Dieppe, plusieurs tentatives de réduction, pratiquées d'abord par le malade, puis renouvelées par M. le docteur Desbois, son collègue du jury, demeurèrent assez longtemps inefficaces, jusqu'au moment où, de vives douleurs abdominales signalant une situation plus sérieuse, un vomissement inopiné vint amener une heureuse solution et permettre à M. Couronné de terminer sa tournée.

De retour à Rouen, son premier soin est de faire modifier son bandage ; l'amaigrissement survenu à la suite du séjour dans le Midi nécessitait évidemment quelques changements dans les conditions de cet appareil : ce qui était d'autant plus urgent que très prochainement le directeur de l'École de médecine de Rouen était appelé à Caen pour la session du Conseil académique.

Le 10 juin, en effet, M. Couronné partait pour Caen dans des conditions qui semblaient lui promettre un heureux séjour ; mais après un voyage facile, une nuit calme, le mardi 11, à son réveil, il constate l'issue de sa hernie, qui est plus volumineuse, plus tendue, que dans les deux circonstances précédemment signalées. Pendant cette journée, le taxis fréquemment renouvelé, les bains prolongés, les cataplasmes sédatifs et narcotiques, les lavements purgatifs, tout échoue pour conjurer le danger de l'étranglement. Dans l'après-midi, M. le docteur Vatel, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, collègue du malade au Conseil académique comme directeur de l'École de médecine de Caen, vient le voir et constate une situation alarmante. M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, est mandé le soir, et ces messieurs arrêtent que, pendant toute la nuit, de la glace sera constamment maintenue sur la région ombilicale.

Le mercredi 12, à six heures du matin, l'étranglement persiste, les vomissements commencent, le pouls faiblit, les traits s'altèrent ; le ventre, toutefois, n'est ni météorisé ni douloureux. Un nouveau bain est prescrit. Vers neuf heures, MM. Vatel et Leprêtre reviennent, accompagnés de M. Rouland, chirurgien distingué de Caen. Le chloroforme est employé pour favoriser une dernière tentative de taxis, mais en vain. Après quelques instants de débat sur la résolution à prendre, l'opération est proposée par M. Leprêtre. Le malade l'accepte, ou plutôt décide qu'elle sera faite immédiatement, bien convaincu, comme son chirurgien, que la temporisation, en semblable circonstance, est trop souvent la principale cause des insuccès.

Vers dix heures, M. Leprêtre procède à l'opération. En trois minutes, elle est terminée. Une incision cruciale aussi limitée que possible découvre le sac ; par une petite ouverture de ce dernier, l'intestin est mis à nu ; l'éraillure aponévrotique formant anneau constricteur est dilatée, plutôt à l'aide du doigt que par l'instrument tranchant (circonstance sans doute plus douloureuse, dit M. Couronné, mais plus sûre, d'après l'opérateur), et la réduction de l'intestin est obtenue dans les conditions les plus heureuses.

Pas un incident regrettable ne vient troubler les suites de cette opération jusqu'au cinquième jour. Alors toute sécurité paraît acquise contre des accidents consécutifs du côté du ventre. La plaie offre l'état et l'aspect les plus rassurants. Une alimentation déjà réparatrice est parfaitement supportée. Pas de fièvre. Mais, vraisemblablement sous l'influence du décubitus dorsal prolongé, la respiration s'embarrasse, une irritation bronchique assez vive se manifeste, accompagnée de réaction fébrile et de troubles digestifs ; par suite, les phénomènes de nutrition languissent, le malade est affaibli par une transpiration excessive. Toutefois, après quelques jours de diète et l'emploi de boissons béchiques et expectorantes, il est permis de revenir à un régime plus substantiel. La plaie, qui n'a cessé de se bien comporter malgré tous ces incidents, tend chaque jour à une cicatrisation plus prochaine. Vers les derniers jours de juin, le succès de l'opération est assuré. L'af-

---

dans l'histoire quelle fut l'anxiété du peuple, quand il apprit que la vie de son roi était menacée par un abcès qui s'était formé en cette partie qu'ils nomment périnée, comme le dit Mézeray.

Aujourd'hui qu'on ne meurt plus guère de la vérole, ou que si l'on en meurt, c'est après des désordres matériels effroyables, on peut se demander, comment il s'est fait qu'un roi de France, même au XVI^e siècle, en soit mort, et en soit mort surtout sans ces graves lésions générales. Les historiens en accusent l'absence des spécifiques que l'on possède aujourd'hui, et qui alors n'étaient pas connus. Mais c'est là une erreur, car le mercure était déjà mis en usage à l'époque de la maladie de François I^er. Déjà il avait eu de grands succès entre les mains de Bérenger de Carpi : on sait avec quelle largesse il était donné par Paracelse, et ne connait-on pas aussi par tradition les célèbres pilules mercurielles de Barberousse que celui-ci, dit-on, envoya à François I^er. On est même allé jusqu'à prétendre que, lors de la violation des tombes de Saint-Denis, du mercure avait été trouvé dans les ossements du roi. C'est l'historien Dulaure qui s'est rendu responsable de cette ridicule assertion, et c'est l'auteur du poëme *Syphilis* qui a cherché à la propager, quand il a écrit :

On dit même qu'au jour où des fureurs profanes
Du pieux Saint-Denis fouillèrent les arcanes,
Et sur le vil pavé jetèrent en monceaux
Tous ces rois dont la mort avait fait ses vassaux,
A travers ces débris, dans cette immense foule
De tant d'augustes fronts qu'oignit la Sainte-Ampoule,
On reconnut celui du premier des François
Au mercure liquide errant dans ses parois.

Comment supposer que les médecins du roi n'auraient pas employé tous les moyens de guérison possibles ? De grands personnages d'alors étaient vérolés et guérissaient bien. Et pour ne citer qu'un exemple, mais un exemple célèbre, lisez, à ce propos, les Mémoires de Benvenuto Cellini. Vous y verrez que ce grand artiste fut atteint de syphilis, et qu'il s'en débarrassa par l'emploi des remèdes appropriés. Est-il donc croyable qu'on ait pu guérir le commensal et qu'on ait laissé mourir le Mécène ? Je sais bien que

fection bronchique seule semble devoir retarder de quelques jours la parfaite convalescence.

Le 3 juillet, en effet, M. Couronné, faible encore, quittait Caen, sur l'avis de son opérateur et celui des médecins qui lui avaient prodigué pendant sa maladie les soins les plus affectueux et les plus dévoués. Le soir, il était de retour à Rouen. Ce ne fut pas un des moindres témoignages de l'amitié et de la confiance de M. Couronné envers moi, que de m'appeler à surveiller ce voyage qui devait le ramener au sein de sa famille et le rendre à l'affection de ses nombreux amis.

Recevez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération très distinguée,

Docteur GRESSENT.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — *Remarques à propos de l'exploration de la Tchadda*, par M. *Dureau de la Malle*. — Dans la seconde partie de sa note, M. Dureau de la Malle rappelle les principaux résultats des observations du docteur W. Balfour Baikie et du docteur Bryson sur la *fièvre africaine*, à laquelle ils assignent une cause presque identique avec celle qu'on désigne dans les États pontificaux sous le nom de *Malaria*. Ces deux médecins ont trouvé que l'usage de la quinine ou du vin de quinquina, pris en temps et à doses convenables, préservait à coup sûr les voyageurs des terribles effets de cette espèce de *Malaria*.

MÉDECINE. — *Importance de l'hémoptysie comme signe de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur *Edouard de Lamare*. (Extrait.) — « Dans son *Traité de la phthisie pulmonaire*, le docteur Louis établit que les crachements de sang idiopathiques sont à ceux qui dépendent de la phthisie comme 1 est à 2400 ; ce qui lui fait dire que quand un individu crache du sang, il est infiniment probable qu'il est tuberculeux. L'expérience résultant de mes observations personnelles me conduit à établir que ce rapport est comme 1 à 66 ; ce qui, en présentant toujours la phthisie comme le cas le plus ordinaire, élargit singulièrement le champ des exceptions ; car $66 : 2400 :: 1 : 36\frac{1}{3}$. En conséquence, tout en maintenant la gravité du pronostic après une hémoptysie, mon calcul, fait d'après les malades soumis à mon observation, est de 36 à 37 fois moins défavorable que celui présenté par M. Louis.

Quant à la fréquence de l'hémoptysie dans la phthisie pulmonaire, l'observation des faits ne me permet pas d'admettre, comme on le lit dans l'ouvrage de M. Louis, que la moitié des phthisiques a eu des crachements de sang, tandis que l'autre moitié n'en présente pas. Les cas où il y a des hémoptysies chez eux sont plus fréquents que ceux où il n'y en a pas. Ils sont dans le rapport de 75 à 55. Enfin, tandis que l'hémoptysie idiopathique est plus fréquente chez la femme, l'hémoptysie due à la phthisie pulmonaire est plus fréquente chez l'homme. Ainsi, sur 130 phthisiques soumis à mon observation, dont 65 hommes et 65 femmes, il y en avait 75 qui avaient craché du sang, dont 45 hommes et 30 femmes. »

MÉDECINE. — *Note sur un nouveau cas de gangrène diabétique*, par M. *Marchal* (*de Calvi*). — L'auteur a déjà fait connaître deux exemples de cette gangrène, et M. Landouzy en a communiqué un troisième à l'Académie de médecine. Dans le nouveau cas que l'auteur porte à la connaissance de l'Académie, il existait une vaste plaque gangréneuse à la nuque ; le sujet était un médecin, et la glycoémie avait été même inaperçue. Voilà donc trois cas dans lesquels l'existence d'une gangrène a fait diagnostiquer le diabète. L'auteur attribue le sphacèle, dans la glycoémie, à une diathèse inflammatoire à tendance nécrosique créée par la présence du sucre, et cette théorie le conduit à préconiser doublement le traitement alcalin institué par M. Mialhe. Il termine en rapprochant la gangrène urique (par excès d'acide urique dans le sang) de la gangrène glycoémique, et il dit que si l'inflammation s'établit dans une grosse artère, on peut voir une de ces gangrènes improprement appelées séniles, dans lesquelles on commet généralement la faute de donner des stimulants quand il faudrait attaquer l'inflammation artérielle surtout par les alcalins. (*Comm.* MM. Rayer, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

MÉDECINE. — *Note sur un moyen préventif de la fièvre puerpérale*, par M. *Piédagnel*. (Extrait.) — « Mon service de femmes à l'Hôtel-Dieu se compose de tout le deuxième étage du bâtiment de la rive gauche de la Seine. Je convins avec M. le directeur de l'Hôtel-Dieu que, pour éviter l'encombrement, je n'aurais à soigner qu'une accouchée sur quatre malades, soit 16 sur 64 lits ; cette mesure fut respectée tant que les circonstances le permirent ; mais bientôt nous fûmes envahis, et j'ai eu, à plusieurs reprises, 25 à 30 femmes en couches.

» Les malades furent bien surveillées, tenues avec la plus sévère propreté ; les fenêtres ouvertes presque continuellement, même la nuit quand le temps le permettait ; du feu jour et nuit fut entretenu dans les poêles pour établir des courants d'air ; mais cette mesure ne fut employée que jusqu'au commencement de juin. Le traitement médical mis en usage fut le suivant : Dès qu'une femme entrait pour accoucher, accouchant ou accouchée, elle prenait deux pilules de 10 centigrammes de sulfate de quinine et 1 gramme de sous-carbonate de fer. Le soir, à la visite, une même quantité de médicaments était administrée, et tant que durait le séjour des

l'histoire nous dit que cette pauvre Ferronnière en mourut, mais ce n'est là qu'une allégation sans preuve, et j'avoue que j'aime mieux la version du roman de madame Gottis, *Une maîtresse de François Ier*, qui adopte bien l'histoire du mari qui, à la suggestion d'un moine, va prendre, dans un lieu de débauche, une maladie qu'il communique à sa femme, mais qui fait mourir celle-ci de douleur d'avoir empoisonné le roi, et d'une fausse couche, fruit de ses amours avec le monarque.

Certes je ne veux pas nier que François Ier ait eu la vérole, il est possible même qu'il l'ait eue étant très jeune ; car voici un passage qui appartient aux *Dames illustres de Brantôme* et qui n'a pas été mentionné par les historiens : A l'article qui concerne la reine Claude, il est dit : « Que si la reine Anne sa mère eût vécu, jamais le roi François Ier ne l'aurait épousée ; car elle prévoyait bien le mauvais traitement qu'elle en devoit recevoir, d'autant que le roi son mari lui donna la vérole qui lui avança ses jours. » Or on sait que cette reine mourut en 1524.

Il y a plus encore pour nous convaincre que le roi a été infecté bien plus tôt que ne le dit l'histoire ; c'est cet autre passage de Brantôme que je demande la permission de citer tout entier.

« Le roi aima fort aussi et trop, car étant jeune et libre, sans différence il embrassoit qui l'une, qui l'autre, comme dans ce tems n'étoit pas galand qui ne fust putassier partout indifféremment ; dont il en prit la grande vérole, et lui, après s'estre vu échaudé et mal mené de ce mal, avisa que s'il continuoit cet amour vagabond qu'il seroit encore pis et, comme sage du passé, avisa à faire l'amour bien galamment, dont pour ce institua sa belle cour, fréquentée de si belles et honnêtes princesses, grandes dames et damoiselles dont ne fit faute que pour se garantir de vilains maux, et ne souilla son corps plus des ordures passées, s'accommoda d'un amour point sallaud mais gentil et net. »

Il est probable qu'en parlant des amours point salauds mais gentils et nets du roi, Brantôme fait allusion aux grandes dames qui furent les maîtresses de François Ier, entre autres à Madame de Chateaubriant et à la fière duchesse d'Étampes ; cependant s'il fallait en croire les *Mémoires historiques et secrets concernant les*

malades à l'hôpital, matin et soir on donnait ces mêmes médicaments et à semblables doses. Les femmes buvaient de l'eau de tilleul et une bouteille d'eau de Spa. Toutes les fonctions étaient bien surveillées et maintenues autant que possible dans leur intégrité physiologique. Ainsi, 40 centigrammes de sulfate de quinine, 2 grammes de sous-carbonate de fer chaque jour furent le régime médicamenteux des femmes bien portantes jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

» Mais il n'est question ici que des cas simples, et tous ne l'ont pas été. Ainsi, dans plusieurs circonstances, des signes de la fièvre puerpérale ont eu lieu, des douleurs, des frissons, de la fièvre, de l'excitation cérébrale, etc., se sont développés; dans ces cas, immédiatement on augmentait progressivement et par jour les doses de sulfate de quinine, 60, 80 et jusqu'à 120 centigrammes, que je n'ai pas dépassés. La quantité de fer était de même augmentée : 4, 5; 6 grammes furent mis en usage; dès que les symptômes s'affaiblissaient, on diminuait les doses des médicaments. Tel est le traitement que j'ai employé; voici maintenant le résultat :

» Du 16 mars 1856 au 23 juillet, soit 68 jours, j'ai eu à traiter 54 malades, aucune n'a eu de fièvre puerpérale; 11 ont eu des symptômes de la maladie à son début, sans persévérance; 1, venant d'un autre hôpital, où elle était accouchée, est entrée avec une fièvre puerpérale avec délire : elle est morte en deux jours (c'est la première qui fut reçue dans mon service); 1 est entrée sans connaissance, dans un état d'éclampsie grave; elle avait été accouchée de force la nuit: elle est morte dans la journée.

» Au 23 juillet, les entrées ont cessé, les femmes grosses ont pris une autre direction. J'ai continué à suivre celles qui étaient dans mon service; le résultat n'a pas cessé d'être heureux. Mais le 23 septembre, de nouvelles femmes en couches se sont présentées; j'ai suivi le même traitement préservatif, et voici ce que j'ai obtenu :

» Du 23 septembre au 31 octobre (38 jours), 40 femmes ont été admises pour accoucher; 15 ont eu des accidents légers, 2 ont été assez gravement malades; une est morte de fièvre puerpérale avec péritonite, épanchement thoracique droit, considérable; l'utérus était sain, mais volumineux et pâle.

» En résumé, sur 91 femmes accouchées, une seule est morte de fièvre puerpérale contractée dans mon service. » (*Comm.*, MM. Serres, Andral, Velpeau.)

Médecine. — *Sur un genre singulier de névropathie, le délire des aboyeurs*, extrait d'une note de M. *Boscredon*.—Cette singulière affection, dont l'histoire se perd dans la nuit du moyen âge, paraît avoir pris naissance dans le sein de la Bretagne. Dax, ville des Landes, en fournit aussi quelques exemples. Ce phénomène, assez rare et dont la nature est peu connue du monde médical, se reproduit par intervalles plus ou moins rapprochés : il est caractérisé par un cri perçant, convulsif, parfois musical, qui représente tantôt le chant du coq ou le cri du paon, tantôt le bêlement des brebis, tantôt le miaulement du chat, tantôt le jappement du chien. C'est ce qui a fait donner aux femmes qui en sont atteintes le nom d'*aboyeuses*. Comme la médecine a toujours été impuissante à combattre cette affection extraordinaire, l'Église a recouru aux exorcismes et a fait transporter ces malades en différents lieux de pèlerinage; mais ces différentes tentatives ont été rarement couronnées de succès. Le hasard vient de me présenter un cas de ce genre chez un sujet de onze ans, à Sainte-Croix du Mont (Gironde). Les crises, réfractaires, rebelles au sulfate de quinine, au chloroforme, aux purgatifs variés, aux bains froids et aux immersions froides, ont cédé à l'administration du valérianate acide d'atropine, donné en potion à la dose d'un demi-milligramme dans les vingt-quatre heures. (*Comm.*, M. Andral.)

Physiologie. — *Spermatophores des grillons, des abeilles, anses mucipares des sangsues. Lettre adressée par M. Ebrard à l'occasion du rapport fait le* 3 *septembre* 1855, *sur un mémoire de M. Lespès. Réclamation de priorité.* — M. Ebrard a constaté, en disséquant des sangsues avant, pendant et immédiatement après la pose des cocons, que les anses mucipares des sangsues médicinales sécrètent la sérosité visqueuse au milieu de laquelle ces annélides déposent leurs œufs, et qui, en se desséchant, forme l'enveloppe spongieuse du cocon. Les hirudinées, dont les œufs sont entourés d'un tissu spongieux, sont les seules chez lesquelles les ansesmucipares existent ou sont très développées. (*Comm. nommés pour le mémoire de M. Lespès.*)

Tératologie.— *Description d'un monstre cyclocéphale*, par M. *G. Colin*.— L'animal qui fait le sujet de cette note est un fœtus de vache parvenu à peu près au septième mois de la gestation. Le haut de la tête, c'est-à-dire le front et l'occiput, forment une saillie hémisphérique régulière sur les côtés de laquelle se forment les oreilles. En avant et au milieu du front existe une proéminence conique et très grêle de la peau, longue de 5 à 6 millimètres, qui paraît être, à première vue, un rudiment de trompe; mais ce petit prolongement tégumentaire est tout à fait imperforé. Il n'y a pas, auprès de celui-ci, le moindre vestige d'yeux ni de fosses orbitaires; les narines et les cavités nasales manquent complétement. Il n'existe aucune trace apparente de la mâchoire supérieure. La bouche présente une ouverture large, arrondie, de laquelle sort la moitié antérieure de la langue; la mâchoire inférieure est complète, mais fortement recourbée sur elle-même, de telle sorte que les dents incisives se portent très près de la région frontale. La lèvre supérieure constitue un petit bourrelet sur lequel la peau se continue avec la muqueuse buccale; la lèvre inférieure est régulière.

Il résulte des particularités offertes par la dissection de cette tête que le monstre en question se rapproche, d'une part, des cyclocéphales, en ce qu'il manque de trompe et d'appareil nasal, d'autre part, des stomocéphales et des otocéphaliens, en ce que la face est atrophiée, moins la mâchoire inférieure. (*Comm.*, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

---

amours des rois de France, par le marquis d'Argens, cette dernière aurait elle-même été infectée; mais Fernel lui fit prendre du lait d'ânesse, et comme elle était jeune il la guérit. Il est du moins à présumer que sa maladie n'était pas grave pour avoir cédé au lait d'ânesse, car, à cette époque, le traitement indirect par un lait mercurialisé n'était pas encore connu.

Je ne nie donc point que François Ier ait jamais eu la vérole; mais ce que je voudrais voir établi sur des considérations de pathologie spéciale, c'est que ce n'est pas cette maladie qui l'a fait mourir, puisque dans ce que les historiens ou les chroniqueurs nous ont conservé des symptômes qui ont précédé ou accompagné la mort du roi, il n'y a absolument rien qui ressemble à des phénomènes de syphilis, au moins pour les syphiliographes qui savent observer, et qui à l'examen d'un symptôme primitif, pronostiquent presque à coup sûr l'apparition et l'évolution des phénomènes ultérieurs, de même qu'à la vue d'un symptôme même très tardif, ils peuvent reconstituer toute l'histoire rétrospective de la maladie.

Je demeure convaincu que, si sans idées préconçues, et en faisant abstraction de toutes ces rumeurs historiques, on lit et on analyse chacune des circonstances de la maladie du roi et de sa mort, on y verra une affection des voies urinaires avec abcès dans les environs du canal de l'urèthre, cet abcès du périnée qui a mis en danger les jours du prince. Puis conservation probable d'une fistule urinaire, laquelle est la cause de douleurs incessantes, qui alors, comme de nos jours, amènent le dégoût de la vie. Je me confirme dans cette opinion quand j'entends Mézeray parler d'un ulcère malin qui ronge le col de la vessie et quand je me rappelle ce passage déjà cité de Gaillard: « Le rétablissement du roi après l'abcès (1539) ne fut qu'imparfait, et il lui resta de tristes symptômes, de fâcheuses dispositions qui altérèrent son humeur et firent dégénérer en une aigreur mélancolique et corrosive, la gaîté brillante de son caractère. On sut depuis qu'un ulcère secret était la cause de ce changement. » Ne suis-je pas plus dans le vrai en attribuant cet ulcère secret à une fistule urinaire, suite de l'abcès probablement entretenu par un rétrécissement ou une prostatite chronique, plutôt qu'à la vérole; et alors s'expliqueraient très bien

M. *Godard* adresse une addition à son travail intitulé *Recherches sur les Monorchides et les Cryptorchides chez l'homme*, travail précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Application des propriétés désinfectantes de l'azotate d'argent*, par M. *Ledoyen*. — (*Commission du concours pour le prix des arts insalubres.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : Le compte rendu des maladies épidémiques dans l'arrondissement de Figeac, pour 1855. (*Commission des épidémies.*) — 2° M. le ministre de l'instruction publique transmet le rapport de M. le docteur *Lecœur*, sur les épidémies de l'arrondissement de Caen, en 1856. (*Commission des épidémies.*) — 3° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Albert*, père, sur une maladie endémique qui a régné dans les mois de juillet et d'août dans la commune de Saint-Chinian. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une note de M. le docteur *Papillaud*, sur le traitement du panaris par la teinture d'iode. (M. Jobert, *rapporteur.*)

M. *le Président* annonce que M. le professeur *Bérard*, doyen de la Faculté de Montpellier et membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

SPIROMÉTRIE. — M. *Poiseuille* lit en son nom et au nom de M. *Bouillaud*, un rapport sur le spiromètre présenté par M. *Guillet*. Nous extrayons de ce rapport les passages suivants :

« D'après les préceptes posés par le docteur Hutchinson, le sujet étant debout fait une inspiration aussi profonde qu'il est possible, et l'air fourni par l'expiration complète qui lui succède immédiatement est recueilli. Ce volume d'air, s'il était obtenu exactement, représenterait, en effet, la majeure partie de l'air que peuvent recevoir les poumons, toutes choses égales d'ailleurs, et serait une donnée importante et pour le physiologiste et pour le médecin. La spirométrie a attendu jusqu'à présent ce résultat.

» Il s'agit, en effet, de recueillir toute la quantité d'air expiré; or dans une expiration, grande ou petite, l'air sort librement du thorax, sans rencontrer aucun obstacle; la moindre résistance à surmonter donne lieu aussitôt à une perturbation dans l'expiration; et l'air n'est plus rejeté, et cela par suite de la faible pression avec laquelle l'air sort de la poitrine. »

M. *Poiseuille* rend compte des expériences que la commission a faites sur ce point. Ces expériences démontrent que la pression de l'air qui sort de la poitrine, pendant l'expiration, est loin d'être constante; d'abord de quelques centimètres d'eau, elle descend aussitôt à quelques millimètres, pour s'abaisser de plus en plus lentement jusqu'à zéro.

« De là, ajoute M. le rapporteur, votre commission est portée à conclure que si dans les premiers instants de l'expiration, la sortie de l'air de la poitrine peut vaincre un certain obstacle, elle devient bientôt impuissante devant la faible résistance d'une colonne d'eau de quelques millimètres, par exemple. Ces faits bien établis, il lui a été facile de constater, à son point de vue, les inconvénients et les avantages que peuvent offrir les spiromètres et par conséquent de formuler son jugement sur l'instrument de M. Guillet. »

Après avoir décrit avec détail le nouveau spiromètre, M. le rapporteur présente le résultat des expériences entreprises dans le but de déterminer le degré de sensibilité de l'appareil. « La force d'inertie du spiromètre que nous étudions, dit M. Poiseuille, exige, pour être vaincue, une pression inférieure à un demi-millimètre d'eau ; par conséquent, il n'y aura qu'une faible partie d'air de l'expiration qui échappera à ses indications. Quant à la limite de l'erreur que peut offrir l'instrument elle est tout à fait négligeable.....

» En résumé, la grande sensibilité du spiromètre de M. Guillet, l'approximation qu'il présente dans l'évaluation des quantités d'air qui le traversent, son extrême petit volume, en font un instrument précieux pour la physiologie et pour la clinique. »

La commission vous demande le dépôt aux archives du travail de M. Guillet, qui accompagne l'envoi de son spiromètre. (*Adopté.*)

ÉLECTION. — M. *le Président* annonce que l'Académie va procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la *section de pathologie chirurgicale*.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture de la liste de présentation telle qu'elle a été arrêtée en comité secret. — En première ligne, M. *Nélaton*. — En deuxième ligne, M. *Denonvilliers*. — 3° M. *Hutin*. — 4° M. *Morel-Lavallée*. — 5° M. *Bonnafont*.

M. *Velpeau*, obligé de quitter la séance avant l'ouverture du scrutin, pour se rendre au concours de l'agrégation, avait déposé son vote sur le bureau; mais les règlements de l'Académie, considérant comme sans valeur un vote émis avant l'ouverture du scrutin, celui de M. Velpeau est annulé.

Nombre des votants 78. Majorité 40.

MM.	Nélaton , obtient	60 suffrages.
	Hutin.	11
	Denonvilliers . .	4
	Morel-Lavallée. .	1
	Bonnafont. . . .	1
	Billet blanc . . .	1

M. *Nélaton*, ayant réuni la grande majorité des voix, est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A la fin de la séance, M. *Barth* invite ses collègues à examiner une pièce anatomique consistant dans un kyste de l'ovaire assez volumineux, rempli de ces masses de mau-

---

ces paroles de Mézeray : « Les médecins n'osèrent pas le traiter avec toute la rigueur qu'exigeait sa maladie. » C'est, qu'en effet, tandis qu'en 1547 on guérissait déjà très bien la vérole, le traitement des maladies des voies urinaires était dans l'enfance et il eût fallu une grande hardiesse pour faire au roi ce qui eût été nécessaire.

Peu de princes ont mené une vie aussi licencieuse que François I[er]; c'était, comme on sait, un des plus beaux hommes de sa cour et il conserva longtemps la tournure juvénile. Il fréquentait encore beaucoup les femmes à l'âge où en général on commence à enrayer. Quoi d'étonnant alors à ce qu'il ait été affecté de maladie grave des voies urinaires, et comme on confond volontiers sous le nom de maladies vénériennes tout ce qui a rapport aux organes sexuels, quoi d'étonnant qu'on ait ainsi caractérisé et son mal et sa mort?

Le marquis d'Argens, que j'ai déjà cité, dit quelque part que pendant les grandes douleurs que le roi éprouvait quelquefois, il s'écriait : « Dieu me punit par où j'ai péché. » Assurément ces paroles ne lui seraient pas venues s'il avait souffert ailleurs qu'aux organes génitaux.

La débauche a donc pu être pour beaucoup dans la mort du roi; mais la débauche n'est pas la vérole et elle peut engendrer bien des maux qui n'ont rien de syphilitique, mais que le vulgaire a toujours une grande tendance à regarder comme tels.

Il est d'ailleurs à remarquer que plusieurs auteurs, et ce ne sont pas les moins véridiques, n'ont pas attribué la mort de François I[er] à autre chose qu'à l'abus des jouissances physiques. Ainsi du Bellay ne prononce pas un mot de maladie vénérienne ; ainsi Tavannes, le seul des écrivains du temps qui se permît de juger les rois, dit de lui : « Les dames plus que les ans lui causèrent la mort. » Ainsi Robertson dans son *Histoire du règne de Charles-Quint*, écrit : « La santé du roi de France (1547) commençait à s'affaiblir; une maladie qui était le fruit de l'intempérance et de l'excès des plaisirs, détruisait sourdement et par degrés sa constitution, etc. » Mézeray lui-même, avant d'avoir parlé de l'histoire de la belle Ferronnière, disait : « L'amour des femmes tint tou-

vaise nature, colloïdes ou encéphaloïdes, qui sont une contre-indication formelle à l'emploi des injections iodées.

— M. *Robert* met sous les yeux de l'Académie la pièce artificielle exécutée par MM. Fowler et Préterre, dentistes américains, destinée à remplacer l'os maxillaire inférieur dont l'ablation totale a été faite, le 15 avril 1856, à l'hôpital de la Pitié, par M. Maisonneuve, au nommé Isamat. Ce malade avait été présenté à l'Académie le 12 mai.

A quatre heures l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 5 DÉCEMBRE 1856.

Continuation de la discussion sur l'hystérie.
Élection d'un vice-président.
Élection d'un secrétaire particulier.
Élection d'un membre d'administration.

V.

VARIÉTÉS.

La rentrée des Facultés de l'Académie de Strasbourg a eu lieu cette année avec beaucoup de solennité. La séance était présidée par M. Bérard, inspecteur général de l'Université. M. Michel Lévy avait été délégué par M. le ministre de la guerre pour représenter le corps de santé militaire.

Voici le discours de M. Bérard, qui a été fréquemment interrompu par des applaudissements.

« Messieurs, investi, il y a deux ans, de la mission d'inspecter votre Faculté de médecine, j'en avais pris l'opinion la plus favorable. Des cours réguliers, un enseignement dirigé vers les applications pratiques, des programmes élaborés avec maturité, et, chose plus rare qu'on ne pense, des programmes religieusement suivis dans la chaire, les vérifications expérimentales placées à côté des données théoriques, l'érudition allemande châtiée par le goût français, des cliniques spéciales variées, servant de complément utile aux deux cliniques générales que les règlements ont instituées dans tous les centres d'instruction médicale, de riches collections anatomiques, et, ce qui vraisemblablement n'appartient qu'à l'Alsace, des professeurs qui, pendant toute la durée de l'année scolaire, ne se permettent d'autre délassement que de changer, à la fin du premier semestre, la matière de leur enseignement, voilà ce que j'avais chez vous vu, messieurs, et ce que je me réjouissais de mettre sous les yeux de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique.

» Cependant l'impression que j'emportais de Strasbourg n'était pas sans mélange de quelque tristesse. Je regrettais qu'un nombre trop restreint d'auditeurs vînt recueillir un enseignement si consciencieux, si fortement organisé, que tant de moyens d'instruction ne fussent pas mis à profit par une fraction plus considérable de la population de nos écoles. Sans doute, il fallait bien se garder d'attribuer cette sorte de délaissement à l'indifférence de notre jeunesse médicale pour les paroles tombées de la chaire de Strasbourg : la cause en était ailleurs ; mais elle était de nature à prolonger indéfiniment un état de choses si regrettable. Limitée, d'un côté, par le Rhin, que ne franchissent guère les étudiants allemands, puisque le grade qu'ils poursuivraient chez nous serait sans valeur dans leur propre pays ; avoisinée, d'un autre côté, par des écoles préparatoires de médecine que la législation nouvelle a investies du droit de conférer des diplômes du second ordre, et qui travaillent sans relâche au perfectionnement de leur institution, l'Alsace voyait se resserrer de plus en plus le cercle dans lequel rayonnait sa Faculté de médecine. Un événement récent va mettre un terme à cette situation défavorable et ajouter un intérêt nouveau à celui qu'excite toujours au sein de cette Académie la reprise des travaux universitaires et la proclamation des noms des lauréats des concours. Je dois à cette circonstance l'honneur insigne de présider cette solennité. Mais, en usurpant, en quelque sorte, ce fauteuil que M. le recteur eût occupé avec plus d'autorité, je n'ai pas prétendu usurper aussi les attributions du chef de l'Académie de Strasbourg. Il lui appartenait d'apprécier la situation des diverses branches de l'enseignement supérieur en Alsace : vos applaudissements ont montré avec quelle sûreté d'observation, quelle élévation de vue, quel bonheur d'expression cette tâche avait été remplie. Qu'il me soit donc permis de me renfermer dans le sujet spécial qui m'a amené dans votre cité.

» Vous le savez, messieurs, un décret du 12 juin 1856 confie à la Faculté de médecine de Strasbourg le soin de diriger pendant leurs dernières années d'études et de conduire au doctorat les candidats parmi lesquels doit se recruter, à l'avenir, le corps du service de santé des armées. Ne réduisons pas cette mesure aux proportions que lui laisserait le fait purement universitaire. Il est heureux, sans doute, et nous devons nous en féliciter, que de savants professeurs trouvent des auditeurs nombreux, des disciples fervents ; mais l'intérêt dominant, ici, est de préparer pour l'armée des médecins éclairés.

» L'institution des médecins et chirurgiens militaires, *ces précieux auxiliaires de l'armée combattante*, suivant l'expression de M. le maréchal Vaillant, est d'une origine assez récente. Lorsque Ambroise Paré vint rassurer les blessés des armées contre la croyance à l'existence d'un *venin* dans les plaies causées par la poudre à canon, lorsque l'arrivée de ce chirurgien célèbre dans une ville investie ramène la confiance et soutient le courage de ceux qui se sont renfermés dans ses murs, je ne vois là qu'une influence individuelle et le prestige de la science unie à un grand caractère. La chirurgie militaire ne faisait que de naître. Mais, sous les successeurs d'Henri IV, elle forme un corps à part dans l'armée et reçoit une organisation que des perfectionnements suc-

---

jours François I^er^ malheureusement empestré, lui ravit les plus belles occasions et mesme lui abrégea la vie. »

François I^er^ affecté d'une fistule au périnée n'aurait eu rien de plus extraordinaire que Louis XIV affecté d'une fistule à l'anus ; mais le roi chevalier malade et mourant de la vérole prête bien plus au scandale et à la malice, on en glose à la cour, le peuple s'en amuse, c'est pour un plaisant matière à ce tercet qui fit fureur à l'époque :

L'an quinze cent quarante-sept
François mourut à Rambouillet,
De la vérole qu'il avait.

Cela donne à Voltaire l'occasion de son antithèse du pilote génois qui donne un univers à l'Espagne, mais qui en rapporte la maladie qui tue un roi de France. Tout cela est assurément dans l'esprit français ; mais tout cela ne prouve pas une vérité incontestable. Peut-être même la raison serait-elle de mon côté si j'émettais l'opinion que toute l'histoire de la belle Ferronnière donnant la vérole à François I^er^ n'a été inventée que par la jalousie des femmes de la cour dépitées d'être supplantées par une simple bourgeoise.

Enfin si j'osais entrer plus avant dans le domaine de l'histoire, je trouverais sans doute en dehors de la pathologie bien des causes à la tristesse et à l'amertume des dernières années de François I^er^. Je montrerais sa position souvent si difficile entre le cruel Henri VIII et l'astucieux Charles-Quint ; je rappellerais la mort du dauphin, son fils, perte cruelle qui dut lui être doublement pénible par les soupçons auxquels elle donna lieu, et qui coïncide à peu près à l'époque de la première maladie dont j'ai tant parlé ; mais je dois m'arrêter et je termine par ce jugement historique que je trouve encore dans Mézeray :

« Les dernières années de François I^er^ furent un temps de calamités pour lui ; les souvenirs des malheurs où la mauvaise conduite de ses ministres l'avoit engagé le plongèrent dans un noir chagrin qui l'empeschoit de connaître ses véritables intérêts et il s'affligea mortellement d'une chose qu'il auroit dû regarder comme une bonne fortune, c'est-à-dire la mort de Henry VIII, roi d'Angleterre. »

D^r^ CULLERIER, Chirurgien de l'hôpital du Midi.

cessifs ont amené à l'état de splendeur dont nous l'avons vue briller pendant les guerres de l'empire. L'histoire a déjà enregistré les actions d'éclat de ceux que Napoléon se plaisait à appeler *ses braves chirurgiens*. Ils ne restent plus, comme leurs prédécesseurs, prudemment retranchés derrière la ligne de bataille. On les voit, sous le feu de l'ennemi, relever et panser nos blessés, *bravant la mort sans songer à la donner* (Bérard, *Éloge de Broussais*). Mais est-il besoin de remonter aux premières années de ce siècle pour chercher des exemples d'un tel dévouement ? La chirurgie militaire est-elle restée au-dessous des événements qui ont glorifié nos armes dans cette guerre sanglante que l'on a qualifiée de *lutte de géants*, dans ce siége opiniâtre, le plus mémorable des temps modernes? La tranchée n'a pas été le seul théâtre sur lequel nos jeunes chirurgiens aient partagé les dangers du soldat. Un autre ennemi les attendait à Varna et plus tard dans ces hôpitaux improvisés, nouveaux champs de bataille moins brillants, mais non moins périlleux, où la contagion, fille de l'encombrement, ne menace pas moins celui qui vient y apporter les secours de l'art de guérir que l'infortuné qui les réclame. Le chiffre des pertes éprouvées par les corps de santé de l'armée d'Orient dira comment on y avait compris le plus saint des devoirs. Près de cent médecins et chirurgiens militaires sont tombés sous les coups de l'épidémie !

» Entretenir l'effectif d'un corps qui, depuis un demi-siècle, a rendu tant de services au pays, veiller à l'instruction des membres dont il se recrute, c'était répondre à la sollicitude de l'Empereur pour les besoins de l'armée. Les tentatives qui avaient été faites depuis quelques années n'avaient pas complétement confirmé les espérances qu'on en avait conçues. Ce que je vais dire, je l'ai vu. J'ai dû rassembler, dans le temps, les matériaux d'une statistique demandée par l'administration de la guerre. C'était en 1852 : l'organisation du service de santé admettait encore dans les cadres de l'armée de jeunes médecins auxquels ne manquaient sans doute ni la bonne volonté ni le zèle, mais qui, porteurs de la commission de sous-aides avant d'avoir atteint le doctorat, avaient perdu pour longtemps, peut-être, les occasions de compléter leur éducation médicale. Cependant il fallait conquérir le grade universitaire ; c'était la condition de l'avancement. Vous devinez, messieurs, ce qui se passait alors. Les facultés de médecine pouvaient-elles toujours se montrer assez sévères à l'égard d'intéressants récipiendaires qui, mettant à profit un congé très limité, quittaient une garnison de province ou de l'Algérie pour se soumettre aux chances d'un examen d'où dépendait leur avenir ?

» On pensa qu'il fallait recourir à un autre mode de recrutement du corps de santé des armées. On ne chercha plus sur les bancs des facultés ou des écoles ceux qui devaient grossir les rangs des médecins militaires : on s'adressa directement à la classe des médecins diplômés. Un an de séjour à l'école d'application du Val-de-Grâce devait faire acquérir à ceux que le concours avait désignés les notions spéciales qu'ils n'avaient pu recevoir dans les facultés. A la réussite d'un projet si sagement élaboré une seule chose fit défaut, mais elle était capitale : le nombre des candidats resta au-dessous des places mises au concours !

» D'autres se seraient découragés peut-être ; mais au ministère de la guerre, pas plus que dans les armées françaises, on n'est dans l'habitude de reculer devant les obstacles. Un troisième mode vient d'être institué, empruntant à ceux qui l'avaient précédé les dispositions dont l'expérience avait démontré l'efficacité et les complétant par des dispositions nouvelles. Une phrase de l'exposé des motifs du décret du 12 juin dernier signale le point fondamental de la mesure que nous inaugurons :

« L'expérience de ces dernières années, dit M. le maréchal mi-
» nistre de la guerre, m'a raffermi dans cette conviction, que l'École
» impériale de médecine et de pharmacie militaires ne pourrait
» trouver d'éléments suffisants pour combler ses vides, qu'autant
» que ces éléments auraient été réunis et disciplinés dans un éta-
» blissement spécial. »

» Cet établissement spécial, messieurs, le gouvernement l'a trouvé dans la Faculté de médecine de Strasbourg, Faculté qui joindra désormais aux priviléges qu'elle partage avec ses sœurs de Paris et de Montpellier, de former des médecins dans l'ordre civil et de leur conférer des grades, celui de conduire jusqu'au doctorat inclusivement, c'est-à-dire jusqu'au terme de leurs études universitaires, les élèves du service de santé des armées. Ce qu'on doit attendre de la direction qu'elle saura imprimer aux études de ses nouveaux disciples, on peut l'apprendre dans le passé de la Faculté de Strasbourg aussi bien que dans ses programmes d'hier.

» L'empereur Maximilien II n'avait pas encore fondé l'Académie de Strasbourg, que déjà l'anatomie était démontrée dans le gymnase de cette ville. L'avenir d'une institution tient quelquefois à ses débuts. Si la science de l'organisation fut toujours en honneur dans votre école, cela tient peut-être à l'impulsion qu'avait su lui donner, dès le milieu du seizième siècle, le célèbre Jean Winter (que nous appelons Gonthier), lorsque, contraint d'abandonner la France, il était venu en Alsace chercher un refuge dans une ville qui, grâce à Dieu, devait devenir française. De bonne heure aussi, on associe chez vous la culture des lettres à celle de la médecine, et quand on fonde votre Académie, c'est à ce même Gonthier, à un anatomiste, autrefois le maître de Vésale et l'émule de Sylvius, qu'est réservée la chaire de littérature grecque ! Nous aimons à rappeler ce fait; nous croyons pourtant qu'il est plus prudent de chercher de nos jours, dans les facultés des lettres, les professeurs auxquels est réservée la tâche de faire sentir les beautés d'Homère et de Démosthènes.

» Je reviens à nos jeunes chirurgiens militaires. Comme ils auront consacré deux ans, au moins, à l'étude de la médecine avant d'appartenir à l'administration de la guerre, l'anatomie ne figure point dans le programme de leurs cours obligatoires; et cependant je mets ae premier rang des avantages qu'ils rencontreront ici le soin qu'on y apporte aux travaux du scalpel. L'esprit scientifique qui naît de ces études si positives, si fertiles en applications, se reflète ici sur les autres parties de l'enseignement; il domine dans les chaires de pathologie et de clinique, dont il n'a point exclu les vues élevées qu'enfantent la comparaison et la généralisation des faits : il a enfin imprimé à la Faculté de Strasbourg le cachet qui la rend si respectable.

» Ici, messieurs les élèves, vous vivrez au milieu des traditions des Lobstein, des Lauth, je ne crains point pour vous l'influence de pareils souvenirs. L'anatomie normale n'a point épuisé l'activité de ces hommes célèbres ; vous avez pu contempler ici le monument qu'ils ont élevé à l'anatomie pathologique et qui prend chaque jour des proportions plus considérables sous la direction de leur habile successeur.

» Dans une discussion récente et qui a eu du retentissement en France et à l'étranger, l'anatomie pathologique, qui entre dans vos programmes, a trouvé des adversaires. Quelques-unes de leurs appréciations de cette science ressemblaient fort à des dédains.

» Que faisait, pendant le débat, la Faculté de médecine de Strasbourg? Elle sollicitait près de M. le ministre de l'instruction publique la création d'une place de *directeur des autopsies!* C'était presque imiter le philosophe qui marcha en présence du sceptique qui niait le mouvement. Les motifs ne manquaient pas à l'appui de la demande de la Faculté.

» A l'opération sommaire et souvent grossière, connue sous le nom d'*autopsie*, on allait substituer une série de recherches délicates où le microscope et les réactifs chimiques concourraient avec l'instrument tranchant à l'étude des lésions pathologiques.

» Ce n'était pas en vain qu'on offrait à M. le ministre de l'instruction publique une occasion de fortifier l'enseignement de la Faculté de médecine de Strasbourg dans une de ses branches les plus importantes.

» Votre demande, messieurs, a rencontré près de lui l'accueil le plus favorable. Son Excellence avait bien voulu me réserver le plaisir de rendre public, dans cette séance même, l'arrêté portant création, près la Faculté de Strasbourg, d'une place de *directeur des autopsies*. Un malentendu a précipité cette notification. Je ne dois pas m'en plaindre, puisque la Faculté a connu, quelques jours plus tôt, une décision à laquelle elle attachait le plus grand prix.

» M. le doyen et MM. les professeurs de clinique ont exprimé le vœu que la place nouvelle fût occupée par un ancien prosecteur de la Faculté, M. le docteur Morel; voici l'arrêté qui établit ce mé-

decin en qualité de directeur des autopsies près la Faculté de médecine de Strasbourg.

» Ce n'est pas tout. M. le ministre de l'instruction publique ayant appris que parmi les professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg il s'en trouvait un qui, depuis trente et un ans, faisait de l'enseignement l'unique affaire de sa vie, ne descendant de la chaire que pour s'enfermer dans le laboratoire et y exercer les élèves à la pratique des opérations de la chimie et de la toxicologie, paraissant ignorer dans sa simplicité modeste que l'accomplissement d'un devoir peut donner des titres à une distinction honorifique, M. le ministre, dis-je, a proposé à Sa Majesté de nommer M. Cailliot dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, témoignage éclatant d'estime pour d'honorables services, faveur rehaussée par cette circonstance que la mesure est *individuelle* et non collective. Par une attention délicate et dont les motifs n'échapperont à personne, Son Excellence a voulu que la décision relative à M. Cailliot restât secrète jusqu'au jour de la réunion des facultés. L'expression de regret peinte sur la physionomie des amis de M. Cailliot, qui, au commencement de cette séance, croyaient encore à un ajournement, m'a fait voir qu'à Paris aucune indiscrétion n'avait été commise ; ici elle était impossible, ou j'eusse été le coupable. Voici l'ampliation du décret qui nomme M. Cailliot chevalier de la Légion d'honneur : je la remets entre les mains de l'honorable professeur.

» Cet incident, j'ose dire cet heureux incident, m'a éloigné de mon sujet ; j'y reviens. Si les thèses soutenues devant une faculté (je n'entends pas désigner ici ces pâles complications qu'enfante la nécessité de satisfaire à un dernier acte probatoire), si, dis-je, les thèses soutenues devant une faculté sont une sorte de spécimen de l'esprit qui l'anime et de la direction qu'elle imprime à l'enseignement, le gouvernement a de nouveaux motifs de s'applaudir de vous avoir donné pour maîtres les professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg. La communication que l'Académie des sciences entendait récemment avec tant d'intérêt, et qui lui était faite par un de ses membres, M. Dumas, avait pour objet deux thèses de la Faculté de médecine de Strasbourg. Chacune d'elles établissait ou confirmait une grande découverte. Ce n'est pas le lieu de les exposer ; mais je craindrais de mériter ici les reproches de mes collègues de Strasbourg, si je passais complétement sous silence des travaux qui font tant d'honneur à leurs disciples.

» La chimie organique, cette science toute moderne, a déjà pour tributaire une branche étendue de la physiologie. La dissertation inaugurale de M Béchamp nous montre une de ses nombreuses applications. Nous savions sous quel état la matière qui compose les animaux, incessamment détruite par l'agent qui pourtant les vivifie, était rendue à l'atmosphère et au sol. La théorie nous disait que, pour subir la transformation qui précède son élimination, cette matière devait éprouver l'action d'une petite partie de l'oxygène de la respiration introduit dans le sang ; mais ce n'était encore qu'une vue théorique, et les essais pour convertir l'albumine en urée, sous l'action lente d'un corps oxydant, étaient demeurés sans résultat. Plus heureux que ses devanciers, M. Béchamp vient d'obtenir cette métamorphose en traitant l'albumine par une dissolution de permanganate de potasse.

» C'est la même fonction, mais envisagée à un autre point de vue, qu'a traitée M. Picard. Lorsque, il y a trente-cinq ans, MM. Prévost et Dumas annoncèrent que l'urée se montrait dans le sang des animaux soumis à l'ablation des reins, ce fut le point de départ d'une grande révolution dans l'histoire des sécrétions. Il devenait évident que certains principes des humeurs glandulaires étaient simplement séparés du sang et non formés de toutes pièces dans l'organe sécréteur. Cette vérité, en ce qui concerne la séparation de l'urée, a reçu la plus brillante confirmation dans la thèse de M. Picard. Telle est la délicatesse de son réactif, qu'il a pu établir comparativement la proportion du principe qui nous occupe, dans le sang que la circulation amène à l'organe sécréteur et dans celui qui en sort : la différence s'est trouvée égale à la quantité que contient le liquide sécrété ! On croyait à peine à la possibilité d'atteindre à un tel degré de précision dans la mesure des phénomènes de la vie.

» En même temps qu'elle encourage chez elle les recherches de ce genre, la Faculté de Strasbourg enrichit son enseignement de tout ce qui peut être utilement emprunté aux universités allemandes. Les idées d'outre-Rhin lui sont familières, et la traduction n'est pas nécessaire ici à leur propagation. On ignorait encore à Paris et à Montpellier qu'un livre remarquable avait été publié en Allemagne sur l'*hémodynamique*, que déjà l'auteur d'une thèse, soutenue dans cette Faculté sous la présidence de M. Rameaux, y faisait connaître la théorie de Volkmann et de Weber.

» Vous le voyez, messieurs, tout ce que peuvent apporter, pour la prospérité d'une école, l'amour de la science et le sentiment du devoir, on pouvait l'attendre du personnel de la Faculté de médecine de Strasbourg. Mais elle restait, quant à son matériel, dans une situation qui ne répondait ni aux besoins de l'enseignement, n à la dignité du corps enseignant. Cet état de choses va cesser. M. le doyen vous a entretenus, sans doute, au-dehors de cette enceinte, de ce qui a été fait pour y mettre un terme, et de la nouvelle installation de l'administration de la Faculté ; mais il vous a laissé ignorer la part qui lui revient dans ces améliorations presque inespérées. Dût sa modestie en souffrir, je dirai que, dans la poursuite de ce résultat, il a fait preuve de cette intelligente initiative, de cette habileté dans les négociations, qui ont signalé tant d'actes de son décanat.

» Messieurs, quelques longueurs dans cette allocution me seraient pardonnées, sans doute, par la savante Faculté dont elle rappelle les travaux. On supporte volontiers les détails dans un éloge dont on est le sujet ; mais je dépasserais infailliblement les bornes que les convenances m'imposent, si, dans une séance déjà si remplie, je cédais à la tentation de signaler tout ce qui mérite d'être loué dans l'Académie de Strasbourg. La Faculté de médecine n'attirerait pas seule mon attention ; et de quelque côté que je tournasse mes regards, j'y verrais des preuves de ces études sérieuses, patientes, approfondies, qui donnent tant de prix aux œuvres aussi bien qu'aux leçons des professeurs que la séance de rentrée a réunis dans cette enceinte.

» Sans doute, il me serait interdit d'exprimer un jugement sur les publications d'éminents jurisconsultes ; mais la voix publique proclame, et je répéterais, d'après elle, qu'un remarquable ouvrage sur le *Code Napoléon*, ouvrage dont la deuxième édition a tous les caractères d'une composition nouvelle, est dû à la collaboration de deux des professeurs de la Faculté de droit de Strasbourg, et qu'il faut attribuer à un de leurs collègues, non moins méritant, la publication de l'*Introduction générale à l'étude du droit*.

» J'aurais été heureux aussi de m'arrêter sur les travaux originaux de plusieurs des membres de votre Faculté des sciences, soit qu'ils nous fassent assister, en quelque sorte, à l'origine et au développement de certaines déviations de l'organisation, et nous montrent que la nature obéit encore à des lois de formation, alors même qu'elle paraît s'en être complétement affranchie ; soit qu'ils aillent chercher dans l'arrangement et la composition des couches du globe les traces des révolutions qui en ont tourmenté la surface. Peut-être aurais-je été incidemment entraîné à rappeler tout ce que la physiologie emprunte aux sciences physiques, et combien l'âme s'élève dans la contemplation de la nature, contemplation déjà recommandée par Celse au médecin : *Ista naturæ rerum contemplatio, quamvis non faciat medicum, aptiorem tamen medicinæ reddit.*

» L'une des lectures auxquelles nous venons d'assister a fait voir quels dignes interprètes la littérature, l'histoire et la philosophie ont reçus dans l'Académie de Strasbourg.

» Enfin, messieurs, cet élève, dont j'ai fait honneur à la Faculté de médecine de Strasbourg, comme auteur d'une thèse que l'Académie des sciences a remarquée, l'École supérieure de pharmacie le revendique à son tour, non plus comme un élève, mais comme un de ses professeurs. Cette circonstance seule suffirait pour donner une idée du niveau élevé où ont été portées les études dans cette excellente École.

» Je n'ai pu prononcer les noms de la Faculté des sciences de Strasbourg et de l'École supérieure de pharmacie sans éveiller le souvenir de la perte qui les a frappées. Le deuil se mêle à nos

fêtes, messieurs. Rarement une distribution de prix réunit, comme aujourd'hui, dans la même enceinte les maîtres et les élèves, sans qu'une pensée de mort ne vienne troubler la joie du triomphe et couvrir d'un voile funèbre les couronnes qui vont être décernées.

» Le professeur Gerhardt, objet de nos regrets, était jeune encore lorsqu'il fut ravi à ses deux chaires, et cependant l'originalité de ses travaux avait déjà porté son nom dans toutes les universités d'Europe. C'est qu'il avait abordé les plus hautes questions de la chimie organique, en même temps qu'il l'enrichissait par des découvertes de détail. L'exposé des principes de la classification sériale exigerait un autre lieu et surtout un autre panégyriste.

» En payant, tout à l'heure, un tribut mérité à la mémoire de l'homme laborieux et convaincu à qui trois années ont suffi pour instituer et faire accepter un nouveau plan d'études en France, M. le recteur a avivé chez moi le sentiment d'une douleur bien vive : j'avais appris à aimer en M. Fortoul l'homme privé, autant qu'à admirer le ministre.

» Mes dernières daroles seront pour vous, messieurs les élèves du service de santé militaire. Deux départements, celui de l'instruction et celui de la guerre, se sont associés dans le but commun de faciliter vos études, de les fortifier et de vous faire acquérir dans l'armée la position que vous ambitionnez. Des délégués des deux départements ont scrupuleusement examiné, avant de les arrêter, les programmes des cours auxquels vous serez admis. Tandis que M. le ministre de l'instruction vous introduit dans les cliniques de la Faculté, dans ses riches collections, et augmente encore, pour vous être utile, le matériel de l'École, M. le ministre de la guerre se fait rendre compte de vos travaux, veille à ce qu'on satisfasse, en votre nom, à certaines formalités que le père de famille n'est pas toujours en mesure de remplir, et dont l'omission a arrêté dans sa carrière plus d'un étudiant de l'ordre civil. C'est au vif intérêt qu'inspire à Son Excellence l'inauguration de vos études, que nous devons de voir siéger dans cette enceinte l'éminent inspecteur général qui dirige, à Paris, l'école d'application de la médecine militaire, et qui ne peut être indifférent à une mesure qui concerne sa ville natale.

» Tant de moyens d'instruction mis à votre disposition, tant de facilités apportées à vos études, nous en promettent sans doute le succès, mais ils ne le garantissent pas. Sans votre concours actif, rien n'est possible, messieurs les élèves. Ce n'est point à votre courage, ce n'est point à ce dévouement que nulle fatigue ne peut affaiblir, que je viens faire appel en ce moment : ces vertus sont traditionnelles dans le corps auquel vous allez appartenir, et bon nombre d'entre vous les ont déjà pratiquées dans les champs de l'Algérie ou de la Crimée. Ce que je vous demande aujourd'hui, c'est le travail : le travail, loi de ce monde, à laquelle nul ne doit songer à se soustraire, et le médecin moins que tout autre. Par le travail, vous deviendrez des membres utiles de la société, non point à un jour déterminé, mais dans tous les moments de votre existence, soit qu'elle s'écoule dans les camps, soit que vous rentriez plus tard dans la vie civile. C'est ainsi que vous reconnaîtrez les soins dont le gouvernement vous entoure et les témoignages de sympathie que vous recevez en ce moment de ce que Strasbourg compte de plus élevé dans la magistrature, l'Église, l'administration et l'armée. »

Le discours de M. Bérard terminé, M. le secrétaire de l'Académie proclame les noms de MM. les étudiants lauréats.

Faculté de médecine. — *Première année :* M. Jean-Frédéric-Édouard Lauth (de Strasbourg). — *Deuxième année :* M. Constant Schaumont (de Strasbourg). — *Troisième année :* M. Alexandre Liétard, de Domremy (Vosges). — *Quatrième année :* M. Armand Crussard, de Neufchâteau (Vosges). — *Prix de thèse :* Médaille d'honneur : M. Joseph-Théodore Picard (de Wissembourg). — *Mentions honorables* aux élèves admis après concours comme internes à l'hôpital civil : MM. Grenet, Libermann, Berdot, Ehrmann, Rapp et Sengel.

École supérieure de pharmacie. — *Deuxième prix :* Philippe-Martin Vosselmann (de Wissembourg). — *Mention honorable :* M. Frédéric Schœndœrffer (de Hatten).

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen a eu lieu le 15 novembre 1856, dans le grand amphithéâtre de l'École de droit. La séance était présidée par M. Ach. François, recteur de l'Académie. Des discours ont été prononcés par M. le recteur, les doyens des Facultés et le directeur de l'École préparatoire de médecine, M le Cœur. Nous avons ce dernier discours sous les yeux, et nous regrettons vivement de ne pouvoir lui donner place dans nos colonnes. *La vie du médecin*, tel est le vaste thème qu'avait choisi l'orateur et qu'il a rempli avec une abondance, un sentiment et une chaleur dignes du sujet.

— C'est le même jour qu'a eu lieu la séance de rentrée des Facultés et de l'École préparatoire de Bordeaux, sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie. Après les discours de M. le recteur et de M. le directeur de l'École de médecine, les prix ont été distribués comme il suit :

Ire Année. — 1er *Prix ex æquo :* MM. Chassagne (Émile) et Duchêne (Gustave-Henri). — 2e *Prix :* M. Marx (Isaac-Edmond). — *Accessit :* M. Campagnac (Jules-Léon).

IIe Année. — 1er *Prix ex æquo :* MM. Caussade et Riquard. — 2e *Prix :* M. Soulèz (Jean-Charles). — *Accessit :* M. Fenélon (Jean-François).

Auguste et Horace a l'hydrothérapie. — L'affranchi Musa, médecin d'Auguste, le guérit «par l'usage des bains froids et des boissons froides »: c'était un traitement hydrothérapique. Les bains froids de Musa, qui avaient sauvé Auguste, et dont Horace nous apprend que lui-même avait fait usage, tuèrent le jeune Marcellus, aidés peut-être, il est vrai, par les soins de Livie. La reconnaissance d'Auguste ne fut pas découragée par la mort de son neveu, et il éleva à Musa une statue de bronze auprès de celle d'Esculape. La statue du Vatican, dans laquelle on pense reconnaître le médecin d'Auguste, ne serait, dans tous les cas, qu'une copie antique de celle-là, car elle est en marbre. » (Ampère, *L'Histoire romaine à Rome.*)

Incapacité des médecins de recevoir par testament. — Une affaire qui touche à l'interprétation de l'article 909 du Code civil est en ce moment pendante devant les tribunaux. Une dame Salgues est morte de pneumonie aiguë, ne laissant pas d'héritier direct et donnant, *par un testament fait durant sa dernière maladie*, toute sa fortune à un médecin neveu de son mari. La donation fut attaquée par un parent et annulée par un arrêt de la cour de Toulouse. Le pourvoi du médecin a été admis le 5 novembre dernier par la *chambre des requêtes*. La cause reste donc entière, et nous attendons avec un vif intérêt la solution qu'elle recevra devant la chambre civile. Nous devons pourtant dire que, sans mépriser les intérêts matériels du médecin, le succès de notre confrère ne nous paraît pas aussi certain qu'à plusieurs de nos collègues de la presse, si réellement il a donné ses soins à la malade pendant la maladie dont elle est morte.

Élément féminin dans les sociétés de secours mutuels. — Dans les premiers temps de l'organisation des sociétés de secours mutuels, on excluait les femmes, parce qu'on supposait qu'elles seraient plus souvent malades que les hommes et feraient ainsi peser sur l'association des charges plus lourdes. Des sociétés exclusivement féminines s'étant formées dans plusieurs départements, on a pu constater que les maladies y étaient moins fréquentes que dans les sociétés masculines ; qu'elles y duraient, il est vrai, un peu plus longtemps, mais que, en somme, *le nombre des jours de maladie* y était moins considérable. Aujourd'hui, l'admission des femmes dans toutes les sociétés de secours mutuels est passée en principe.

Le nombre des membres *participants*, dans toutes les sociétés de France réunies, était, en janvier 1853, de 234,000 ; à la fin de 1855, il était de 345,000.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 10 octobre dernier, a fondé une association de secours mutuels et de prévoyance entre les médecins et pharmaciens du département de la Somme.

Le but de cette association est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies, infirmités, progrès de l'âge ou revers de fortune immérités.

Les veuves et les enfants des sociétaires peuvent être admis à participer aux secours de l'association. L'association a de plus à signaler, par tous les moyens en son pouvoir, et à poursuivre au besoin, les délits et abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les membres de la Société médicale d'Amiens formant la commission administrative provisoire de cette association sont :

Président : M. Andrieu, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. — *Trésorier* : M. Fevez, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens. — *Secrétaire* : M. Lenoel, professeur du cours communal de zoologie d'Amiens. — *Membres* : MM. Bor, pharmacien, membre du jury médical ; Brandicourt, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Amiens ; Dupont, pharmacien, président du conseil de salubrité d'Amiens ; Fauvel, membre du comité départemental d'hygiène et de salubrité ; Herbet, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Au Congrès de Vienne, la confraternité allemande s'est manifestée par un trait remarquable et qui mérite d'être cité pour l'exemple. A Stretzingen vit, dans une gêne voisine du dénûment, un botaniste éminent, M. *Carl-Friedrich Schimper*. Les botanistes présents au Congrès ont eu la pensée de venir à son aide et ont émis le vœu suivant :

« La section de botanique regarde comme un devoir d'appeler l'attention publique sur la position du botaniste Carl-Friedrich Schimper (de Manchester), se trouvant actuellement à Stretzingen. Les mérites reconnus de ce savant de génie, les services qu'il a rendus à la science, en botanique et en morphologie végétale, son aptitude à instruire les jeunes gens, à leur donner une idée large de la nature, à les guider sur les voies nouvelles des recherches scientifiques, toutes ces qualités forment le plus criant contraste avec l'oubli dans lequel il a été laissé, et font regretter qu'aucune chaire ne lui ait été confiée, et cela malgré les efforts de *Schleiden*, qui, dans la *Gazette d'Augsbourg* (15 septembre 1856), s'est efforcé de remédier au mal avant qu'il soit trop tard. La section de botanique s'unit au vœu d'Alexandre de Humboldt, et recommande Schimper aux ministres de l'Empereur, aux présidents du Congrès, aux membres de la réunion A. Braun et Fenzl. »

Oken serait fier, s'il voyait ainsi s'accomplir, à côté de son vœu scientifique, ce vœu moral qui forme le préambule de la première réunion de Leipsick (1822).

— Une pension annuelle de 100 livres sterling (2,500 francs) vient d'être accordée par la reine d'Angleterre à M. le docteur Alison (d'Édimbourg), en récompense des services qu'il a rendus à la science.

— Un bill de l'assemblée législative de New-York vient d'accorder à la Faculté de médecine de cette ville, pour les études anatomiques, le tiers des sujets fournis par les prisons de l'État.

— Le président de la Société médicale de secours mutuels des États sardes, M. A. Tarella, vient de faire don de 2,500 francs à la Société.

— Le conseil supérieur de santé de Turin a émis un avis défavorable à la prétention des pharmaciens de certaines communes, qui réclament un supplément d'honoraires pour avoir tenu leurs officines ouvertes la nuit pendant la durée du choléra.

— Par décision du conseil de surveillance de l'assistance publique, plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris vont être admis à la retraite à partir du 1er janvier prochain. Ce sont MM. Paul Dubois, Cruveilhier, Bouneau et Hervez de Chégoin.

M. Paul Dubois sera remplacé à l'hôpital de la Maternité comme chirurgien de cet établissement, mais il restera à la Clinique en sa qualité de professeur de clinique d'accouchements.

— M. le docteur Constantin James vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la décoration de l'ordre des S.S. Maurice et Lazare.

BENZOATE DE SOUDE CONTRE LA GOUTTE ET LA GRAVELLE. — Il nous est tombé sous les mains, il y a quelques jours, une brochure de M. le docteur Mandilerry, intitulée SUR UN TRAITEMENT SPÉCIAL DE LA GOUTTE, DE LA GRAVELLE ET DE LA CATARACTE. En lisant cette brochure, qui date de 1854, nous n'avons pas été peu surpris d'y voir que le *traitement spécial* consiste dans l'emploi du benzoate de soude, qui est le principal agent de la médication récemment préconisée par MM. Bonjean et Guillermond (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, n° 39, p. 695), et, de plus, que l'honneur d'avoir appliqué l'usage interne du benzoate de soude au traitement de la goutte et de la gravelle revient tout entier à notre collaborateur M. le docteur Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine. Il ne s'agit pas d'une vague indication, mais d'une prescription raisonnée, formulée et expérimentée. Nous nous faisons un devoir de restituer à M. Briau ce qui lui appartient.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — 1856. Septembre. De la fièvre typhoïde, par *Dargan*. — Réponse à M. Ames sur la fièvre congestive, par *Wilsen*. — Cas d'accouchement laborieux, par *Waring*. — Cas d'amaurose rhumatismale, par *Cain*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 926. Plaie de l'abdomen, attrition des intestins ; guérison, par *J. Edmundsen*. — Sur la glycérine, par *H. M'Cormac*. — Fistule uréthrale datant de cinquante ans ; autopsie, par *W. Buckmaster*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 325. Névrose du nerf vague, par *C.-J. Shearman*. — Sur la dysentérie de Crimée, par *Jeffrey*. — 326. Renseignements à l'usage des étudiants. — 327. Trachéotomie pratiquée avec succès dans le croup, par *G.-M. Jones*. — Maladies de l'armée de Crimée, par *C.-A. Gorden*. — 328. Analyse de 136 cas de phthisie, par *A. Leared*. — Sur l'écrasement (Chassaignac), par *Spencer Wells*.

THE LANCET. — N° 12 et 13. Remplis par des renseignements à l'usage des étudiants. — 14. Traitement de l'ulcère de l'estomac, par *W. Brinten*. — Ganglions et nerfs de l'utérus, par *R. Lee*. — Sur l'uréthroplastie, par *H. Thompson*. — Sur l'ablation des dépôts goutteux, par *W. Thern*. — Sur les formes de plaies qui indiquent l'amputation des membres, par *C. Skey*. — Opération de Wützer pratiquée trois fois avec succès pour la cure radicale de la hernie inguinale, par *C. Vaudin*. — Météorologie.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1856. Septembre. Hémorrhagie suite de l'extraction d'une dent, par *Merten Dewler*. — Sur la solution de sulfate de morphine dans la liqueur de camphre, par *C. Heward*. — Réfrigération dans les fièvres ardentes, par *Bennet Dewler*. — Statistique des nègres aux États-Unis, par *le même*. — Notes d'anatomie pathologique, par *le même*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Août. Fièvres intermittentes simples et pernicieuses à Castellana en 1854 ; par *Giampietro*. — Méthode de Murillo pour guérir le phlegmon malin.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 89. Conférences sur la percussion, par *Alvarenga*. 90. Sur quelques établissements de bienfaisance de Londres, Paris, Belgique et Rome. par *J.-C. Ferraz de Miranda*. — Botanique analytique, par *J.-F. Baptista*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 18. Utilité des hôpitaux, par *Capdevila*. — Anasarque et ascite guéris par le nitrate de potasse à haute dose, par *J. Angulo*. — Revue clinique. — 19. Utilité des hôpitaux (suite). — Carie d'une articulation métatarso-phalangienne du pied ; amputation dans la continuité, phlébite de la saphène interne, abcès, catarrhe pulmonaire, choléra, guérison, par *Benavides*. — Revue clinique.

Livres nouveaux.

DE LA GLYCOSURIE, de son siége, de sa nature, de ses causes et de son traitement, par le docteur *Guitard*. Mémoire couronné par la Société de médecine de Toulouse. 1 volume in-18 de XXIV-194 pages et une planche. Prix. 2 fr. 50

DU DANGER DES MARIAGES CONSANGUINS AU POINT DE VUE SANITAIRE, par le docteur Francis Devay, in-8° de XXV-71 pag. Paris, Labé ; Lyon, Savy. 3 fr. 50

ÉTUDES BIOGRAPHIQUES pour servir à l'histoire des sciences, par *P.-A. Cap*. 1re série, Chimistes-naturalistes. 1 vol. in-18, de VI-408 pages. Prix. 3 fr.

FR. MAGENDIE. Leçon d'ouverture du cours de médecine du collége de France (29 fév. 1856), par le professeur *Claude Bernard*, in-8° de 36 pages. Paris, J.-B. Baillière.

MES ÉTUDES SUR LE CHOLÉRA ou découverte de tout ce qu'il importe à la science et à l'humanité de connaître sur cette maladie, par le docteur *Azémar*. Premier mémoire, gr. in-8° de XV—203 p. Paris, G. Baillière. 3 fr.

QUELQUES MOTS SUR LE RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DU CANAL DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME, par le professeur *A. Dassier*, in-8° de 15 p. Toulouse, impr. par Bonnal.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE. Discussion sur le typhus observé dans les armées pendant la guerre d'Orient, in-8° de 200 p. Constantinople, 1856, impr. de H. Cayol.

DISEASES OF THE STOMACH AND DUODENUM (Maladies de l'estomac et du duodénum), par *C.-E. Reeves*, in-8°, chez Simpkin. 10 fr.

OPERATIVE SURGERY (Médecine opératoire), par *F.-C. Skey*, in-8°, chez Churchill. 17 fr.

PRACTISCHES HANDBUCH DER GERICHTLICHEN MEDICIN (Traité pratique de médecine légale). — Thanatologischer Theil, auch unter dem Titel : *Handbuch der gerichtlich-medicinischen Leichen*-Diagnostik. gr. in-8° avec un Atlas in-4°. Berlin, chez Hirschwald. 26 fr. 75

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier prochain.

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 12 DÉCEMBRE 1856. — N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Lille.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,
A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 12 août 1852 qui a créé une École préparatoire de médecine et de pharmacie à Lille ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu la délibération du Conseil municipal de la ville de Lille, en date du 9 août 1856,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra :
1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.
Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :
A la chaire de clinique externe ;
A la chaire d'anatomie et physiologie ;
A la chaire de pharmacie et toxicologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :
Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

FEUILLETON.

Nouveaux documents sur la maladie et la mort de François Ier.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Puisque vous avez pensé que les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE recevraient avec quelque intérêt une courte addition à l'étude de M. le docteur Cullerier sur la dernière maladie de François Ier, je vous adresse les deux notes suivantes, d'autant plus volontiers qu'elles confirment, en les complétant, les opinions de notre savant collaborateur.

1° Le président de Thou (le père de celui qui eut pour précepteur l'anatomiste Tarin et qui eut la tête tranchée à Lyon en 1642) dit, au IIIe livre de son *Histoire de France* :

« Cependant parce que le bruit estoit grand des heureux succès de l'Empereur, et que le Roy craignoit que cette tempeste ne vinst fondre sur la France, il commença à fortifier la frontière de Champagne, parce que c'estoit de ce costé la qu'il y avoit le plus à craindre : et afin de voir l'estat des choses il y envoya Martin du Bellay seigneur de Langeay, à qui il avoit donné cette commission l'année précédente. Or il estoit venu un ulcère à François vers le fondement dès que l'Empereur passa par la France pour aller en Brabant ; et comme ce mal gagnoit toujours peu à peu il avoit pénétré jusqu'à la vessie. Enfin, cet ulcère luy ayant causé une fièvre, il alla pour se des-ennuyer en une maison (la Muette) qu'il avoit fait bastir depuis peu au bout de la forest de Saint-Germain : de là il passa à Dampierre auprès de Chevreuse, et puis à Limours, où ayant demeuré quelque temps il alla à Rochefort, qui sont des lieux fort propres pour la chasse. Mais comme il pensoit s'en retourner à Saint-Germain, il fut contraint de s'arrester à Ramboüillet par où il passoit, d'autant que la fièvre qui n'avoit esté auparavant qu'intermittente se tourna en continue, dont il mourut bientost après le dernier de mars 1547. » (De la traduction de du Rüyer.)

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 3 décembre 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

Par décret impérial, en date du 29 novembre 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. MICHEL, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine opératoire à ladite Faculté.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu les articles 6, 7 et 11 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés ;
Vu l'arrêté du 7 mars 1856 ;
Vu l'arrêté du 7 novembre 1856,

Arrête :

Sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris :

M. BÉRARD, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, *Président*.

M. TROUSSEAU, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. ANDRAL, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur de pathologie générale et thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

M. VELPEAU, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. DENONVILLIERS, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. le baron P. DUBOIS, professeur de clinique, d'accouchements, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

M. GUENEAU DE MUSSY, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris.

M. BÉGIN, président du conseil de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine.

M. MICHEL LÉVY, médecin inspecteur, directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, membre de l'Académie impériale de médecine.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

M. ROSTAN, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. MOREAU, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris.

M. le baron LARREY, membre de l'Académie impériale de médecine, sous-directeur et professeur de clinique chirurgicale à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

Fait à Paris, le 28 novembre 1856.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

Par arrêté en date du 9 décembre 1856, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé juges du concours qui s'ouvrira à Strasbourg, le 2 janvier prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de cette ville,

MM. COZE, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, *Président*.
FORGET, professeur de clinique interne à la même Faculté.
SÉDILLOT, professeur de pathologie et de clinique externe à la même Faculté.
RIGAUD, professeur de pathologie et de clinique externe à la même Faculté.
SCHUTZENBERGER, profess. de clinique interne à la même Faculté.
STŒBER, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la même Faculté.
HERGOTT, agrégé à la même Faculté.

Ont été nommés juges supplémentaires :

MM. RAMEAUX, professeur d'hygiène et de physique médicale à la même Faculté
TOURDES, professeur de médecine légale à la même Faculté.
MICHEL, professeur de médecine opératoire à la même Faculté.
HIRTZ, agrégé à la même Faculté.

Par un autre arrêté en date du même jour, ont été nommés juges du concours qui s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de cette ville :

MM. DONNÉ, ancien inspecteur-général de l'enseignement supérieur dans l'ordre de la médecine, recteur de l'Académie de Montpellier, *Président*.
BOYER, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier.
BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté.
DUPRÉ, professeur de clinique interne à la même Faculté.
ALQUIÉ, professeur de clinique externe à la même Faculté.

2° Jean-Cosme Haltzachius (de Bâle), médecin contemporain de François Ier, a laissé l'observation suivante après l'examen anatomique du corps du roi.

« Manu facta est dissectio corporis. Secto abdomine, omentum ruptum ad pubem et ad ventriculum sese exhibuit, sicut intestina, suo veluti velamine ablato, nuda spectarentur. Sed qua parte duodeno et pyloro incumbebat, nigredinis speciem et corruptelam referebat ; duodenum putre, purulentum ; ventriculi inferiore tunica, ruborem cum nigrore mixtum repræsentans, humorem atrum, majorem etiam quam pro ratione assumptorum copia, continebat : gula ulcerata saniem subrufam eructans ; pulmo dextra parte costis ad spinam sic pertinaciter hærebat, ut inde sine dilaceratione divelli non potuerit ; qua parte sectione facta, vitiosa sanies effluxit ; cor et jecur, ren sinister plane illæsa, lien non admodum insigniter affectus : ren dexter ultima parte scatens, à quo exortum vas seminarium exemptum colluvie partes adjacentes effœderat, sic ut in illis omnibus insignes corruptelæ apparerent ; in collo vesicæ, ulcus latum pure multo refertum ; sub pube dextra omnia purulenta, et ipsa substantia gangrænosa ; scrotum, parastatæ et partes omnes testes ambientes simile vitium contraxerant ; animæ rationalis sedes integerrima. Tam variorum affectuum, tam diversos focos obsidentium certe cum sint causæ, nullum tamen ad generationis primordia referendum esse, aut in posteros transire posse affirmare non dubitamus. »

Recevez, etc. Dr PATTÉ.

— Notre collaborateur nous écrit qu'il possède sur le sujet d'autres notes relatives aux portraits de François Ier. Connaissant son savoir et son érudition, nous regrettons qu'il n'en ait pas fait immédiatement usage, pour la satisfaction de nos lecteurs.

Quant à nous, en l'absence de recherches que le temps ne nous permet pas, voici ce que nous pouvons dire en toute sécurité. Tout le monde a vu au musée du Louvre le beau François Ier du Titien.

ANGLADA, professeur de pathologie interne à la même Faculté.
BOURRELY, agrégé près de la même Faculté.

Ont été nommés juges supplémentaires :

MM. GOLFIN, professeur de thérapeutique et matière médicale à la même Faculté.
DUMAS, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la même Faculté.
JAUMES, professeur de pathologie générale à la même Faculté.
COURTY, professeur d'opérations et d'appareils à la même Faculté.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 9 mars 1852 ;

Vu le décret impérial en date du 3 décembre 1856, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille ;

Vu les propositions de M. le recteur de l'Académie de Douai.

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. FARDE.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. MORISSON.
Clinique externe. — M. PARISE.
Pathologie interne. — M. PILAT.
Clinique interne. — M. CAZENEUVE.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. BINAUT.
Matière médicale et thérapeutique. — M. BRIGANDAT.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. GARREAU.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints et attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. HAUZÉ DE L'AULNOY.
Anatomie et physiologie. — M. ARRACHARD.
Pharmacie et toxicologie. — M. BRAUWERS.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. BERTHERAND.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. JOIRE.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. CHRÉTIEN.

Art. 4. M. CHRÉTIEN, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. CAZENEUVE, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Douai est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 3 décembre 1856. ROULAND.

Par arrêté, en date du 29 novembre 1856, M. JACQUEMIN, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé du cours de chimie à ladite École (chaire vacante).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies pendant le mois de novembre 1856.

269. BERTIN, Armand-Auguste-Théodore, né à l'île Maurice (Angleterre). [*De la lèpre tuberculeuse, ou éléphantiasis des Grecs.*]
270. FEILLÉ, Jules-Charles, né à Laval (Mayenne). [*Quelques considérations sur la menstruation. De la suppression des règles.*]
271. MAÎTRE, Antoine-Arsène-Adrien, né à Briare-le-Canal (Loiret). [*Étude sur l'iodoforme.*]
272. MÉNARD, Charles-Alfred, né à Vitry-le-François (Marne). [*De la pourriture d'hôpital.*]
273. FRISON, François-Amédée, né à Digne (Basses-Alpes). [*Quelques mots sur l'opération de la cataracte.*]
274. ANCELET, Édouard, né à Reims (Marne). [*Essai analytique sur l'anatomie pathologique du pancréas.*]
275. LEGRAND DU SAULLE, Henri, né à Dijon (Côte-d'Or). [*De la monomanie incendiaire.*]
276. DEMONEY, Antoine-Émile, né à Gevrey (Côte-d'Or). [*Des calculs de la glande sous-maxillaire.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, le 11 décembre 1856.

DES MARIAGES ENTRE CONSANGUINS.

Nous nous sommes occupé récemment du *mariage des hystériques* (*Gaz. hebd.*, n° 41, p. 714). Nos lecteurs auront pris connaissance du sérieux et consciencieux travail où M. Briquet a rassemblé les résultats de sa grande pratique et de lectures nombreuses sur l'hérédité et sur l'étiologie de l'hystérie, qui sont les éléments capitaux de la question du mariage. Bientôt ils auront sous les yeux la discussion dont ce travail a été l'objet à la *Société de médecine du département de la Seine*, et nous espérons que, malgré l'autorité si respectable de M. Briquet, ils ne trouveront pas que nous ayons exagéré l'influence de l'utérus dans la production de la maladie qui tire de l'utérus même sa dénomination.

On a prétendu que le visage n'était montré de profil que pour masquer une exostose syphilitique située au côté gauche de la mâchoire inférieure. Cette histoire est aussi véridique que celle du maxillaire dérobé à Saint-Denis et vendu à un Anglais qui se donnerait le plaisir d'y contempler une magnifique exostose. Il y a de nombreux portraits de François Ier, les uns de face (dont un, si nous ne nous trompons, du Primatice), les autres de trois quarts, d'autres encore de profil, mais la face vue du côté gauche ; il y en a dont la date approximative est postérieure à l'infection présumée. Il y a de plus des bustes où le visage du roi est visible par tous les côtés. Or, sur aucune de ces figures, on n'aperçoit trace de la prétendue difformité.

Un de ces bustes est au musée du Louvre (salle de la Renaissance, n° 108) ; c'est une demi-figure en bronze, ouvrage de Jean Cousin ou, tout au moins, fondue d'après un modèle de sa main. Les traits y sont nettement accentués, finement étudiés. Ce doit être un portrait ressemblant. Et sur ce buste, rien, ni sur un côté de la mâchoire, ni sur l'autre, ni ailleurs, ne présente un caractère quelconque qui, de près ou de loin, puisse être rapporté à la syphilis, bien que la barbe soit trop courte pour pouvoir masquer aucune irrégularité notable. L'affection syphilitique qu'on suppose avoir été transmise par la Ferronière est de 1538 ; le roi, étant né en 1494, avait alors quarante-quatre ans ; ce n'est certainement pas un âge plus avancé que celui qui est indiqué par le portrait de Jean Cousin ; il faut noter d'ailleurs que cet artiste, né lui-même en 1500, n'a pas joui probablement de toute la faveur de François Ier avant d'être parvenu à la quarantaine. Il y a donc lieu de conjecturer que si une exostose a défiguré réellement la face royale, elle devait être développée à la date du portrait ; on peut alléguer, il est vrai, que sur cette figure et sur d'autres, elle a été dissimulée par les artistes, mais on ne peut pas en affirmer l'existence.

Au reste, ceci nous conduit à une dernière remarque. La question n'est pas précisément de savoir si François Ier a eu la vérole (M. Cullerier ne le conteste pas) ; mais bien s'il a été assez peu chanceux pour en mourir. Or, M. Cullerier établit très bien que les

Aujourd'hui, nous voulons appeler l'attention, à l'occasion d'une récente brochure de M. le docteur Francis Devay (1) sur une question du même genre, mais plus importante encore parce qu'elle est plus générale, celle des *mariages entre consanguins;* question très difficile, très compliquée, aisément trompeuse, que nous nous garderions bien de trancher avec nos propres observations, mais sur laquelle les données scientifiques sont généralement d'accord avec la croyance séculaire des peuples. Poser le problème, en marquer les termes, indiquer la solution généralement admise, c'est tout ce que nous prétendons faire ici.

La consanguinité dans le mariage était interdite, quelquefois flétrie, par la plupart des législations de l'antiquité, parmi lesquelles il faut signaler surtout celles qui portaient en elles les éléments les plus forts et les plus durables de civilisation : la loi hindoue, la loi mosaïque, la loi romaine, la loi chrétienne, la loi musulmane. Et si quelques nations considérables, telles que les Égyptiens, les Perses, les Arabes, etc., ont admis les alliances consanguines même entre proches parents, on voit, par contre, des peuplades sauvages, les Battas (dans l'île de Sumatra), les Gehlotes (dans le Raypoutan), encore régies par des codes très anciens, « assimiler à l'inceste les rapports conjugaux entre familles de la même tribu ou de tribus congénères. » (*Traité de l'hérédité*, par Prosper Lucas). Chez les Grecs, il est vrai, le mariage était permis entre parents du deuxième degré ; la loi de Solon assignait même de droit au plus proche parent toute fille qui était unique héritière des biens de ses ascendants ; elle permettait au frère d'épouser sa sœur ; mais ces dispositions se reliaient à un système très rigoureux, très absolu, de constitution civile, où d'excessives garanties étaient données à la perpétuité de la famille et du bien patrimonial. Aussi le frère, qui pouvait épouser sa sœur consanguine, ne pouvait s'unir à sa sœur utérine (2), ce qui eût été un moyen d'accumuler l'héritage de deux familles sur une seule tête. Du reste, ces inconvénients de la loi grecque, au point de vue de la propagation de l'espèce, n'étaient pas méconnus, même en Grèce, et Socrate les signalait expressément.

Un fait encore bien digne de remarque, c'est que le principe des alliances consanguines a reculé incessamment devant les progrès de la civilisation, et a fini par ne plus trouver de refuge que dans l'abjection de l'état sauvage, d'où il sera évincé quelque jour. Assurément, dans cette proscription universelle, il entre autre chose qu'une préoccupation d'hygiène publique ; il y entre de puissantes raisons morales, de hautes considérations d'intérêt civil ; mais la loi religieuse elle-même n'a jamais perdu de vue, dans la mesure et sous le jour qui conviennent à son caractère, le danger physiologique et social des unions consanguines, et l'on sait bien, d'ailleurs, que les législations religieuses primitives étaient en partie des codes d'hygiène. Le Lévitique, qui n'allègue que des motifs de pureté et de décence quand il proscrit les *coutumes d'Égypte*, quand il défend à tout homme de *s'approcher de celle qui lui est unie par la proximité du sang*, ne motive pas autrement le précepte de ne point approcher d'une femme *qui souffre ce qui arrive tous les mois*, bien que le but hygiénique soit ici manifeste. Toutes les prescriptions de la loi de Moïse, ayant le caractère d'un commandement divin, n'ont pas besoin de commentaires. Mais l'Église ne s'interdit pas de signaler, comme contraires à l'hygiène, comme menacées d'infécondité ou d'une débile progéniture, les unions où le sang de la famille n'est pas revivifié par une source étrangère. M. Devay rapporte sur ce point un très remarquable passage d'une lettre pastorale. « L'expérience ne prouve-t-elle pas, dit Mgr de Viviers, que les unions interdites par la loi ecclésiastique ne sont pas moins réprouvées par la nature elle-même ? On les voit bien souvent frappées d'une désolante stérilité, et, si elles se multiplient, si elles se répètent plusieurs fois dans la même famille, elles ont pour effet ordinaire, après plusieurs générations, l'affaiblissement de la constitution physique des enfants, et quelquefois une altération, plus déplorable encore, de l'intelligence et des facultés morales. C'est la loi naturelle, qui est ici en parfait accord avec la loi religieuse. Et cette loi, remarquez-le bien, n'est point particulière à l'espèce humaine ; elle atteint tous les êtres vivants, à tous les degrés et dans tous les cercles de la création, ceux même qui ne vivent que d'une vie grossière et végétative. » C'est dans ces termes, en effet, que la question est posée par les médecins eux-mêmes.

Avant d'en rassembler les éléments, disons en peu de mots dans quelle situation la placent la loi civile et la loi religieuse par les règles établies pour les empêchements au mariage. Ces notions ne sont pas familières aux médecins, qui les trouveront peut-être ici avec intérêt.

(1) *Du danger des mariages consanguins au point de vue sanitaire*, par le docteur Devay, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Lyon. — Broch. de 70 p. Lyon, chez Savy.

(2) Chateaubriand a écrit précisément le contraire ; mais c'est une méprise de l'illustre écrivain.

---

symptômes de la dernière maladie ne sont pas ceux de la syphilis constitutionnelle, mais bien ceux d'une affection des voies urinaires, et c'est ce qui se trouve pleinement confirmé par l'autopsie dont M. Patté a retrouvé la description.

A. Dechambre.

— La *Société allemande* a proposé comme sujet de prix pour 1857 la question suivante : « Quelle est, dans différentes circonstances, l'influence du mouvement corporel poussé jusqu'à la fatigue, sur l'organisme humain et surtout sur l'assimilation ? »

Adresser les mémoires, avec épigraphe et accompagnés du nom et de l'adresse de l'auteur, sous pli cacheté, au Conseiller med. Béneke, à Oldenburg, avant le 15 juillet 1857.

— La *Société allemande de psychiatrie et de médecine légale* propose la question qui suit comme sujet de prix pour 1857 : « Quelles sont les causes qui, dans ces derniers temps, ont amené de si fréquents suicides ? Quels sont les moyens d'y remédier ? »

Adresser le mémoire en français, en latin ou en allemand, dans les conditions ordinaires, à M. Erlenmeyer, à Bendorf, près Coblentz, avant le 1er janvier 1858. Le prix est de 100 th. (375 francs). Le mémoire couronné reste en la possession de la Société, qui en donne un certain nombre d'exemplaires à l'auteur.

— M. le professeur Claude Bernard commencera son cours de médecine au Collége de Fance le mercredi 17 décembre. Il traitera, cette année, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 16 décembre.

— Les concours pour quatre places de professeurs agrégés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires (2 places en médecine et 2 en chirurgie) s'est ouvert le 1er décembre.

Le jury de médecine est ainsi constitué : MM. Michel Lévy, président ; Faure, médecin principal, Laveran et Champouillon, professeurs, Riboulet, secrétaire du conseil de santé des armées, juges ; M. Tholozan, professeur agrégé, juge suppléant.

Le jury de chirurgie est composé de MM. Bégin, président ; Hutin, médecin en chef des Invalides, Larrey, professeur au Val-de-Grâce, Thomas, médecin principal du Gros-Caillou, Mounier, professeur au Val-de-Grace, juges ; M. Legouest, professeur agrégé, juge suppléant.

Il y a trois sortes de parenté : la parenté légale, la parenté spirituelle, et la parenté charnelle (*cognatio carnalis*). Il est clair que la parenté légale, qui résulte de l'adoption et qui entraîne l'interdiction absolue du mariage entre la personne qui adopte et celle qui est adoptée, est ici hors de cause, puisqu'il n'y a pas *consanguinité* entre ces personnes. Il en est de même de certaines parentés spirituelles établies par le baptême et la confirmation. Relativement à la parenté charnelle, il n'y a aucune distinction à faire entre la légitime et l'illégitime ; car l'empêchement, dès que l'illégitimité est notoire, devant le Code comme devant l'Église, est le même dans les deux cas. Ce genre de parenté empêche le mariage religieux indéfiniment dans la ligne directe. Dans la ligne collatérale, il l'empêche aussi à l'infini, excepté pour les cousins et cousines, qui peuvent s'allier au-dessus du quatrième degré. Au civil, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants directs, et entre collatéraux du premier et du second degré (1).

Les théologiens ne se sont pas toujours montrés très rigoureux sur les empêchements religieux au mariage, si l'on en juge par ce passage de Liguori (*Compendium* de Neyraguet, p. 573) : « Attamen *satis probabile* est omnes gradus sive lineæ rectæ, sive lineæ transversæ, excepto primo in linea recta, non esse prohibitos nisi jure ecclesiastico, adeo ut in his possit Papa dispensare. » Aujourd'hui, la loi catholique est sévère à l'égard du mariage entre le frère et la sœur, l'oncle et la nièce, le grand-oncle et la petite-nièce, avec des restrictions que M. Devay rappelle de la manière suivante : « Entre le frère et la sœur, le Pape ne peut jamais dispenser, pour quelque cause que ce soit ; entre l'oncle et la nièce, le neveu et la tante, il le peut pour de grandes raisons, en faveur des rois et des princes ; entre le grand-oncle et la petite-nièce, le petit-neveu et la grand'tante, et à l'infini, il faut aussi de puissantes considérations, mais sans distinctions de personnes... ; même il est remarquable que cette alliance est généralement permise en Portugal, parce que le grand nombre des juifs empêche qu'on ne trouve aisément de partis convenables. » Pour le mariage entre cousins et cousines, à tous les degrés, la dispense est facile à obtenir.

Quant aux prohibitions de la loi civile, elles peuvent être levées, *pour des causes graves*, en ce qui concerne le mariage entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Nous ne disons rien des parentés *par alliance*, de celles, par exemple, du beau-père et de la bru, du gendre et de la belle-mère, parce que la question de la consanguinité n'y est pas engagée, et nous entrons immédiatement dans l'examen de la question.

(*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

ÉLECTION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les traditions de Napoléon ne sont pas perdues à l'Académie de médecine, et l'on a pu y voir mardi ce que peut un corps de réserve donnant à propos. Pendant que le gros des forces s'éparpillait du bastion Gobley au fort Mialhe, du fort Mialhe à la tour Poggiale, la compagnie *militaire* s'est portée en masse sur ce dernier ouvrage, qui avait été tout d'abord le plus compromis, et l'a enlevé brillamment, après trois assauts.

On s'attendait, nous l'avons dit, à une chaude journée, et l'attente n'a pas été trompée. Il est évident, par les résultats mêmes du scrutin, que l'Académie attache un grand prix à la conquête de MM. Gobley et Mialhe, et, en même temps, que l'un d'eux, s'il a des tenants opiniâtres, a des opposants fort tenaces ; car d'une part, au premier et au second tour, la balance a été presque égale, et, d'autre part, au ballottage entre MM. Mialhe et Poggiale, le premier ne paraît avoir gagné aucune des voix de M. Gobley.

Nous n'avons qu'un goût médiocre pour le trait d'esprit du votant qui avait écrit les trois noms sur le même bulletin. C'est sans doute une sorte de protestation contre l'*ex-æquo* de la liste de présentation ; mais c'est ainsi qu'on s'expose à livrer une élection aux hasards d'un incident.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Étude sur les effets opposés des agents médicinaux suivant leurs doses et leurs divers modes d'administration, par Augustin Fabre.

Telle substance est-elle stimulante ou sédative ? Faut-il placer tel agent parmi les toniques ou parmi les hyposthénisants ? Celui-ci est-il stomachique ou trouble-t-il les fonctions digestives ? Sous l'influence de celui-là, le pouls est-il plus faible ou bat-il avec plus de force ? Les effets de ce remède sont-ils semblables ou sont-ils opposés à la maladie qu'ils guérissent ?

Toutes ces questions ont été souvent agitées ; elles ont soulevé de violents débats ; elles ont reçu des solutions contradictoires, et chaque jour le scepticisme répète en souriant ce vieil adage : « Hippocrate dit oui, Galien dit non. »

Cependant, de part et d'autre on rappelle ce qu'ont vu de graves observateurs, de part et d'autre on s'appuie sur des exemples nombreux et authentiques ; les faits confirment des opinions opposées, et aucune autorité n'est plus puissante que celle des faits.

Il est un principe général qui explique et justifie ces contradictions. Convaincu de sa vérité et de son importance, je crois devoir le faire connaître.

Un même agent détermine soit isolément, soit successivement, dans l'économie animale, des effets opposés, suivant certaines conditions, dont les principales sont :

Du côté de l'agent : Doses ou quantités ; répétition des doses ; durée de l'administration.

Du côté de l'économie : Prédispositions individuelles (santé, maladie, idiosyncrasies). Je ne fais que noter cette dernière série de conditions, dont l'existence est depuis longtemps reconnue, et dont je ne prétends pas apprécier ici la valeur.

La première partie de cette proposition repose sur des faits évidents, et chaque jour constatés ; elle s'appuie sur les témoignages les plus authentiques consignés dans nos livres classiques ; il ne lui manquait que d'être formulée comme une loi générale. Si la seconde a pour bases des faits moins

(1) Il faut savoir, pour l'intelligence des textes, que, dans une parenté transversale ou collatérale, le droit romain compte les degrés sur les deux branches généalogiques, tandis que le droit canon les compte sur une seule branche. Conséquemment, un parent au second degré, par exemple, suivant la computation canonique, l'est au quatrième degré suivant la computation romaine. Nous suivons ici cette dernière computation pour le civil comme pour le religieux.

nombreux et quelquefois moins concluants, c'est que les observateurs n'ont pas toujours noté les doses, leur répétition, la durée de l'administration et les prédispositions individuelles. Toutes deux sont importantes : si l'une explique le désordre et les contradictions qui règnent en thérapeutique, l'autre sert à régler l'usage des médicaments et de la notion de certaines propriétés faisant non-seulement conclure à l'existence, mais encore diriger l'emploi de propriétés opposées d'une même substance, peut conduire la science à de précieuses découvertes.

Je cite les exemples sur lesquels s'appuie cette double proposition. S'il est une substance qui exerce une action puissante sur l'économie et qui occupe dans la thérapeutique une place considérable et dignement méritée; s'il est une substance dont il importe de suivre l'influence et d'analyser les effets, c'est à coup sûr le quinquina. Stomachique efficace, il fait sentir son action bienfaisante non-seulement à l'homme malade, mais encore à l'homme sain.

« Lorsque, disent MM. Trousseau et Pidoux (*Thérap.*, 5e éd., t. II, p. 342), le tube digestif est dans l'état normal, le sulfate de quinine y détermine une excitation modérée, qui se rend le plus souvent, par une simple augmentation d'activité, dans les fonctions de cet organe. » M. Barbier, d'Amiens (*Mat. méd.*, 4e éd., t. III, p. 342), rapporte les mêmes faits; mais il a bien soin d'ajouter : « Toujours il ne faut pas oublier que l'on n'administre dans ces occasions que de petites doses de l'écorce du Pérou. »

Le même quinquina, lorsqu'il est administré à des doses un peu élevées, ou que son emploi est longtemps continué, est aussi un puissant perturbateur des fonctions stomacales. D'abord ce n'est qu'un sentiment de chaleur incommode et de pesanteur dans la région de l'estomac; puis surviennent des vomissements. A la longue, il donne lieu à des douleurs d'estomac qui prennent chez certaines personnes une intensité remarquable (Trousseau et Pidoux, *loc. cit.*, p. 335 et 342).

D'après les mêmes auteurs (*Id.*, p. 341), « le quinquina produit sur l'appareil circulatoire une *double action à effets opposés*, tout à fait analogue à celle que nous venons de constater, sur le système encéphalo-rachidien, et subordonnée également à la dose à laquelle il est administré.

» Ainsi, le sel de quinine, donné à petites doses et à intervalles assez éloignés (15 à 30 centigrammes en plusieurs fois), a pour effet immédiat d'imprimer plus d'énergie aux battements du cœur et d'augmenter la force et la fréquence du pouls; mais, donné à plus haute dose et toujours d'une manière progressive (c'est-à-dire depuis 1 gramme jusqu'à 2, 3 et même 4 grammes dans les vingt-quatre heures), le sel de quinine produit une sursédation sur l'appareil cardiaco-vasculaire, qui se manifeste à la fois par un ralentissement et un affaiblissement des plus notables dans les battements du cœur et du pouls. »

La plupart des médecins considèrent le quinquina comme le plus utile des toniques; MM. Trousseau et Pidoux le placent à la tête des *toniques névrosthéniques*, et ce n'est pas sans motifs. Mais les mêmes auteurs, après avoir rappelé les résultats obtenus par Giacomini, Baudelocque, Guersant, Pereira, Rilliet et Barthez, Dupré, Favier, et surtout dans ces derniers temps par M. Briquet, s'expriment en ces termes (*Thérap.*, t. II, p. 343) : « Quoi qu'il en soit des expériences et des observations les plus probantes, il ressort un fait, aujourd'hui définitivement acquis à la science, c'est que le quinquina à haute dose possède une action sédative et *hyposthénisante* sur l'ensemble du système nerveux, et que cette action s'exerce d'une manière pour ainsi dire élective sur la sensibilité générale, et plus spécialement encore sur l'appareil circulatoire. »

Le camphre est aussi un puissant modificateur de la circulation. M. Barbier a bien noté des effets opposés produits par cet agent : « Une heure environ après l'ingestion de cette substance, les forces circulatoires paraissent accrues, le pouls devient plus fort, plus fréquent, plus développé, plus vibrant, la température vitale s'élève, la figure est rouge. » (*Mat. méd.*, t. III, p. 559). Mais M. Barbier écrit, quelques pages plus bas (*loc. cit.*, p. 562), que le camphre détermine aussi « le ralentissement du pouls, la diminution de la température vitale, la pâleur de la surface cutanée. »

Est-il stimulant, est-il sédatif? Stahl, Ettmuller, Alberti, Bergonzi, Quarin, Murray, adoptent sans hésiter la première de ces deux solutions opposées; Hoffmann, Tralles, Collin, Werloff, Cullen, se prononcent résolument pour la seconde, et chacun peut citer en faveur de son opinion des faits nombreux, incontestables. La raison en est toute simple : c'est que le camphre peut être, suivant les cas, soit stimulant, soit sédatif, soit tour à tour l'un et l'autre. Tel est le résultat auquel l'observation attentive et impartiale a conduit MM. Trousseau et Pidoux.

« Selon qu'il aura convenu à l'un que le camphre fût excitant ou calmant, une seule de ces propriétés se sera montrée à ses yeux, et il aura passé l'autre sous silence; ou bien même, suivant une foule de circonstances, il aura pu de très bonne foi affirmer que cet agent était exclusivement doué de l'une des deux. Pour nous, qui avons lu et pesé de bonne foi, qui avons soumis les conclusions étrangères au contrôle de nos propres sensations, ce n'est pas par éclectisme que nous attribuons sa part de vérité à chacune des opinions des auteurs, quelque antagonistes qu'elles puissent être, mais c'est que nous y avons été contraints par les faits. »

Si le camphre est un remède depuis longtemps célèbre, l'acide prussique est un poison redoutable. Dans les trois cas d'intoxication par cette substance qu'ont observés MM. Trousseau et Pidoux, le pouls était insensible aux artères radiales et temporales, et c'était avec peine qu'on le sentait au pli de la cuisse. D'un autre côté, Coullon, faisant des expériences sur soi-même avec le même acide, vit son pouls s'élever, en dix minutes, de 57 à 77 pulsations. M. Barbier a observé, après l'ingestion de cette substance, tantôt des contractions fortes et violentes du cœur, une excitation de tout le système artériel, tantôt le ralentissement et la petitesse du pouls.

La digitale agit puissamment aussi sur la circulation. Dans les expériences de M. Homolle, la digitale a produit un ralentissement progressif du pouls, descendu à 50 pulsations au bout de trois jours. Ce ralentissement a été suivi d'irrégularité et d'intermittence; puis, après la cessation du médicament, il s'est prolongé deux jours entiers en diminuant progressivement jusqu'au type normal. Un grand nombre de praticiens croient que l'unique action de cette substance sur le cœur est d'en ralentir les battements. Mais, chez un sujet des expériences d'Orfila, le pouls était monté à 120 et 125 pulsations par minute, fortes, égales et nullement intermittentes (*Toxicologie*, 5e éd., t. II, p. 553). A la même page, le même auteur rapporte une autre expérience où « les battements du cœur, loin d'être plus lents qu'avant l'ingestion de la digitale, étaient un peu plus fréquents et nullement intermittents. »

Orfila rappelle aussi (*loc. cit.*, p. 565) cette conclusion de

M. Sanders, auteur d'une monographie estimée sur la digitale : « En santé, chaque petite dose de digitale augmente la force et la fréquence du pouls, et produit même une fièvre inflammatoire si on l'augmente ou si l'on en continue l'usage. En maladie les effets primitifs sont également les mêmes : elle rend le pouls insensiblement fébrile, l'élève de 70 à 80 pulsations en peu de temps, même de 120 à 130 ou de 130 à 150. » M. Sanders proclame aussi que « par un emploi continué de ce médicament, les pulsations deviennent moins fréquentes, plus faibles et plus irrégulières, et descendent en peu de jours jusqu'à 50, 40, 30 pulsations, et même plus bas. »

D'après Jœry, Hutchinson, Orfila, MM. Bouley et Reynal, la digitale accélère d'abord la circulation et la ralentit ensuite.

« En résumé, dit M. Barbier, le mode d'action de la digitale pourprée sur l'appareil circulatoire est l'objet d'une grande contestation. L'observation semble justifier des opinions contradictoires : elle montre que cette substance tantôt accélère et tantôt ralentit les battements du cœur. » (*Loc. cit.*, p. 533.)

Cette même digitale provoque d'ordinaire une évacuation abondante d'urine limpide; mais chez le sujet de l'observation V d'Orfila, les urines sont constamment rares et rouges avec dépôt briqueté, en même temps que le pouls est fréquent et irrégulier. Il résulte des expériences faites sur les animaux et analysées par le même auteur, qu'après l'administration de cette substance, il y a d'abord suspension de la sécrétion urinaire; au bout de trente-six à quarante-huit heures se manifeste une diurèse abondante.

L'action de la digitale offre beaucoup d'analogie avec celle des narcotico-âcres, dont la belladone est peut-être le type. On dit partout que cette plante stupéfie. Presque tous les auteurs vantent ses propriétés hypnotiques; elle détermine, d'après M. Trousseau, la faiblesse du pouls, l'hébétude, l'abattement, et conduit quelquefois à une terminaison fatale, par les progrès de l'état comateux. » Or, M. Trousseau a aussi constaté, comme effets de cette substance, l'insomnie et une exaltation nerveuse extraordinaire, l'agitation, le délire gai ou furieux, la fréquence et la force du pouls. M. Barbier a encore mieux constaté ces effets excitants (*loc. cit.*, p. 440). « La belladone, dit-il, ne cause pas du calme, du sommeil; son emploi est suivi plutôt d'insomnie, d'agitation.» M. Barbier remarque, au sujet de l'action de la belladone sur les sphincters, que « c'est l'application topique qui a la faculté de relâcher, de détendre les ouvertures naturelles. L'observation démontre que l'usage interne de cette plante produit un effet *contraire*; il cause des constrictions du pharynx, de l'œsophage, du canal urétbral, même de l'ouverture oculaire » (*loc. cit.*, p. 447).

Cette double action à effets opposés est confirmée par les observations toxicologiques d'Orfila. Dans la première, le pouls est très faible; dans la seconde, il y a fièvre ardente avec battements du cœur très forts. Dans la troisième, recueillie par M. Gaultier de Claubry, sur 150 militaires, sont notés : un sentiment de faiblesse, la lipothymie, la syncope, la difficulté ou l'impossibilité de se tenir debout, un sourire niais et l'aphonie. Au contraire, la cinquième nous présente deux enfants « dans un état de grande agitation, parlant à tort et à travers, courant, sautant, riant sardoniquement, le visage pourpre et le pouls précipité. »

Cette cinquième observation, ainsi que la septième, montre des effets uniquement ou surtout excitants déterminés par la belladone, tandis que la première et la troisième signalent des effets uniquement ou surtout stupéfiants, et que, dans la neuvième et la dixième, nous voyons l'agitation et la prostration successivement déterminées par le même agent. J'en conclus que la belladone peut déterminer soit isolément, soit successivement, des effets opposés.

Il en est de même du datura, ce frère aîné, et de la jusquiame, cette sœur cadette de la belladone. Beaucoup d'auteurs s'accordent à les considérer comme hypnotiques et sédatifs; mais M. Barbier, qui, comme MM. Trousseau et Pidoux, a vu ces agents déterminer des effets tout opposés, proteste à plusieurs reprises (*loc. cit.*, p. 405, 458) contre ce jugement. « L'action que ces plantes exercent sur les tissus vivants décèle plutôt un caractère excitant. La jusquiame, la belladone, la stramoine ne font point dormir; au contraire, quand on emploie ces plantes le soir, le sommeil de la nuit est troublé, agité, fatigant. » MM. Trousseau et Pidoux ont parfaitement observé la dilatation de la pupille après l'emploi de la jusquiame; mais M. Barbier a bien cru remarquer qu'après l'ingestion de cette plante « la pupille, loin de se dilater, éprouvait ordinairement une contraction bien marquée » (*loc. cit.*, p. 405). En présence de ces solutions contradictoires, il faut nécessairement admettre, ou bien que les observateurs les plus éminents n'ont pas su voir les faits les plus faciles à constater, ou bien que le même agent peut déterminer des effets opposés.

Au sujet du tabac, ce sont toujours les mêmes discussions dues à la même cause. C'est un narcotique, un stupéfiant : la plupart des auteurs le répètent, et Murray le proclame hautement (*Appar. medic.*, t. I, p. 606, éd. 1793). « A pulvere nimis copiose assumpto coma somnolentum, tandem apoplexia lethalis nata. » Des expériences faites sur les animaux, sur les oiseaux et même sur les grenouilles (*loc. cit.*, t. I, p. 688), lui ont donné les mêmes résultats : « Ranæ, translatæ in vas vitreum fumo tabaci repletum paulo post inebriari, anhelare, obstupescere, sopore opprimi cœperunt. » Par égard pour l'opinion généralement admise, MM. Trousseau et Pidoux placent le tabac parmi les stupéfiants; mais ils protestent en assurant que cette plante et les autres solanées vireuses produisent plutôt l'excitation et l'insomnie. Singulier stupéfiant, qui, d'après M. Barbier (*loc. cit.*, p. 467), active les facultés intellectuelles.

Si on l'emploie dans le tétanos pour produire le relâchement musculaire, on l'utilise aussi dans la constipation et dans la hernie étranglée, pour déterminer les contractions péristaltiques. M. Barbier a observé que le tabac augmente la fréquence du pouls et élève la température du corps. Dans une expérience faite par Brodie, le cœur se contractait avec plus de force et de régularité qu'à l'état normal, tandis que d'autres expériences rapportées par Orfila, où l'action du tabac avait été plus longtemps continuée, ont rendu le pouls petit et faible dans les derniers moments de la vie, le cœur inerte et distendu tout de suite après la mort, et que, suivant M. Laycock, l'abus du tabac fumé déprime l'action du cœur.

Il est une substance dont l'usage est presque aussi commun que celui du tabac : c'est le thé, cet excitant modéré des fonctions digestives et nerveuses. « Quant à ses inconvénients, ils sont surtout relatifs à l'énervation générale qu'il cause à la longue, et aux dyspepsies dont il afflige ceux qui en abusent » (Trousseau, *Thér.*, l. 2, p. 620).

Le café accélère la digestion; mais l'abus du café produit, entre autres maux, des dyspepsies constantes et profondes,

suivant l'expression de MM. Trousseau et Pidoux. Stimulant du système nerveux, il devient à la longue stupéfiant, et sur ce point s'accordent des auteurs de tous les pays et de toutes les doctrines, Murray, Hahnemann, M. Trousseau. Son action sur l'appareil génital a au contraire donné lieu à des opinions antagonistes.

Il en est de même de la menthe. Hippocrate lui a reconnu une action anaphrodisiaque, Dioscoride et Galien l'ont signalée comme aphrodisiaque. Voilà donc Galien en contradiction avec Hippocrate. Cependant une telle action est d'ordinaire assez sensible pour que deux observateurs comme Hippocrate et Galien, qui examinaient sans idée préconçue et qui rapportaient ce qu'ils avaient vu, ne se soient point trompés. Quelle est donc la raison de cette contradiction? Elle est donnée par Hippocrate lui-même. Pour que cette action anaphrodisiaque ait lieu, dit le père de la médecine, il faut que la menthe ait été souvent administrée : « Si quis eam sæpe » comedat, etc., » ce qui rentre dans ce principe général qu'un même agent détermine dans l'économie des effets opposés, suivant la répétition plus ou moins fréquente de son emploi.

Un autre excitant du système nerveux est l'absinthe, plus puissante encore que la camomille. Mais l'absinthe n'est pas uniquement stimulante. « Ce n'est peut-être pas à tort, disent MM. Trousseau et Pidoux (*Thér.*, t. II, p. 494), que des propriétés vireuses et un peu narcotiques ont été attribuées à la plante qui nous occupe. Il est certain au moins que la liqueur connue sous le nom de *crème d'absinthe* enivre très facilement et produit des vertiges et un état nauséeux qui n'appartiennent pas à l'alcool, mais à l'absinthe ; cet état retrace une légère intoxication par quelque substance narcotico-âcre. »

C'est ici le lieu de rappeler les effets du vin et des alcooliques. Le vin est un stimulant diffusible : j'en appelle à M. Barbier. Tout le monde sait qu'en trop grande quantité il produit la torpeur. Il donne à l'intelligence un surcroît d'activité :

Fecundi calices quem non fecêre disertum ?

Mais à quelle dégradation intellectuelle et morale ne conduit pas l'ivrognerie! M. Barbier rappelle que le vin bu modérément rend l'œil plus vif et plus puissant et augmente l'énergie de la vue et des autres sens. Mais qui ne sait que l'œil de l'ivrogne est languissant, son regard trouble et incertain? — Le vin, dit le même auteur, développe l'énergie musculaire ; il rend les mouvements plus faciles et plus sûrs. Qu'on n'oublie pas la chorée alcoolique et la paralysie générale, à laquelle quelquefois elle aboutit.

Quelques stimulants diffusibles figurent aussi parmi les antispasmodiques. Je ne m'étendrai pas sur cette dernière catégorie d'agents, pour ne pas m'engager dans des discussions qui sortiraient un peu de mon sujet.

Il s'agirait d'établir que le spasme intermittent, bien différent de la contraction tonique et régulière, est une faiblesse déguisée en force, un signe trompeur d'une adynamie incomplète.

Il s'agirait de bien établir que les antispasmodiques peuvent exercer une double action, suivant les quantités administrées (quantités subordonnées à la puissance de l'agent).

La première, à doses modérées, est une action excitante. C'est ainsi que, d'après M. Trousseau, la valériane et la plupart des antispasmodiques ont été considérés comme des excitants, depuis Dioscoride jusqu'à nos jours, par tous les auteurs, excepté par M. Barbier (d'Amiens).

La seconde, à fortes doses ou par un emploi prolongé, est une action adynamique qui est :

Ou incomplète, c'est-à-dire spasmodique. M. Trousseau, par exemple, dit et répète que les antispasmodiques déterminent le spasme chez certaines personnes, mais que cet effet n'est pas constant ;

Ou complète : c'est alors la torpeur, l'immobilité, l'insensibilité générale, que l'on peut constater, par exemple, après l'emploi de l'éther, du camphre, et aussi après celui de la noix muscade, au témoignage de Schmid et de Cullen.

Il faudrait établir, enfin, que les antispasmodiques peuvent guérir de deux manières : à dose modérée, par une stimulation qui triomphe du spasme atonique; à très forte dose, par une torpeur qui le remplace.

Cette loi n'est pas particulière aux spasmes et aux antispasmodiques ; elle s'applique très bien aussi à d'autres affections et à d'autres remèdes, par exemple aux fièvres intermittentes et au fébrifuge par excellence, le quinquina.

Aux stimulants qui stupéfient, j'opposerai les stupéfiants qui stimulent, et entre autres la ciguë et l'opium qui en sont les types.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE, MÉCANIQUE ANIMALE. — *Du principe qui préside au mécanisme de la natation chez les poissons et du vol chez les oiseaux*, par M. *Giraud-Teulon*. — La double étude que l'auteur a faite de ces mouvements montre que le même principe préside au saut, au nager du poisson, au vol de l'oiseau, à savoir l'instantanéité de rigidité du système moteur, permettant aux résistances du fluide ambiant de se manifester soudain. De là, choc apparent ou relatif du fluide sur les surfaces motrices devenues rigides, et transmettant ainsi au corps entier, solidaire avec elles, l'effet final et résultant de ces réactions partielles. (*Comm.*: MM. Poncelet, Valenciennes, Cagniard-Latour.)

PHYSIOLOGIE. — *Constatation d'une poche amnio-choriale normale dans l'œuf humain pendant toute la durée de la grossesse. Anatomie de cette poche, physiologie et pathologie*, par M. *Mattei*. — Après avoir fait l'histoire complète de la poche *amnio-choriale*, et décrit dans quelles conditions elle se forme et quelle est son utilité, M. Mattei formule, comme résumé, les propositions suivantes :

1° On avait constaté jusqu'ici un espace situé entre le chorion et l'amnios dans les premiers mois de la grossesse, et destiné à contenir la vésicule ombilicale, un tissu aréolaire et du liquide visqueux; mais on croyait que cet espace s'oblitérait au plus tard vers le quatrième ou le cinquième mois. — 2° Aucun auteur, jusqu'à présent, n'a parlé de la poche amnio-choriale décrite ici et démontrée comme fait normal existant environ deux fois sur trois dans la dernière moitié de la grossesse. — 3° Cette poche, presque toujours vide, offre, par le glissement de ces surfaces, un amortissement à tous les mouvements de la mère et de l'enfant, et est par conséquent une condition de conservation pour le fœtus. Son absence expose aux déchirures de l'œuf, à ses décollements, à l'hémorrhagie, et par conséquent à l'avortement. — 4° Cette poche peut être constatée pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la délivrance. — 5° Elle explique de la manière la plus simple l'hydrorrhée pendant la grossesse, la double poche des eaux au moment de l'accouchement, la diversité de nature

entre les liquides des deux poches, et enfin la difficulté ou la facilité de déchirer les membranes avec l'ongle ; toutes choses qui n'avaient pas eu jusqu'ici d'explication ou qui en avaient eu d'erronées. (*Comm.*: MM. Serres, Velpeau, Coste.)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — *Note sur un nouveau spiromètre d'une sensibilité et d'une simplicité extrêmes*, par M. *B. Schnepf* — Cet instrument rentre dans le genre des gazomètres imaginés par les physiologistes anglais et allemands ; mais il s'en éloigne considérablement par ses deux principales qualités, sa simplicité et la précision avec laquelle il permet d'apprécier la quantité d'air inspiré, aussi bien que le volume d'air expiré, ce qu'aucun spiromètre, depuis le gazomètre d'*Hutchinson* jusqu'à ceux de *Vogel* et *Wintrich*, ne saurait déterminer avec un degré d'approximation suffisante. Après avoir décrit la structure et le mécanisme de son instrument, M. Schnepf ajoute :

« Par toutes ces dispositions, et par d'autres plus minutieuses, qui effacent jusqu'aux légères causes d'erreur que pourrait engendrer le frottement des surfaces, notre spiromètre peut être considéré, dès qu'il est en communication avec les voies respiratoires, comme un simple *diverticulum* du poumon. Il suit également de ces modifications du gazomètre, que l'air inspiré, de même que l'air expiré, en contact avec l'eau du récipient et avec l'air ambiant, conserve le même degré de saturation aqueuse et se met toujours à peu près à la même température. C'est à l'aide de cet instrument que nous avons pratiqué depuis deux ans plus de deux mille cinq cents expériences spirométriques sur des individus de tout âge et des deux sexes ; c'est par lui que nous avons étudié plus d'un problème de physiologie et de pathologie ; ce sont les données qu'il nous a fournies qui nous permettront de faire ressortir, dans nos communications ultérieures à l'Académie, l'importance pratique de la spirométrie dans le diagnostic, impossible jusqu'à présent, des maladies de poitrine à leur début. » (*Comm.*: MM. Despretz, Andral, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur un cas d'absence congénitale des capsules surrénales* (lettre de M. *Antoine de Martini* à M. *Flourens*). — « L'homme qui fait le sujet de cette observation avait la peau blanche ; marié et père de trois fils, il avait eu assez de force pour exercer son métier de menuisier ; il était mort, à l'âge de quarante ans, d'une tuberculose pulmonaire, à l'hôpital des Incurables (Naples). M. Martone, en faisant sur le cadavre une injection de vaisseaux pour son cours d'anatomie, découvrit, sur le promontoire du sacrum, une masse ovoïdale lobulée : c'était une fusion des reins en un corps unique.

» Ce corps rénal recevait de l'aorte une seule artère émulgente, qui ne tardait pas à se diviser en quatre branches, auxquelles correspondaient les branches veineuses, qui se réunissaient également en une veine émulgente unique. Deux uretères de calibre ordinaire, mais bien courts, allaient à la vessie. La masse de ce corps était divisée en cinq lobes, sa structure anatomique celle d'un rein normal. Cette anomalie était accompagnée de l'*absence totale des capsules surrénales* ; il n'y en avait pas de trace. M'occupant, vers cette époque, de la *maladie d'Addison*, je me suis demandé si, dans ce cas, les capsules surrénales elles-mêmes n'auraient pas pu se fondre dans la masse rénale unique, et, pour savoir à quoi m'en tenir, j'ai disséqué l'un après l'autre tous les cinq lobes ; je n'ai pas trouvé de vestiges de capsules. »

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — *Sur les phénomènes physiques de la contraction musculaire* (extrait d'une lettre de M. *Matteucci* à M. *Despretz*). — L'auteur rapporte les expériences au moyen desquelles il a rendu plus évidente la conclusion de ses premières recherches, à savoir, que la contraction musculaire dégage de la chaleur, indépendamment de la présence et de la circulation du sang dans le muscle.

M. Matteucci décrit ensuite l'appareil au moyen duquel il étudie le développement de l'électricité. L'expérience, qu'il réduit ainsi à sa forme la plus simple, et dont le résultat est indépendant de l'existence d'un pouvoir électromoteur quelconque préexistant à la contraction, prouve bien que la contraction du muscle est l'unique cause du développement de chaleur et d'électricité ainsi obtenu.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport final de M. le docteur *Bonnet*, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saint-Barthélemy, de La Motte, Galauze, etc. (Drôme). — *b*. Un rapport de M. le docteur *Chambay*, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné à Séez (Orne), en 1856. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Campmas*, sur le service médical de l'hôpital militaire de Baréges en 1855. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Barthez*, sur les militaires malades qui ont fait usage des eaux de Vichy en 1856. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de Marne. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire intitulé : « Nouvelles expériences sur les effets de la ligature de l'œsophage, » par M. *Colin*, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'école d'Alfort. (*Commission nommée.*) — *b*. Une note sur un appareil destiné à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant avant l'avulsion des dents, par M. *George*, dentiste. (*Comm.* : MM. Malgaigne et Oudet.)

M. *Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel, au nom de M. *Gérardin*, rapporteur, commence la lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé : *De la fièvre jaune*, par M. le docteur Dutrouleau, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe. La lecture de ce rapport sera continuée dans une prochaine séance.

NOMINATION. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pharmacie.

La section de pharmacie a présenté la liste des candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, *ex æquo* : MM. Gobley, Mialhe et Poggiale ;
En seconde ligne, *ex æquo* : MM. Buignet et Lefort.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 76, et la majorité 39,

MM. Poggiale obtient 26 voix.
Gobley. 25
Mialhe. 21
Buignet 2
Billets blancs 2

Au second tour de scrutin :

MM. Poggiale obtient 26 voix.
Mialhe. 26
Gobley. 24

Au troisième tour de scrutin, le nombre des votants étant 75, et la majorité 38 :

MM. Poggiale obtient 43 voix.
Mialhe. 31
Billet blanc. 1

M. *Poggiale*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en *comité secret*.

Mardi prochain, séance publique annuelle, dans laquelle M. *le Secrétaire perpétuel* prononcera l'éloge du professeur *Roux*.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

SÉANCE DU 27 AOUT 1856. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉRARD.

LEUCOCYTHÉMIE.

M. *Becquerel* rend compte d'une observation de *leucocythémie*, à propos de laquelle il a employé un moyen particulier, déjà mis en usage en Allemagne, pour reconnaître la proportion des globules blancs par rapport aux rouges.

M. *Trousseau*. M. Becquerel a-t-il quelque idée sur la formation des globules blancs? Croit-il, par exemple, qu'ils existent dans le sang, où, dans le cas de leucocythémie, ils ne sont pas détruits par la rate? Ou bien sont-ils formés par la rate? En un mot, la rate lui paraît-elle jouer, dans ce cas, un rôle actif ou passif?

M. *Becquerel* n'a pas d'opinion arrêtée sur ce point. Est-ce la rate qui ne détruirait pas les globules blancs existant dans le sang? ou la rate les fabrique-t-elle de toutes pièces? L'une ou l'autre hypothèse peut être admise. Mais le fait positif et incontestable, c'est que ces globules blancs du sang sont identiques avec ceux du chyle, de la lymphe, du pus et du mucus.

M. *Trousseau*. Si les globules blancs du sang sont les mêmes que ceux de la lymphe et du chyle, on a quelque difficulté à comprendre le rôle de la rate dans leur transformation, car la rate ne reçoit que le sang de la circulation générale et nullement celui des veines mésaraïques qui se rendent dans la veine porte. On comprendrait bien mieux que le foie eût une action directe sur eux, lui qui reçoit le sang mésaraïque.

M. *Becquerel* fait remarquer que Kölliker, qui a étudié cette question d'une manière toute spéciale, attribue à la rate le rôle de transformer les globules blancs en globules rouges.

M. *Vigla* a reçu communication de quelques essais d'analyses faites sur le sang d'un leucocythémique par MM. Regnault et Vidal, qui, ayant défibriné le sang, et l'ayant maintenu dans une éprouvette étroite, ont obtenu facilement la séparation des globules rouges et des globules blancs, dont ils ont recueilli quelquefois une proportion énorme. Ces globules blancs, ayant été séparés, ont été traités par différents réactifs, et par l'ammoniaque, entre autres, ils deviennent filants comme le pus.

M. *Becquerel*, sans vouloir rien préjuger sur la nature de ces globules, fait remarquer que cet état filant se produit toutes les fois que l'ammoniaque est mise en contact avec une matière grasse; il se forme un savon, et si le pus devient filant sous l'influence de l'ammoniaque, c'est qu'il contient assez de graisse pour que la combinaison soit manifeste, tandis que le sang normal n'en contient pas suffisamment.

M. *Bouchut*. Il manque toujours jusqu'à présent d'un premier élément d'appréciation, sans lequel on restera toujours dans le vague toutes les fois qu'il sera question de leucocythémie, c'est de savoir quelle est la proportion normale des globules blancs du sang. Ayant trouvé une augmentation notable des globules blancs chez tous les enfants cachectiques atteints d'anasarque, et même dans l'albuminurie, j'ai voulu chercher chez tous, quelle était la proportion des globules blancs, et je suis arrivé à ce résultat, c'est que, dans toutes les cachexies et chez les diarrhéiques surtout, il y a augmentation du nombre des globules blancs, sans que, pour cela, il y ait chez eux une affection du foie ou de la rate, et sans accès de fièvre intermittente. Il faut donc, avant de parler de leucocythémie, déterminer exactement quelle est la proportion normale des globules blancs du sang et toutes les conditions sous l'influence desquelles elle varie.

M. *Becquerel*. Pour ce qui est de l'appréciation de la proportion normale des globules blancs dans le sang, rien n'est plus incertain, car le même sang, extrait de la même veine, ne donne jamais le même nombre de globules blancs, et pour arriver à un résultat même seulement approximatif, il faudrait faire vingt expériences différentes et prendre la moyenne de vingt chiffres obtenus.

M. Becquerel avait pensé autrefois, lui aussi, que, dans toutes les cachexies de quelque origine que ce soit, on devait trouver un excès de globules blancs; mais ses recherches très nombreuses, qui ont porté sur tous les individus cachectiques entrés dans son service, l'ont conduit à une conclusion toute différente. Mais ses recherches ont été faites sur des adultes, celles de M. Bouchut sur des enfants, peut-être l'âge fait il différer les résultats.

Toutefois, les recherches de M. Becquerel l'ont conduit à cette conclusion, qu'en prenant du sang défibriné, en le mettant dans un tube de verre assez étroit et le laissant au repos pendant soixante-douze heures, il doit y avoir une couche de globules blancs au-dessus des globules rouges, toutes les fois que le nombre des globules est le trentième du nombre des globules rouges. Encore faut-il répéter souvent cette expérience sur chaque individu.

PEAU BRONZÉE.

M. *Trousseau* rend compte, en quelques mots, de l'autopsie du malade atteint de la *maladie d'Addison*, dont il a entretenu l'Académie de médecine, et dont l'observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*. Les poumons contenaient un seul tubercule; les reins étaient un peu plus développés que d'habitude, et les capsules surrénales étaient huit ou dix fois plus volumineuses qu'à l'état normal; elles renfermaient des tubercules, du tissu fibreux et de la graisse. Le fait sur lequel je veux insister est celui-ci. Des recherches microscopiques ont été faites sur le pigment de la peau de ce malade par M. Vulpian, et il a trouvé le pigment de même nature que celui de la peau du nègre. Dans ce cas, comme dans les autres observés par Addison, il y a eu relation manifeste entre la coloration particulière de la peau et la lésion des capsules surrénales. Tous les jours nous observons des malades bronzés par le soleil, et qui n'ont pas de maladie des capsules; mais la différence capitale qui existe entre ces hommes bronzés et ceux atteints de la maladie d'Addison, c'est que les premiers sont colorés seulement sur les parties exposées au soleil, les autres, au contraire, sont colorés par plaques de même forme que les taches de vitiligo; en outre, la coloration de ces plaques offre une teinte toute particulière, qui ne ressemble ni à la coloration due à l'insolation, ni à l'ingestion du nitrate d'argent. Des recherches de M. Vulpian, il ressort, néanmoins, qu'en pareil cas, il serait important d'examiner le pigmentum de la peau; c'est un signe diagnostique qui pourra être précieux.

M. *Bouchut* ne sait si la distinction que vient d'établir M. Trousseau est suffisante. Ainsi, il y a une maladie qui produit fréquemment une coloration bronzée de la peau, et coloration *sui generis*, c'est la tuberculisation pulmonaire. En pareil cas, même en examinant le pigmentum, l'erreur est possible. Dernièrement, on a présenté à la Société de biologie un morceau de peau recueilli chez un tuberculeux, et qui renfermait une quantité très exagérée de matière pigmentaire.

M. *Legroux*. Pour que l'observation faite par M. Vulpian sur la peau du malade de M. Trousseau ait toute la valeur que lui attribue notre collègue, il faudrait avoir prouvé que les malades bronzés par le soleil n'ont pas subi une modification du pigment; jusqu'alors il faudra rester dans le doute.

M. *Trousseau*. La seule question est de savoir si le pigment du nègre diffère de celui des individus soumis à une forte insolation, et cela suffira pour établir un diagnostic. Mais chez les individus soumis à l'insolation, la peau seule est colorée, les muqueuses restent intactes; chez l'individu atteint de la maladie d'Addison, la face interne des joues et des lèvres présentait des taches brunes semblables à celles que l'on voit à l'intérieur de la gueule de certains chiens de chasse.

M. *Delasiauve* avait cru, par erreur, que M. Trousseau avait parlé d'une coloration bronzée générale, et cela lui avait rappelé un malade qu'il avait encore sous les yeux, il y a peu de temps. Il s'agit d'un enfant, malade depuis deux ans, atteint d'une coloration bronzée presque générale et d'une teinte toute spéciale, qui ne ressemble à rien de ce que l'on est habitué à voir. Cet enfant a commencé par s'amaigrir, et la teinte bronzée est venue ensuite. Il y a trois mois, M. Delasiauve a été consulté et n'a trouvé de lésion dans aucun organe M. Becquerel, qui fut appelé, n'a rien reconnu non plus; il y a seulement de l'anémie et du dépérissement. Serait-ce un cas de maladie d'Addison?

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MÉDING.

DE LA MÉDECINE CHEZ LES ANCIENS PERSES.

Les livres sacrés des Indiens contiennent les plus anciens documents historiques sur la médecine ; d'après leur tradition, Brahma lui-même est l'auteur du premier ouvrage traitant de l'art de guérir ; la médecine des anciens Égyptiens était probablement d'origine indienne, de même que celle des Chinois. Il ne sera pas sans intérêt d'avoir quelques données sur l'état de cette science chez les Iraniens ou anciens Perses, dont les croyances religieuses se retrouvent encore de nos jours chez les Parsis qui vivent répandus dans la Perse et dans l'Inde.

M. Brandt, directeur du Musée zoologique de Saint-Pétersbourg, s'étant occupé à éclaircir quelques points d'histoire naturelle, fut amené à faire des recherches dans le Zend-Awesta, code civil et religieux des Iraniens. Il y trouva, notamment dans le Fargard, qui en est la partie la plus ancienne, sur la médecine et la police médicale de ce peuple des renseignements très curieux, qu'il a bien voulu nous communiquer.

L'Esculape des Iraniens se nommait Thrita. Il est dit dans le Fargard : « Ahnramazda (Ormuze) dit à Zarathustra (Zoroastre) : Thrita fut le premier des hommes savants dans l'art de guérir, ce fut lui qui bannit du corps de l'homme la chaleur du feu, et qui s'efforça de trouver des remèdes contre la fièvre, contre la pourriture et contre les mauvaises humeurs, au moyen desquelles Agramaynyus (Ahrimane) donne aux hommes de nombreuses maladies et la mort. »

« Aryama (un bon génie) dompte toutes les maladies et la mort, de même que les génies malfaisants qui sont les causes des maladies. »

« La pluie du ciel produit des plantes et des arbres dont les vertus guérissent les malades et les empêchent de mourir. »

Il paraît donc que les Iraniens regardaient comme maladies principales la fièvre, les inflammations et les mauvaises humeurs, et qu'ils les attribuaient à l'influence des mauvais génies ; aussi les prières jouaient-elles un grand rôle dans le traitement. Les médicaments qu'ils employaient étaient tirés du règne végétal, malheureusement le Fargard ne donne pas de renseignements précis sur les préparations dont on se servait.

L'exercice de la médecine n'était pas libre ; avant d'y être autorisés, les aspirants étaient soumis à une épreuve. Ils étaient obligés de traiter d'abord des malades appartenant à la plus basse classe de la société ; dans le cas où les trois premiers malades confiés à leurs soins guérissaient, la loi les autorisait à exercer et à traiter à l'avenir aussi des personnes appartenant aux classes supérieures ; lorsque, au contraire, ils avaient le malheur de perdre les trois premiers malades, ils étaient déclarés incapables d'exercer jamais la médecine.

Les femmes, à l'époque des règles et pendant les couches, étaient l'objet d'une attention et de soins tout particuliers.

Durant la menstruation, elles étaient regardées comme impures et reléguées dans un endroit déterminé de la maison. La loi leur défendait de s'approcher de plus de quinze pas des éléments sacrés, le feu et l'eau ; leur nourriture consistait dans des quantités déterminées de viande et de fruits qu'on leur servait dans des vases de fer ou de plomb. Les hommes devaient se tenir éloignés d'elles d'au moins trois pas. Lorsque le sang coulait pendant plus de neuf jours, on les croyait sous l'influence des mauvais esprits, et pour les en délivrer, on leur appliquait jusqu'à quatre cents coups de verges, pendant qu'on faisait autour d'elles des cérémonies de purification avec de l'eau et de l'urine de vache. En outre, il fallait faire un sacrifice expiatoire d'un certain nombre de fourmis ou de quelques autres animaux nuisibles.

Lorsque au quatrième jour après l'accouchement, les lochies étaient encore sanguinolentes, l'accouchée était regardée comme impure et traitée comme les femmes qui avaient leurs règles, et si cet état dépassait le neuvième jour, elle était déclarée possédée du mauvais esprit et punie en conséquence.

Toute cohabitation avec une femme enceinte ou avec une mère qui allaitait encore son enfant, était défendue et punie comme un péché.

Il est très intéressant de voir que alors déjà on connaissait les vertus abortives de certains arbustes que le Fargard nomme Baga, Schaeta, Shnana et Fracpata. C'étaient principalement de vieilles femmes qui s'en servaient pour provoquer l'avortement, et il paraît même que cette industrie était exploitée sur une assez vaste échelle, car le Fargard porte expressément que dans les cas où l'on aurait constaté un avortement produit par ces moyens, non seulement la vieille femme et la jeune fille seraient sévèrement punies, mais encore le malheureux père de l'enfant.

Les honoraires des médecins consistaient en animaux domestiques, et la taxe établissait des distinctions précises par rapport à la fortune, et même au sexe et à l'âge des malades. Ainsi, le chef d'une province était tenu de donner quatre bœufs, et le seigneur d'une ville un animal domestique de premier ordre, un chameau par exemple, tandis que le possesseur d'une maison s'acquittait par le don d'un animal d'une valeur moindre que celui que la taxe accordait au médecin pour le traitement du maître d'un village. La guérison du fils d'un laboureur était taxée au même prix que celle du seigneur d'une ville. Les prêtres ne donnaient que leur bénédiction. La femme du possesseur d'une maison donnait une ânesse, celle du maître d'un village une vache, celle du seigneur d'une ville une jument, et celle du chef d'une province enfin donnait une chamelle.

Il paraît aussi que la médecine vétérinaire était en honneur chez les Iraniens, car le Fargard contient des instructions pour le traitement des animaux domestiques, notamment des chiens, et même une taxe qui réglait les honoraires. Pour la cure heureuse d'un animal du premier ordre, le médecin en recevait un du deuxième, et ainsi de suite jusqu'aux brebis et aux chèvres, pour le traitement desquelles il était accordé une certaine quantité de fourrage.

Dr A. MARTIN.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Autopsie d'un sujet qui avait subi *trois ans auparavant* la trachéotomie, par M. HENRY SMITH.

Le MEDICAL TIMES du 9 juillet 1853 rapportait une observation de trachéotomie pratiquée sur un jeune homme de vingt-huit ans, pour une imminence d'asphyxie, suite d'inflammation aiguë du larynx. Le malade guérit et put reprendre ses occupations ; mais au moindre froid il éprouvait de la dyspnée et un sentiment d'irritation dans la poitrine. Il gardait dans l'ouverture artificielle une canule, qu'il pouvait de temps à autre tenir fermée pendant plusieurs heures. Le 9 juin dernier, il fut pris d'accès de suffocation, avec signes de congestion pulmonaire. On s'assura que la canule n'était pas bouchée. Tous les soins furent inutiles ; la mort eut lieu en quarante-huit heures. Le sujet ayant été ouvert, voici ce qui fut constaté :

« L'épiglotte était libre, exempte de toute altération, mais relevée et incapable de fermer complètement l'orifice du larynx. Cet orifice était si contracté qu'il pouvait à peine admettre une petite plume de corbeau. On constata que le tissu sous-muqueux était épaissi dans tout l'intérieur du larynx, mais la muqueuse elle-même était saine ; elle était lisse, brillante et n'offrait aucune trace de cicatrice d'ulcération.

» L'ouverture artificielle était située au-dessous du cartilage cricoïde ; plus bas, et sur toute la surface interne de la trachée, existait une vive inflammation, avec quelques points d'ulcération profonde. Cette phlegmasie s'étendait jusqu'à la bifurcation, et les tuyaux bronchiques étaient très dilatés.

» Les deux poumons étaient très congestionnés ; de plus, la partie su-

rérieure et postérieure du poumon gauche était tout à fait compacte et remplie de tubercules. Le poumon droit était moins malade ; mais son lobe moyen contenait une grosse masse de matière tuberculeuse solide. » (*Medical Times and Gazette*, n° 317.)

Ces détails sont intéressants, surtout en ce qu'ils permettent d'éclairer une question de pratique qui s'était élevée entre les principaux médecins consultants de Londres, celle de savoir si le malade pourrait quitter sa canule. Les avis étaient partagés. Il paraît évident, par la description qu'on vient de lire, que la respiration ne se serait jamais faite librement, sans le secours d'une ouverture artificielle. Et c'est un précepte à recommander aux praticiens, que celui de ne conseiller la suppression de la canule qu'après s'être bien assuré que l'occlusion prolongée de celle-ci n'amène aucune gêne dans la respiration. Au reste, comme on a pu le voir, le sujet était destiné à périr promptement de phthisie pulmonaire.

On a vu que l'opération avait été motivée par la supposition d'une *phlegmasie* aiguë du larynx. Les renseignements fournis par l'autopsie portent à croire qu'il s'était agi d'une angine laryngée œdémateuse, accompagnée de cette laryngite sus-glottique qu'a surtout étudiée M. Cruveilhier.

Maladie des voies urinaires. — Cathétérisme suivi immédiatement de fièvre pernicieuse. — Mort et autopsie.

Obs. — Le 15 juin, à huit heures du matin, se présenta dans notre cabinet M. P..., âgé de soixante-trois ans, de taille moyenne, de tempérament sanguin-bilieux, d'une bonne constitution générale, au moins en apparence. Il venait demander nos conseils, et réclamait notre secours contre l'affection suivante. Depuis vingt-cinq ans, et à la suite d'une blennorrhée, ce malade observait que le jet de son urine devenait plus mince et inégal, qu'il se bifurquait et sortait parfois en spirale, et que, quoique la blennorrhée fût guérie, il coulait toujours de l'orifice de l'urèthre une matière muqueuse et purulente. Tous les médecins qu'il avait consultés avaient considéré sa maladie comme un rétrécissement de l'urèthre. Beaucoup de moyens avaient été employés inutilement contre cet état, et principalement le destruction du rétrécissement au moyen du porte-caustique de Lallemand. Un seul avait réussi à conduire jusque dans la vessie une sonde de gomme élastique. Mais cette opération n'avait pas été suivie du traitement nécessaire pour la cure radicale, et depuis ce moment le malade observa souvent dans son urine un dépôt qui était tantôt muqueux, tantôt purulent, mais toujours fortement odorant. Il y avait parfois du sable dans ce dépôt. Le jour de notre examen, les urines ne présentaient complétement ni l'un ni l'autre de ces phénomènes.

Après cet historique, le malade réclama l'examen de son canal, et, dans cette intention, nous introduisîmes facilement une bougie jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre. Là nous rencontrâmes un obstacle ; cependant, après quelques tentatives modérées, le bout de l'instrument entra de deux lignes dans le rétrécissement; mais il était difficile de pousser la bougie plus loin, ce qui fit que nous nous arrêtâmes malgré les instances du malade, et nous lui dîmes, pour le consoler, qu'il guérirait de son rétrécissement.

A peine quelques minutes furent-elles écoulées, que le malade fut en proie à des bâillements et à des pandiculations fortes et répétées, que les poils de ses mains et de ses bras se hérissèrent, et que le frisson s'empara de lui. On le transporta immédiatement dans sa maison, et alors se montrèrent successivement tous les symptômes d'une fièvre pernicieuse typhique. Trois confrères furent appelés en consultation et furent unanimes sur le diagnostic, d'autant plus qu'un des médecins (1) assura qu'il avait déjà souvent soigné ce malade pour des fièvres pernicieuses. Le traitement, quoique convenablement et énergiquement appliqué, fut malheureusement inutile ; à peine vers dix heures du soir apparut-il pendant une heure une légère transpiration, à laquelle succéda immédiatement une aggravation qui emporta le malade le 16, à quatre heures du soir.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. L'abdomen ayant été ouvert, on trouva tous les organes teints de sang ; la rate était fort tuméfiée et très altérée dans sa consistance, de telle sorte qu'en voulant l'attirer, même avec précaution, elle se déchirait; une grande partie de sa face postérieure était adhérente à la portion du péritoine qui tapissait l'extrémité vertébrale des dernières côtes : d'ailleurs toute la substance de cet organe ressemblait à de la lie de vin rouge. Le rein gauche était plus petit que le droit et en quelque sorte atrophié. La vessie était contractée et plissée ; son tissu était épaissi et sa membrane muqueuse avait subi diverses altérations et était ramollie. La prostate était hypertrophiée et en partie altérée par une induration chronique qui était devenue depuis longtemps purulente. A un travers de doigt en avant de l'orifice de la vessie, existait un rétrécissement; mais tout le reste du canal de l'urèthre était intact et dans l'état physiologique.

Les médecins, MM. Olympios, Makas, Goudas, Anninos et Guuzaris attribuent à l'état pathologique des organes urinaires les fièvres pernicieuses qui, à différentes reprises ont atteint ce malade, et dont la dernière a causé sa mort. (ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ μέλισσα, *Abeille médicale d'Athènes*, septembre 1856.)

(1) M. Anninos lui avait déjà administré à différentes reprises de fortes doses de sulfate de quinquina.

Fièvre intermittente liée à un rétrécissement de l'urèthre, par M. Hambursin.

— En regard du fait que nous venons d'extraire de l'Abeille médicale d'Athènes, nous mettrons le résumé d'une observation de M. le docteur Hambursin (de Namur), insérée dans le Journal de médecine de Bruxelles.

Obs. — Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, sanguin-pléthorique. Atteint depuis deux ans d'accès d'abord quotidiens, puis tierces, et enfin irréguliers de fièvre intermittente. Ce malade absorba pendant ce temps des doses de sulfate de quinine que le médecin évalue à 500 grammes ; et cependant ce médicament ne put jamais arrêter complétement les accès ; il les rendait seulement moins fréquents.

En explorant tous les organes, le médecin découvrit que, par suite d'une blennorrhagie contractée douze ans auparavant, le malade était atteint de dysurie et de rétrécissement de l'urèthre. La dysurie avait commencé à peu près à la même époque que les fièvres. Il n'y avait aucun engorgement de la rate sensible à la percussion. M. Hambursin voulut essayer si, par un autre mode d'administration du sulfate de quinine, il n'arriverait pas à empêcher le retour des accès. Mais il échoua complètement dans sa tentative. C'est alors que, sans avoir égard aux accès de fièvre, il se mit en devoir de traiter les rétrécissements par la dilatation et la cautérisation. Ce traitement fut continué du 3 février au 5 juin, époque où la sonde put arriver facilement dans la vessie. Trois rétrécissements avaient été successivement détruits.

Pendant tout ce temps, les accès fébriles se reproduisirent une ou deux fois par semaine; mais ils cessèrent à la fin de mai, et il n'en est plus survenu depuis cette époque. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, novembre 1856.)

Ce serait le cas de discuter ici l'opinion émise par M. Ségalas, dans une séance de la Société médicale du Temple de 1856, sur les effets du sulfate de quinine dans les affections des voies urinaires. Ce praticien expérimenté admet que ce médicament produit souvent des effets nuisibles dans ces cas, et recommande une grande réserve dans son emploi. Mais cette question n'est pas assez mûre, et aurait d'ailleurs besoin d'être examinée dans un article spécial et non point d'une manière incidente. Quoi qu'il en soit, les deux observations qui précèdent sont utiles à recueillir, et présenteront un intérêt particulier pour l'élucidation de ce problème difficile. Sans doute, la question perdrait beaucoup de son importance, et il serait permis d'agir dans tous les cas comme l'a fait l'honorable praticien de Namur, c'est-à-dire d'attaquer la maladie des voies urinaires sans s'occuper des accès de fièvre, si cette fièvre était toujours simple et bénigne. Mais malheureusement il n'en est pas ainsi, et l'observation des médecins d'Athènes prouve que ces sortes de fièvres peuvent être pernicieuses et mortelles au second accès, ce qui aggrave singulièrement la situation du malade et la responsabilité du médecin. Les inconvénients qui peuvent résulter pour les organes urinaires de l'administration du sulfate de quinine sont un autre élément très important dans cette question, et nous appelons sur ces différents points toute l'attention de nos confrères.

Expériences sur la spirométrie, par M. Voltolini. — *Idem*, par M. Phœbus. — *Idem*, par M. Arnold.

M. Voltolini propose une nouvelle méthode de pneumométrie. Il ne mesure pas le volume de l'air expiré, mais bien la *quantité d'acide carbonique expiré*. L'auteur pense que sa méthode présente, dans certains états pathologiques des poumons, le grand avantage

de faire connaître quelle est l'étendue de la surface pulmonaire pouvant fonctionner, et permettant l'échange des gaz. Il cite à cette occasion la bronchite capillaire et la *pneumonia notha* des anciens : dans ces affections, les malades peuvent bien aspirer de l'air comme à l'ordinaire, et dilater leur poitrine ; mais la dyspnée qu'ils éprouvent montre bien que l'échange des gaz n'a pas lieu dans les poumons, et que le dégagement d'acide carbonique n'est pas en rapport avec la quantité d'air aspiré. Voltolini propose de remplacer l'appareil compliqué de Valentin (voir sa *Physiologie*, vol. I, page 564) par le suivant, moins exact peut-être, mais suffisant pour la pratique ordinaire.

Dans une bouteille d'une contenance de 250 grammes, on verse 100 grammes d'eau de chaux filtrée. Un tube de caoutchouc (une pipe de terre ordinaire ou un tube de verre, si l'on n'a pas autre chose) plonge dans le liquide. On fait souffler le malade dans ce tube pendant quelques minutes, en ayant soin de lui fermer le nez, et de lui recommander d'expirer par ce tube seulement. Suivant la quantité d'acide carbonique expiré, l'eau se trouble, devient laiteuse, puis il se forme un précipité qui se redissout de nouveau dans l'acide carbonique. Pour mesurer d'une manière plus exacte, l'auteur propose le moyen suivant :

L'eau de chaux possède une réaction alcaline, et bleuit le papier de tournesol rougi par les acides : plus on expirera d'acide carbonique, et plus le papier de tournesol, plongé dans la solution, se colorera en rouge. On fait alors une échelle de couleurs, dans laquelle le zéro sera représenté par le bleu obtenu en trempant le papier rougi dans la solution d'eau de chaux. On expirera pendant quinze secondes dans la bouteille, et l'on aura une teinte moins bleue : deuxième degré ; et ainsi de suite, jusqu'à ce que la réaction alcaline soit nulle On aura ainsi 8 degrés depuis la réaction alcaline de l'eau de chaux jusqu'au moment où l'acide carbonique est en excès. On colle ces bandes sur une feuille de papier blanc, et ces différences de teintes suffisent pour estimer d'une manière convenable. Il faut bien remuer la bouteille, quand on y plonge le papier, et opérer autant que possible à une température moyenne.

Les expériences que M. Voltolini a faites sont dignes d'être rapportées.

Exp. I^re^ faite sur l'auteur qui a trente-cinq ans, 5 pieds 4 pouces et demi, et en état ordinaire de santé ; il peut en 3 expirations (150 secondes à peu près), amener l'eau de chaux au n° 8 de son échelle. Ayant eu un catarrhe très fort, il ne put expirer que pendant 112 secondes, et l'eau de chaux ne monta qu'au n° 5 de son échelle.

Exp. II. — Un homme de soixante-trois ans, haut de 5 pieds 3 pouces, l'éleva en 3 expirations (125 secondes), à 6-7 de l'échelle.

Exp. III. — Un homme de quarante ans, faible, haut de 5 pieds 1 pouce, dont les poumons ne présentaient rien d'anormal, atteignit à 2-3 de l'échelle en 73 secondes.

Exp. IV. — Une jeune fille de dix ans atteignit le n° 3 en 60 secondes.

Exp. V. — Un homme de trente-trois ans, sain du reste, mais facilement essoufflé, porta l'eau jusqu'au n° 5.

Exp. VI. — Un individu de quarante-trois ans, 5 pieds 5 pouces, ayant une sténose du cœur gauche, ne put en 105 secondes, 3 expirations, parvenir qu'au 2-3 de l'échelle.

Exp. VII. — Sujet de trente ans, 5 pieds 3 pouces, avec sténose cardiaque, *poumons sains du reste*, n'atteignit en 87 secondes qu'à 1-2.

Exp. VIII. — Une jeune fille de seize ans, souffrant de sténose grave, avec douleurs violentes, put en 45 secondes, arriver à 1-2 de l'échelle.

Exp. IX. — Un homme de vingt-trois ans, 4 pieds 10 pouces, en 3 expirations 85 secondes, parvient au n° 3 en 3 expirations (85 secondes). Ce patient avait de temps en temps une douleur dans la région précordiale, et perdait sur-le-champ connaissance. Il avait ensuite le délire qui le quittait peu à peu. (*Günsburg's Zeitschrift*, vol. II, 2^e^ partie.)

Ces expériences démontrent que la force et l'énergie des poumons peuvent, malgré la conformation normale du thorax, malgré les signes négatifs fournis par la percussion et l'auscultation, être plus faibles chez certains individus que chez d'autres dont le corps est moins robuste ou moins développé.

M. Phœbus fait remarquer avec raison que divers acides (ainsi que Rampold l'a démontré), autres que l'acide carbonique, sont contenus dans l'air expiré, et que, par conséquent, la couleur rouge du papier de tournesol n'est pas due à ce seul acide. De plus, l'air atmosphérique peut exercer une influence, peu marquée il est vrai, sur l'eau de chaux. (*Günsburg's Zeitschrift*, ibid.)

M. Malcolm a fait aussi des expériences sur la proportion d'acide carbonique exhalée par les phthisiques. Il se servait de l'appareil de Prout (décrit dans les *Annales de Thomson*, vol. II). Le dosage avait lieu, d'après le poids, après absorption du gaz. Les expériences sur les personnes saines ont porté sur 6 hommes et 6 femmes ayant de 16 à 58 ans, en moyenne 29. Leur poids varie de 111 à 192 livres : moyenne 146 livres. Leur taille moyenne était de 5 pieds 6 pouces et l'air qu'ils expiraient contenait de 4,2 à 5,9 pour 100 d'acide carbonique : moyenne, 4,69 pour 100. Les phthisiques, 9 hommes et 6 femmes, de 15 à 30 ans, d'une taille moyenne de 5 pieds 4 1/2 pouces, d'un poids moyen de 116 livres, malades depuis dix mois environ, ayant presque tous eu des hémoptysies, 104 pulsations et 30 respirations par minute, expiraient comme maximum 5,5, comme minimum 3,7, ainsi 4,4 67 pour 100 d'acide carbonique. (Malcolm, *Some Experiments on the Proport. of Carbonic Acid*, etc. ; *Dublin Quart. Journal*. Novembre.)

Nous recommandons au lecteur, à propos de ces expériences, un excellent ouvrage de M. Arnold sur le même sujet. Cet ouvrage, qui a pour titre *Ueber die Athmungsgrösse des Menschen*, contient un grand nombre d'observations faites au moyen de l'appareil de Vogel et Wintrich, et comparées avec les résultats obtenus par Hutchinson, Fabius, Simon, etc. Voici en peu de mots les principaux résultats obtenus par l'auteur.

La capacité respiratoire augmente avec la longueur du corps. Elle est surtout proportionnée avec les dimensions du tronc. Pour un corps de 1^m^,54, elle est de 2,635 centimètres cubes ; pour un corps de 1^m^,67, 3,287 ; pour un corps de 1^m^,82, 4,454.

Les dimensions de la poitrine ont aussi une influence marquée ; mais certains individus doivent une large poitrine au grand développement musculaire. L'influence de la forme du thorax peut être contre-balancée par la mobilité du diaphragme. Néanmoins, la moi bilité des côtes et l'action des muscles intercostaux doit entrer auss- en ligne de compte. La capacité respiratoire s'accroît de quinze à trente-cinq ans et diminue jusqu'à soixante-cinq ans.

La profession a aussi une influence marquée. L'auteur fait trois classes.

1° Les personnes riches, les étudiants et l'armée : taille, 1^m^,67 ; capacité respiratoire, 3,679.

2° Police, pompiers, imprimeurs et ouvriers : taille, 1^m^,67 ; capacité respiratoire, 3,434.

3° Marins, recrues : taille, 1^m^,67 : capacité respiratoire, 3,141.

Quant au sexe, voilà les résultats moyens :

Homme : taille, 1^m^,72 ; contour de la poitrine, 82 ; capacité respiratoire, 3,660.

Femme : taille, 1^m^,60 ; contour de la poitrine, 85 ; capacité respiratoire, 2,550.

La gestation n'a aucune influence sur la capacité respiratoire.

L'auteur donne des tables où sont les moyennes pour les tailles diverses. Il conclut d'un grand nombre d'observations que si la capacité respiratoire est de 1/5^e^ à 1/6^e^ au-dessous de ces résultats, on peut sûrement compter sur une dyscrasie tuberculeuse. Les catarrhes légers diminuent la capacité respiratoire de 1/16^e^ à 1/15^e^ ; la bronchite chronique, de 1/8^e^ à 1/3 ; la pneumonie et la pleurésie, de 1/8 à 1/5 ; enfin les épanchements pleurétiques, de 1/2 à 3/4. L'emphysème pulmonaire diminue la capacité vitale ; l'emphysème vésiculaire de 1/4 à 4/5 (Wintrich). Les hypertrophies du cœur l'abaissent aussi de 1/2 à 3/5 (Schneevogt). Enfin toutes les maladies qui repoussent le diaphragme en haut diminuent aussi la capacité respiratoire.

De l'ægophonie dans le larynx, par C. Gobée.

Gobée, après avoir passé en revue toutes les opinions énoncées depuis Laënnec pour expliquer l'ægophonie, détaille un cas assez intéressant de pleuropneumonie gauche. Il put entendre l'ægophonie en divers endroits où le poumon était malade, mais de plus il la perçut en percutant le larynx et la trachée, même après que la pneumonie eut disparu. Dans ce cas, l'ægophonie s'était produite dans le larynx et le thorax avait présenté des conditions convenables pour la propager. M. Gobée en conclut : que le tissu pulmonaire épaissi est la meilleure condition paur la propagation de l'ægophonie ; que la présence de beaucoup de liquide dans les plèvres n'entraîne pas la production de ce phénomène et qu'une faible quantité de liquide lui est au contraire très favorable. D'après l'auteur, la bronchophonie et l'ægophonie sont des modifications du même phénomène et ne présentent aucune différence spécifique. L'ægophonie n'est d'aucun secours pour déterminer l'intensité et l'étendue d'une infiltration pulmonaire ou d'un épanchement pleurétique. (*Over ægophonia Nederl. Weekbl. voor Genesk*, n° 8, et *Canstatt's Jahresbericht*, 1856, p. 130.)

— L'intérêt spécial de cette observation serait dans l'existence de l'ægophonie au niveau du larynx après la disparition de l'affection thoracique ; mais nous craignons fort que l'auteur n'ait pris pour de l'ægophonie un rentrement vocal plus ou moins éclatant, ou bien ce tremblotement qui accompagne le son de la voix dans les cas où des mucosités très épaisses obstruent le larynx. Ce qui augmente nos craintes, c'est l'assimilation que l'auteur essaie d'établir entre l'ægophonie et la bronchophonie qui sont des bruits parfaitement distincts.

Quant à cette opinion, que la production du bruit ægophonique se lie ordinairement à la présence d'une faible quantité de liquide, elle est exacte, mais parfaitement établie depuis longtemps.

Recherches sur le diabète ; de ses symptômes et de sa curabilité, par le professeur Dietl (de Cracovie).

Les expérimentations physiologiques ont fait entrer l'étude du diabète dans une phase nouvelle. Il n'est sans doute pas démontré, comme le soutient M. Reynoso, que presque toutes les difficultés de respirer soient suivies de l'apparition de sucre dans l'urine ; il est exagéré, sans doute, de prétendre qu'il suffise d'un violent exercice pour rendre les urines sucrées ; mais il n'en est pas moins vrai que le sucre existe à l'état normal dans le sang, et que cet élément, comme tous les autres, peut facilement, sous l'influence des perturbations qu'éprouvent sans cesse les sécrétions et les excrétions, apparaître dans l'urine et en disparaître tout aussitôt.

Le diabète, en effet, n'est pas toujours une maladie constitutionnelle, primitive, incurable ; il n'est pas rare de le voir persister pendant plusieurs années sans amener un grand trouble dans la santé ; il n'est pas rare non plus de le voir se développer dans le cours d'une autre maladie aiguë ou chronique, et disparaître avec elle ou même ne figurer que passagèrement, à titre d'épisode sans importance aucune.

Le professeur Dietl rapporte six observations qui viennent confirmer toutes ces données.

Dans aucun de ces diabètes, la maladie ne put être considérée comme primitive ou essentielle. Tantôt elle apparut chez un individu plongé dans le marasme à la suite de dyspepsie ; tantôt elle se manifesta chez un malade épuisé et atteint d'ossification des artères.

Or dans ces deux cas le diabète persista aussi longtemps que l'affection principale et primitive, l'appétit et l'absorption allèrent en diminuant, et le mal se termina rapidement d'une manière fatale, par des accidents analogues à ceux de l'urémie.

Dans une troisième circonstance, le sucre apparut immédiatement après le choléra, et persista pendant sept à huit ans, sans que la nutrition fût entravée le moins du monde.

Mais voici trois cas qui présentèrent cette double particularité, à savoir, l'apparition accidentelle du sucre au milieu d'une maladie aiguë, et en second lieu la durée tout à fait passagère de cet épiphénomène.

Une fois ce fut au milieu d'une hydropisie avec albuminurie aiguë, une autre fois dans le cours d'un typhus grave, et une troisième fois pendant l'évolution d'une broncho-pneumonie grave.

Dans ces trois cas, le mal ne dura que quelques jours, et se termina par une guérison radicale ; il y eut même cette circonstance singulière à noter, que la première manifestation se fit au milieu de circonstances très favorables, telles qu'une diurèse abondante, des sueurs profuses, la rémission des accidents fébriles et de tous les phénomènes morbides graves.

Ainsi la méliturie est, sinon presque toujours, du moins souvent, une affection secondaire symptomatique et soumise au pronostic de la maladie première. La curabilité n'est pas douteuse.

Mais il importe de constater le mal à son début, et de ne pas attendre que le passage du sucre se révèle par une augmentation dans la quantité ou dans le poids spécifique des urines ; il est des diabètes qui ne provoquent ces phénomènes que dans des limites restreintes.

Cependant le minimum fut de 2 à 3 litres d'urine par jour, et leur poids spécifique ne s'abaisse jamais au-dessous de 1021.

De l'influence du sucre de canne sur la digestion et la nutrition, par M. Félix Hoppe.

Après de nombreuses expériences sur l'homme et les animaux, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Le sucre de canne, mis en contact pendant une à deux heures avec la salive et le suc gastrique, ne subit aucune modification, soit que les humeurs de l'estomac restent acides, soit qu'on les ait neutralisées à l'aide du carbonate calcaire. Dans ce dernier cas, l'administration de la levûre ne détermine aucune fermentation.

2° L'alimentation par le sucre peut être indéfiniment prolongée sans qu'il en apparaisse de traces dans les urines ou les matières fécales, et sans que la quantité d'acide lactique contenue dans les urines soit augmentée.

3° Une nourriture composée de viande et de sucre augmente le poids du corps bien plus rapidement qu'un régime exclusivement animal. Dans le premier cas, la quantité d'urée éliminée par les urines est infiniment moindre que dans le dernier cas. En n'usant que de substances sucrées, on réduit la production de l'urée à son minimum. La quantité de matières azotées contenue dans les fèces ne subit, au contraire, aucune variation, qu'on prenne une nourriture mixte ou de la viande.

4° Si le sang contient beaucoup de sucre, les corps albuminoïdes sont préservés de l'oxydation. L'albumine reste sans se pourvoir d'oxygène, et semble constamment se décomposer en graisse. Aussi l'alimentation sucrée ne produit l'engraissement que par l'addition de grandes rations de substances protéiques.

5° D'après M. Claude Bernard, le sucre ingéré ne fait qu'exciter la production du sucre dans le foie, tandis qu'il se transforme lui-même en graisse. Cette opinion n'est pas entièrement conforme aux faits présentés.

6° La chaleur animale, dont la principale source, selon M. Bernard, est la formation du sucre dans le foie, ne diffère cependant pas sensiblement, que les animaux prennent un mélange de sucre et de chair ou bien des matières animales seulement.

7° De fortes doses de sucre administrées aux chiens déterminent des vomissements ; mais si, en même temps, on leur offre de la viande, ils peuvent continuer ce régime huit jours au moins sans en souffrir. Les urines ne contiennent pas de traces d'acide urique, bien que Liebig ait soutenu le contraire. (*Archives de physiologie et de clinique de Virchow*, 1856, t. X.)

De la valeur nutritive de l'extrait de viande préparé à froid, par le docteur Hanlo.

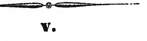
Ce jeune médecin chercha à établir la valeur nutritive de l'extrait de viande préparé à froid, comparativement à celle du bouillon et de la viande rôtie.

Pendant dix-sept jours, il se soumit à l'usage exclusif de l'extrait de viande préparé selon la méthode de Liebig; pendant ce temps, l'urine de l'expérimentateur contenait tous les jours 24 grammes d'urée et 11 grammes de matières salines. Puis, pendant onze jours, il expérimenta le bouillon; sous l'influence de ce nouveau régime, il ne rendit plus que 20 grammes 58 centigrammes d'urée et 10 grammes 11 centigrammes de sels. En ne prenant que de la viande rôtie pendant cinq jours, il élimina 22,42 d'urée et 10,31 de sels. Enfin il se nourrit pendant trois jours avec la décoction blanche qui ne contient que du pain et du sucre mêlés à la corne de cerf, et aussitôt l'urée tomba à 18,59, tandis que le chiffre des combinaisons salines monta à 11,55.

On peut conclure de là que, par l'usage de l'extrait de viande préparé à froid, on absorbe plus de matière nutritive que par le bouillon ordinaire, et au moins autant que par une quantité de viande rôtie équivalente au poids de celle qui a fourni l'extrait.

L'analyse chimique démontre, en effet, que cette préparation, qu'on peut du reste rendre plus agréable en l'aromatisant, contient une grande quantité d'albumine. Ainsi dans la ration quotidienne, qui se composait de 250 grammes d'extrait, on retrouvait 62 à 63 grammes, dont il existe à peine des traces dans le bouillon. La décoction prolongée fait, en effet, coaguler l'albumine ainsi que l'hématine. Les autres substances, telles que la créatine, la créatinine, l'acide inosique, l'acide lactique et les matières inorganiques, existent à peu près en même quantité dans les deux espèces d'extraits; de plus, le bouillon contient quelques traces d'une matière protéique et de gélatine.

Au point de vue théorique, la préparation nouvelle semble donc présenter des avantages réels; l'auteur a même cherché à mettre la pratique d'accord avec les données chimiques et expérimentales, et il l'administre à la dose de 350 grammes à des malades atteints d'anémie, de chlorose, d'hydrémie; mais ses essais ne furent pas assez longtemps suivis pour permettre d'en tirer une conclusion. Le goût seul de cette substance suffirait pour l'empêcher de prendre la place du bouillon traditionnel. (*Nederl. Weekbl.*, juin 1855.)



V.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les monorchides et les cryptorchides, par M. E. Godard, interne des hôpitaux de Paris. — Brochure in-8 de 38 p. Victor Masson, 1856 (1).

Les cryptorchides sont stériles, les monorchides le sont toutes les fois que le testicule descendu dans les bourses est malade; en d'autres termes, le testicule dont la migration normale ne s'est point accomplie, qui s'est arrêté en un point quelconque du trajet qu'il doit parcourir, est impropre à sécréter du sperme fécondant, c'est-à-dire renfermant des spermatozoïdes. Telles sont les propositions générales qui découlent du travail de M. Godard. D'autres observateurs, en particulier MM. Follin, Roubaud, étaient arrivés à des conclusions analogues; mais leurs recherches avaient porté principalement sur les monorchides, infiniment plus communs que les cryptorchides. M. Godard a le mérite, non-seulement d'avoir réuni et critiqué toutes les observations de cryptorchide disséminées dans les auteurs, mais encore d'avoir le premier examiné au microscope le sperme fourni par un individu dont aucun des testicules n'était descendu dans le scrotum. Dans cet examen, M. Godard n'a pas rencontré un seul spermatozoaire; d'où il conclut que les cryptorchides sont stériles. Cette conclusion est en opposition avec les faits rapportés par divers auteurs, et dans lesquels on voit des cryptorchides devenir pères de famille. Il est vrai que la plupart de ces observations sont fort incomplètes, et que jamais l'examen anatomique du sperme n'a donné la preuve certaine que la paternité, dans ces cas, n'a point été simplement légale. Mais on n'est pas autorisé à suspecter la fidélité de toutes les femmes de cryptorchides qui ont eu des enfants, surtout si l'on considère que généralement ces individus ne sont nullement impuissants, et que plus d'un a dû laisser ignorer à sa conjointe l'infirmité dont il était affligé.

Si nous cherchons à nous rendre compte du défaut d'aptitude du testicule non descendu à sécréter du sperme véritable, l'anatomie pathologique nous donnera, dans le plus grand nombre des cas, une explication très satisfaisante. C'est surtout M. Follin qui nous a fait connaître les lésions du testicule qu'on rencontre chez les monorchides. Ces lésions sont variables. En effet, la glande séminale, arrêtée dans le trajet qu'elle doit parcourir, subit tantôt une sorte de transformation fibreuse, et tantôt une transformation graisseuse. La première résulte plutôt d'une atrophie générale du testicule, dont les canalicules séminifères, diminués de volume, donnent alors à l'organe un aspect fibreux, en même temps qu'ils permettent de voir plus nettement la substance fibreuse des cloisons. Dans la seconde, les canalicules sont envahis par des dépôts graisseux sous l'influence desquels leur substance propre disparaît graduellement, d'une manière plus ou moins complète. En général, le volume du testicule reste inférieur à celui du testicule normalement développé.

Ces lésions se conçoivent aisément, quant à leur mode de production, dans les cas où le testicule se trouve arrêté dans le canal inguinal ou dans l'épaisseur du périnée, comme on l'a observé dans quelques circonstances : soumis à des pressions variées de la part des muscles de la paroi abdominale ou du plancher périnéal, le testicule ne reçoit qu'incomplétement les matériaux nutritifs nécessaires soit à l'intégrité de son organisation, soit à celle de son fonctionnement. Il n'en est plus de même lorsque la glande séminale est restée dans l'intérieur de la cavité abdominale; il semblerait qu'alors rien ne dût s'opposer à son développement normal, et que l'absence de toute pression extérieure dût lui permettre de fonctionner exactement comme dans l'état physiologique. Il n'en est rien cependant : dans ces cas, comme lorsque la migration de l'organe a été partielle, ce dernier subit les mêmes altérations physiques et fonctionnelles; du moins n'a-t-on pas signalé d'exception pour les testicules restés dans l'abdomen. Peut-être serait-il possible d'expliquer ce fait par les considérations suivantes.

Tous les organes contenus dans la cavité abdominale subissent, de la part des muscles abdominaux, une pression considérable, manifeste surtout dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen ou de hernie : on voit alors les organes s'échapper au dehors. Le testicule, organe abdominal par son mode de développement, est soumis à la même pression aussi longtemps qu'il n'a pas franchi le canal inguinal. Mais une fois sorti de l'abdomen, il est régi par des conditions nouvelles. Déchargé de la pression qui pesait sur lui, il doit recevoir une quantité de sang beaucoup plus considérable qu'auparavant, et par conséquent se trouver dans des circonstances beaucoup plus favorables à son développement et à son activité sécrétoire. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer peut-être pourquoi, chez certains mammifères, tels qu'un grand nombre de rongeurs, les testicules, ordinairement renfermés dans le ventre, n'en sortent qu'à l'époque du rut. Il est vrai qu'on pourrait objecter que chez l'homme le testicule, bien que commençant sa migration vers le septième mois de la vie intra-utérine, et descendu ordinairement dans le scrotum à l'époque de la naissance, ne prend cependant tout son développement et ne commence à fonctionner qu'à l'époque de la puberté. Mais il n'en est pas moins vrai que la pression anormale à laquelle est soumis un testicule contenu dans l'abdomen, doit être un obstacle à l'évolution naturelle des phénomènes. Les recherches faites jusqu'à ce jour ne nous paraissent point avoir élucidé d'une manière satisfaisante ce côté de la question. Une observation de M. Godard, se rapportant à un cryptorchide qui a un testicule dans la fosse iliaque et l'autre dans le canal inguinal, semblerait démontrer que, même dans ces conditions, la vitalité du testicule est trop faible pour la sécrétion d'un sperme fécondant. Mais on ne serait pas justifié, à notre avis, de baser des propositions générales sur un seul fait, d'autant plus que d'autres observations, fort in-

(1) Dans une des dernières séances de l'Institut, M. Godard a présenté une nouvelle note à l'appui des conclusions de son mémoire.

complètes il est vrai, rapportées par divers auteurs, seraient en opposition directe avec ces propositions.

En résumé, nous croyons la science faite, en grande partie, pour ce qui est des monorchides, et nous nous rangeons volontiers aux propositions de M. Godard; quant aux cryptorchides, nous pensons que les observations recueillies jusqu'ici sont trop peu nombreuses pour permettre des conclusions générales. Nous devons néanmoins féliciter M. Godard d'avoir le premier tracé l'histoire des cryptorchides aussi complétement que le permettait l'état de la science, et d'avoir fourni le premier fait qui puisse servir à la solution définitive de cette question, intéressante sous bien des rapports, et d'une grande importance en médecine légale.

MARC SÉE.

VI.

VARIÉTÉS.

La session du Conseil impérial de l'instruction publique a été ouverte mercredi 3 décembre, sous la présidence de Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique et des cultes. Nous croyons devoir extraire du discours de M. le ministre le passage suivant, relatif au *nouveau système d'études* :

« Votre session, messieurs, sera courte et peu chargée d'affaires, les besoins du moment n'exigent pas qu'il en soit autrement. Il convenait, en tout cas, de réserver pour les sessions de 1857 l'examen de toutes les graves questions. Le nouveau système d'études supérieures et secondaires subit l'épreuve de la pratique; ses avantages et ses inconvénients ne peuvent ressortir incontestablement aux yeux du pays qu'après cette épreuve faite dans des conditions suffisantes de maturité. J'ajoute qu'il faut aussi qu'un ministre nouveau ait tout le loisir de l'étude et toute la garantie d'un exercice prolongé pour fixer ses idées et ses opinions.

» Votre sagesse, messieurs, approuvera sans doute cet esprit de réserve, si nécessaire pour le maintien et le perfectionnement de l'œuvre universitaire. Nos lycées voient augmenter le nombre de leurs élèves dans une proportion considérable. Nos Facultés continuent leur organisation. L'étude des sciences fleurit, celle des lettres se soutient; l'instruction primaire s'étend et s'améliore. On peut attendre dans une telle situation : et ce sera plus tard seulement que j'aurai l'honneur de soumettre au Conseil impérial le tableau complet des résultats intellectuels, moraux et financiers de notre large système d'instruction publique, parce qu'alors aussi l'expérience sera entière, et l'heure des saines appréciations sera venue. »

Le médecin peut-il consentir à ce que le client vérifie par lui-même sur son registre le nombre des visites, lorsqu'un mémoire détaillé a été remis au juge?

Voici sur ce sujet des remarques de M. le docteur Foucart auxquelles nous adhérons pleinement.

« L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

» Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les » pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par » état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la » loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, se» ront punis d'un emprisonnement de un à six mois et d'une amende de » cent à cinq cents francs. »

» Or, le passage du livre de notes, du registre du médecin, sous les yeux d'une autre personne, peut produire de graves inconvénients, des malheurs irréparables, et le médecin serait coupable s'il se mettait dans le cas de donner lieu à des événements de ce genre. Celui qui parcourt ce livre peut apercevoir le nom d'un malade qui aura consulté secrètement le médecin, et auquel la divulgation de ce secret sera très préjudiciable.

» C'est en nous appuyant sur cette disposition de la loi, protectrice du secret médical, et à laquelle de nombreux arrêts de la Cour suprême ont donné une extension plus grande encore, quant aux déclarations de naissance, par exemple, etc.; c'est en nous appuyant sur cet article que nous disions tout à l'heure que le médecin pouvait, s'il le voulait, refuser, même au juge, communication de ses livres. Cependant, à moins de circonstances d'un intérêt majeur, nous ne lui conseillerions pas ce refus au juge de l'examen d'un document propre à éclairer sa conscience.

» Mais à une personne étrangère, quel que soit l'intérêt mis en jeu, le médecin serait coupable de laisser examiner ces notes. Qui sait si tel client, inscrit sur son livre, ne lui intentera pas un procès le lendemain pour violation du secret à lui confié ?

» En vain objectera-t-on qu'il est des moyens mécaniques, l'interposition d'une feuille de papier, par exemple, sur les articles relatifs à d'autres personnes. Une indiscrétion est bientôt commise, et en supposant que le médecin ne s'exposât pas aux sévérités de la loi, il s'exposerait aux reproches bien autrement graves de sa conscience s'il arrivait un malheur du genre de ceux que nous avons signalés.

» Pour le client, le mémoire détaillé suffit, aussi détaillé que possible, conseillerons-nous à notre confrère. S'il le croit sans inconvénient, il pourra consentir au contrôle direct du juge *seul*, le provoquer même s'il le croit nécessaire.

» Une fois la conscience du magistrat parfaitement éclairée, il doit résister à d'autres exigences, et refuser son livre à des yeux indiscrets.

» Le juge appréciera la moralité des deux parties, et prononcera. Quelle que soit sa décision, le médecin aura fait son devoir. »

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 75 à 86. — 78. Contribution à l'étude des appareils de fractures, par *Ravoth*. — 79. Sur les déviations de la tête par la contracture des muscles du cou, par *Teutenburg*. — 80. Sur le scorbut terrestre, par *Leidesdorf*. — 81. Sur la prophylaxie des scolioses, par *Ravoth*. — 82. Sur le scorbut, par *Ravoth*. — Séjour prolongé du mercure dans le canal intestinal, par *Ficinus*.

DEUTSCHE KLINIK. — N°s 41 à 43. — 41. Anévrysme de l'artère alvéolaire, par *Heyfelder*. — 43. Quelques remarques sur l'usage interne du mercure métallique, par *Vogler*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — 8° vol., 2° cahier. — L'inoculation du vaccin préserve-t-elle également de la varioloïde, par *B. Ritter*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSK. — 8° vol., 4° cahier. Sur la délivrance par pression et non par traction, par *V. Ritgen*. — Sur les indications de la rupture des membranes de l'œuf, par *le même*. — Sur un moyen mécanique de guérir certaines tympanites spasmodiques, par *Schwarz*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N°s 40 à 42. — 40. Quelques remarques sur les maladies des enfants, par le professeur *Clar*. — 41. Sur l'insomnie dans la syphilis chronique, par le professeur *Sigmund*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT. — 1856. 4° cahier. Communications sur le croup, par *Bar*. — Sur la nécrose des os, par *Schnyder*.

VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDICINISCHEN GESELLSCHAFT IN WUERZBURG, 7° vol., 2° cahier. — Sur la vitalité des tubes nerveux, par *Kölliker*. — Quelques observations sur l'absorption de la graisse dans l'intestin. — Sur l'existence d'un foie gras physiologique chez les jeunes mammifères et sur les fonctions de la rate, par *le même*. — Sur la physionomie des crétins, par *Virchow*. — Sur l'inflammation et la rupture du muscle droit de l'abdomen, par *le même*. — Sur la dégénérescence amyloïde des glandes lymphatiques, par *le même*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N°s 43 à 45. — Considérations sur la section tendineuse, par *Lorinser*. — Sur la question du cancer, par *L. Benjamin*. — 45. Sur la période d'incubation de la syphilis, par *Sigmund*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — N°s 44, 45 et 46. — 44. Contribution à l'anatomie du placenta, par *A. Valenta*. — 46. Sur le cancer de la vésicule biliaire, par *J. Klob*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, d'Hebra. — Septembre et Octobre 1856. — Contribution à l'étude de la phthiriase, par *Husemann*.

Livres nouveaux.

DES KYSTES APOPLECTIQUES développés dans les parois du cœur et des anévrysmes des artères coronaires cardiaques. Notes et réflexions communiquées à l'Académie royale de médecine de Belgique, par le docteur *H. Heuse*. In-8° de 20 pages avec 2 pl. in-4° coloriées. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE GUY DE CHAULIAC, par le docteur *P.-M.-E. Cellarier*. 1 vol. in-8° de 280 pages. A Paris, chez J.-B. Baillière. 3 fr.

CANSTATT'S JAHRESBERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE DER GESAMMT. MEDICIN, im Jahre 1855. 3° volume. — II° fasc. Matière médicale, 286 pages. — VI° fasc. Médecine vétérinaire, 64 pages. — VII° fasc. Médecine légale et hygiène, 92 pages. — III° fasc. Pathologie spéciale et locale, 403 pages, Würzburg, chez Stahel, 1856.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier prochain.

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME III. — PARIS, 19 DÉCEMBRE 1856. — N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial en date du 10 décembre 1856, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes,

M. BÉCHAMP (Pierre-Jacques-Antoine), docteur en médecine, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur titulaire de chimie et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Par un décret en date du 17 décembre 1856, rendu sur la proposition de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, la chaire de physique de l'École supérieure de Pharmacie de Paris, est et demeure constituée sous le titre de *Chaire de physique appliquée à la pharmacie*.

Aux termes du même décret, M. REGNAULD, docteur ès sciences, docteur en médecine et pharmacien de 1re classe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 12 décembre 1856,

Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Montpellier les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice est expiré, savoir :

MM. Bourely .... 3e section
Parlier .... id.
Quissac .... 4e section.

Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Montpellier, les agrégés libres dont les noms suivent :

1° Pour trois ans, M. Brousse, 2e section ; M. Broussonnet, 3e section (médecine légale) ;

2° Pour six ans, M. Viguier, 1re section (botanique et histoire naturelle) ; M. Lescellier-Lafosse, 4e section (accouchements).

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Montpellier sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et naturelles.*

Anatomie et physiologie .... { Bourdel. Jacquemet.
Histoire naturelle .... Viguier.

2e SECTION. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.*

Chimie générale et toxicologie .... Faget.
Chimie pharmaceutique .... Brousse.

FEUILLETON.

Des lacunes, erreurs et imperfections de la littérature médicale.

LETTRE AU RÉDACTEUR DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

« Quelque diversité d'herbes qu'il y ait, tout s'enveloppe sous le » nom de salade ; de même, sous la considération des noms, ie » m'en vay faire icy une galimafrée de divers articles (1). » Je prends cette épigraphe, mon cher ami, pour justifier ce que ma narration aura de décousu, et pour indiquer en quelles régions multiples je compte butiner.

Je vous ai annoncé de la géographie pour cette lettre, vous vous êtes sans doute demandé quelle affinité existait entre cette science et la littérature médicale. J'ai à cœur de vous éclairer sur ce point.

Vous croyez peut-être, comme moi-même je l'ai cru longtemps, que la bibliothèque d'un médecin était suffisamment approvisionnée quand elle était pleine de livres de pathologie interne et externe, d'anatomie, d'histoire naturelle, etc., etc. C'est une erreur : et sans vouloir sortir du cadre ordinaire de leurs études, sans vouloir être poëtes, antiquaires, rhéteurs, politiques ou théologiens (ce dont le grand chancelier les blâme moins que Percy ne le donne à entendre) (1), les médecins qui écrivent doivent être un peu tout cela, et même géographes. Pour y parvenir, il leur faut une certaine quantité de ces livres, pesant plusieurs kilogrammes, et qu'on appelle dictionnaires dans le langage usuel. Un rayon de ma bibliothèque, tout proche de mon bureau, gémit sous le poids de ces tomes énormes qui n'auraient point été déplacés dans l'immortel

(1) Montaigne, *Essais*, liv. Ier, chap. XLVI.

(1) Bacon, *De la dignité et de l'accroissement des sciences*, liv. IV, chap. II, p. 253, éd. Charpentier. — Percy, *Dict.* en 60 vol., t. XIII, p. 235.

3e section. — *Sciences médicales.*

Pathologie interne	Parlier.
Clinique interne	Bourely.
Pathologie générale	Lassalvy.
Thérapeutique et matière médicale	Combal.
Hygiène	Girbal.
Médecine légale	Broussonnet.

4e section. — *Sciences chirurgicales, accouchements.*

Chirurgie	Quissac. Montet. Garimond.
Accouchements	Lescellier-Lafosse.

Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

MM. Arronssohn	3e section.
Bach	4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près de la Faculté de médecine de Strasbourg sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re section. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie	Koeberlé.
Botanique et histoire naturelle	Kirschleger.

2e section. — *Sciences physiques.*

Chimie	Strohl.

3e section. —*Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne	Dagonet.
Clinique interne	Hirtz.
Pathologie générale	Arronssohn.
Matière médicale et thérapeutique	Joyeux.
Hygiène et physique	Coze.
Médecine légale	Wieger.

4e section. — *Chirurgie et accouchements.*

Pathologie externe	Bach.
Clinique externe	Held.
Accouchements	Hergott.

Par arrêté du 12 décembre 1856, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Roberty.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Roux.
Clinique externe. — M. Coste.
Pathologie interne. — M. Bartoli.
Clinique interne. — M. Girard.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Villeneuve.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Seux.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Favre.

Professeurs adjoints et attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Rampal.
Clinique interne. — M. d'Astros.
Anatomie et physiologie. — M. Jourdan.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Ch. Guès.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Magail fils.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Bertulus.
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, de pharmacie et notions de toxicologie. — M. Dufossé.

M. le docteur Berrut est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Coste, professeur de clinique externe, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

Sont nommés professeurs honoraires de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille : MM. Sue, Roussel, Martin et Ducros, anciens professseurs de ladite École.

Par arrêté du 12 décembre 1856, M. Magnes-Lahens, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur adjoint, hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie.

M. Timbal-Lagrave est nommé professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Magnes-Lahens, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêtés en date du 13 décembre 1856, M. Ritter, élève en médecine, est nommé aide de chimie, de physique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Lévy.

M. Vouillemin, bachelier ès sciences physiques, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Freyss, dont la démission est acceptée.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 18 décembre 1856.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ÉLOGE DE M. ROUX.

Il faut en prendre son parti; les éloges destinés aux séances annuelles de l'Académie de médecine visent principalement

---

combat décrit dans le *Lutrin*, et auxquels j'ai recours au moins aussi souvent et aussi fructueusement qu'à certains traités spéciaux en faveur auprès de la gent iatrique.

Leur intervention sera nécessaire à ceux mêmes qui liront ma dernière épître. Je vous ai, en effet, parlé du nommé Jean Rodriguez ou Amatus Lusitanus. La biographie en deux volumes de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, assez piètre livre du reste, le fait naître à Castello-Bianco; la biographie du Dictionnaire en 60 volumes, à Castello-Branco; et enfin Dezeimeris à Castello-Blanco : il ne s'agit que de choisir entre les lettres *r*, *i*, *l*. Sans être sorcier, on peut deviner qu'il s'agit d'un château blanc, *castrum album*. C'est l'avis de M. Malgaigne qui adopte Roderic de Castello-Albo (1). Il ne s'agit plus que de savoir comment Le Camoëns aurait exprimé la couleur du lis ou celle de la zone périphérique d'un œuf sur le plat; mais ma collection de dictionnaires ne renferme pas le lexique portugais. Je trouve plus simple d'ouvrir Bouillet, et j'y trouve que Castello-Branco est une ville du Portugal enrichie aujourd'hui de 5,600 habitants, et située à 65 kilomètres sud-ouest de la Guarda. Je me déclare satisfait, et comme Ponce Pilate je m'en lave les mains. D'ailleurs le hasard m'a rendu l'autre jour examinateur d'un jeune étranger qui s'appelle Pedro de Castello Branco et qui s'honore de sa communauté de nom avec la patrie de Jean Rodriguez.

Et l'infortuné Gariopontus de Salerne, s'il cherche son nom dans la vallée de Josaphat, le retrouvera-t-il sous les travestissements indignes qu'on lui a fait subir. Pourra-t-il se reconnaître dans Garipotus, Garimpotus, Gariponus, Garnipulus, Warimpotus, Warmipotus, Raimpotus (1). Et vous qui haussiez les épaules quand je vous disais qu'on m'appellerait peut-être un jour Cerfeuil, Chevreuil ou Bouvreuil, en doutez-vous encore ? Le même Bouillet m'engage à écrire Acquapendente et non Aquapendente la patrie de Jérôme Fabrice, ce qui, du reste, a peu d'importance. Il ne faudrait pas

(1) Introduction aux *Œuvres d'Ambroise Paré*. Paris, p. 285.

(1) Biographie en 2 vol. de l'*Encyclopédie des sciences méd.*, t. Ier, p. 106.

à résoudre ce problème : parler le moins possible de science à propos d'un savant. Ceci, dans notre sincère intention, n'a rien de désobligeant pour M. le secrétaire perpétuel ; nous exprimons purement et simplement un fait. Il y a plusieurs genres d'éloge ; il y en a un notamment qui consiste à dresser le plus succinctement possible une sorte de table analytique des travaux du défunt, à éviter toute vue générale, soit d'histoire, soit de science ou de pratique, voire tout jugement approfondi des travaux particuliers dont il faut parler ; à s'abstenir en un mot de tout ce qui ne peut être goûté que d'esprits sérieux et nourris de connaissances spéciales, pour s'étendre longuement sur ce qui intéresse et amuse tout le monde, sur la physionomie morale, sur les reliefs du caractère, sur le parallèle, sur l'anecdote, sur tous les accidents de l'homme extérieur : c'est ce genre qu'a choisi M. Frédéric Dubois.

Il a pour cela, vraisemblablement, deux raisons : l'une (nous ne saurions dire si c'est la première) est qu'il y montre une aptitude qu'il n'aurait peut être pas au même degré pour un genre différent ; l'autre est qu'il veut plaire à tout le monde, et plus particulièrement à la plus belle portion de la réunion. C'est une preuve de goût contre laquelle la GAZETTE HEBDOMADAIRE n'aura jamais l'inconvenance de protester.

Ce qui résulte de ce choix, le voici en deux mots : Un chirurgien versé dans l'histoire de l'art contemporain se contentera difficilement d'un éloge où le livre, alors précieux, que Roux avait rapporté d'Angleterre n'a donné lieu à aucune de ces considérations, à aucun de ces rapprochements qui naissaient d'eux-mêmes et qu'on reproche à Roux lui-même d'avoir négligés ; où tout ce qu'on ose se permettre, à l'occasion de la staphyloraphie, est d'expliquer que le voile du palais « est une membrane délicate et mobile tendue au fond de la bouche. » Mais la majorité de l'assemblée répliquera à ce chirurgien exigeant que le genre narratif et anecdotique tient mieux l'attention en éveil, se prête davantage à l'émotion, au trait d'esprit, à la saillie, au tableau de mœurs, et, par ses applaudissements réitérés, elle encouragera M. Dubois à s'y tenir, ainsi qu'elle a fait mardi dernier.

Nous nous associons de grand cœur aux applaudissements. Une suite de peintures agréables, de rapprochements ingénieux, le culte des sentiments élevés, une grande indépendance d'appréciation, une habile distribution des sujets, un style clair et élégant, méritaient cet accueil chaleureux.

Nous mettons sous les yeux du lecteur deux passages excellents : l'un qui contient un parallèle entre Dupuytren et Roux ; l'autre qui est comme le résumé et la conclusion de l'étude dont le dernier a été l'objet dans le discours.

« Jusque là, toutes les fois que Roux avait voulu s'élever, il avait rencontré Dupuytren, et Dupuytren l'avait arrêté.

Que si parfois il était parvenu à se placer sur la même ligne que Dupuytren, c'est que, sur cette même ligne, il y avait plusieurs places ; là où il n'y en avait qu'une, c'était Dupuytren qui l'occupait. Il ne pouvait y avoir qu'un premier chirurgien du roi, c'était Dupuytren qui avait cet insigne honneur ; il ne pouvait y avoir alors qu'un chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, c'était Dupuytren qui occupait ce poste, et si M. Roux va enfin y parvenir, c'est que la mort de son rival lui laissera le champ libre.

C'était comme un dernier concours qui allait s'ouvrir entre ces deux chirurgiens : ce vaste établissement qu'on nomme l'Hôtel-Dieu était encore tout plein de la mémoire de Dupuytren ; l'ombre de ce grand chirurgien semblait encore errer dans ces longues salles, grave et silencieuse comme autrefois.

Ses internes, qui sont aujourd'hui, pour la plupart, des praticiens distingués, étaient demeurés en fonctions ; lorsqu'ils se trouvaient réunis, l'esprit de leur maître était avec eux, et semblait leur communiquer quelque chose de sa sévérité, de sa hauteur et de son dédain. Pour eux, M. Roux, comparé à Dupuytren, ne pouvait être qu'un personnage très secondaire.

On dit qu'effrayé lui-même de cette lourde succession, M. Roux hésita longtemps à l'accepter ; s'y étant enfin décidé, on sait comment il fut accueilli, et les préventions qu'il eut à surmonter.

Et cependant, voyez de ces deux chirurgiens, Dupuytren et M. Roux, lequel aurait dû plutôt se concilier la faveur de la jeunesse : l'un était un homme au port sombre et majestueux, on le voyait marcher en avant des élèves le visage hautain et soucieux, chacun se découvrait sur son passage et le suivait en silence ; l'autre se montrait le visage ouvert, satisfait et souriant, faisant à tous bon accueil, obligeant, serviable, et cherchant ainsi à grossir l'escorte un peu bruyante dont il partageait lui-même la gaieté.

Chez Dupuytren, l'éducation littéraire laissait à désirer, il y avait même dans l'éducation morale des lacunes qu'il n'avait pu réparer ; mais tout en lui imprimait le respect et tenait à distance ; sa parole, de même que son attitude et son geste, était simple, sévère et presque auguste.

M. Roux visait à l'élégance et brillait par d'autres côtés ; sans doute il y avait des répétitions, des incidences interminables dans toutes ses allocutions, mais quelle richesse de souvenirs, quelle finesse dans les aperçus ! Et tout cela sans apprêt, sans affectation, avec un charme, un abandon, une bienveillance dont rien n'approche.

Mais comme les juges de ce dernier concours étaient tous in-

---

s'imaginer que les dictionnaires géographiques, même les mieux famés et les plus complets, suffisent à lever tous les doutes. M. Malgaigne, qui joindra à ses titres celui d'érudit de premier ordre, est assez embarrassé à la page 76 de sa magnifique introduction aux œuvres d'Ambroise Paré pour dénommer orthodoxement Pierre d'Arelata ou d'Argelata, nommé aussi Pierre Argelata tout court, ou P. d'Argellata, ou d'Argillata, ou d'Arzelata, ou d'Arzilata, ou de Largelata, ou de la Cerlata (1). Il se décide pour Pierre d'Argelata, Pierre étant le nom patronymique, Argelata le nom de la bourgade qui le vit éclore. Or mon Bouillet ne parle d'aucun village, bourg, chef-lieu de canton ou sous-préfecture portant ce nom ; il ne cite que deux Argelès situées dans les Pyrénées hautes et occidentales. Faudrait-il dire Pierre d'Argelès, cela n'est guère probable. Faut-il croire que le professeur de Bologne est de la famille des Argellati, de Bologne, dont un Philippe et un François ont brillé plusieurs siècles plus tard, ou faut-il se procurer d'autres dictionnaires de géographie plus complets encore ? J'aime mieux, pour ma part, m'en rapporter à M. Malgaigne, dans lequel j'ai grande foi ; mais cela prouve qu'il n'est pas facile de se faire une conviction motivée sur des points même très simples en apparence. Tournez une page du livre de M. Malgaigne, et vous verrez que le rival de Pierre, Léonard Bertapaglia, de Padoue, n'a pas été mieux traité par les copistes, qui l'appellent Berta Palia, Bertopalia, Berutapalea, et jusqu'à Prædapalia. Quel bourbier, quel gachis !!

Mais j'ai encore quelque chose à faire en Portugal. Jean Rodriguez, qui n'est ni le seul Rodriguez, ni le seul Amatus (1), n'est pas même le seul Lusitanus, médicalement parlant. Environ cent soixante-quatre ans plus tard naissait à Lisbonne un Zacutus, que vous connaissez bien, et qui fut surnommé aussi Lusitanus, non pas

(1) Synonymie trop riche et à laquelle pourtant M. Jobert a encore ajouté P. de la Serlata, *Chirurg. plast.*, t. I, p. 4 de l'Introduction.

(1) Il en existe un autre à patrie équivoque et qu'on pourrait appeler aussi Aimé, Amato ou Amat. Biogr. du *Dict.* en 60 vol.

stinctivement hostiles à M. Roux, ils trouvaient que cette parole du téméraire successeur de Dupuytren n'était que diffuse, prolixe, pleine d'ambage et de circonlocutions, embarrassée de réticences, de synonymies et d'atténuations perpétuelles, tandis que la parole élevée, exacte et sentencieuse de Dupuytren était restée dans leur souvenir comme un modèle classique de correction, de justesse et de clarté.

Il faut avouer, du reste, que dans ses premiers actes et dans sa manière de procéder, M. Roux se conduisit de telle sorte qu'il parut justifier les préventions qui existaient contre lui. M. Roux, succédant à Dupuytren, s'était imaginé, dans sa bouillante ardeur, que pour effacer ce grand praticien il fallait agir et agir beaucoup.

Il oubliait que ce qui avait élevé si haut la renommée de son prédécesseur, ce n'était ni le nombre ni la nouveauté des opérations qu'il avait pratiquées, mais bien ce jugement exquis, cette sûreté de diagnostic, et cette rare prudence qu'il apportait dans chacun de ses actes. Il est vrai qu'il y mettait un peu d'artifice et d'ostentation, et qu'au fond le salut des malades l'inquiétait peut-être moins que le soin de sa propre réputation ; mais comme, après tout, ces deux choses étaient inévitablement liées, ces minutieuses précautions, ces profonds calculs tournaient, en définitive, au profit des malades.

Encore quelques mots, messieurs, et j'aurai terminé ce parallèle déjà si souvent repris entre ces deux illustres praticiens. Il semble qu'après ce dernier rapprochement dans les salles de l'Hôtel, et alors que tous les deux sont descendus dans la tombe, il n'y ait plus de comparaison à établir, de parallèle à suivre ; il est cependant un tribunal devant lequel ils auront à comparaître, qui seul portera sur eux un suprême jugement : je veux parler du concours qui s'ouvre pour tous les hommes célèbres devant la postérité.

L'histoire de la chirurgie aura alors à faire connaître ce que Dupuytren a fait pour étendre les limites de l'art, quelles ont été ses inventions, ses découvertes, tous ses travaux enfin, et l'on verra s'il a laissé ou non de quoi justifier et maintenir cette hautaine suprématie si laborieusement acquise.

M. Roux, de son côté, sera jugé au même point de vue ; le témoignage des contemporains sera sans doute invoqué : mais c'est, en définitive, sur pièces que leurs services seront appréciés ; il semble que M. Roux en appelait pour lui-même à ces temps éloignés quand il disait qu'on peut espérer de vivre, et de vivre éternellement dans la mémoire des hommes, lorsqu'après soi on laisse de grands travaux, tandis que le talent du professeur n'étant que viager s'éteint et meurt avec celui qui le possédait.....

... Des trois grands chirurgiens qui ont rempli la première moitié du XIX^e^ siècle, Boyer, Dupuytren et M. Roux, celui-ci a eu incontestablement pour lui d'être, comme opérateur, le plus ingénieux, le plus entreprenant et le plus hardi ; mais nous devons ajouter que trop souvent il a poussé cette hardiesse jusqu'à la témérité. Pour lui, nous l'avons vu, les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien se résumaient presque toutes dans l'art d'opérer avec assurance et avec grâce, et avec grâce surtout. Plus que personne, M. Roux aurait pu, dans le cours de sa longue carrière, être utile à l'humanité ; il a fait avancer la science, et en plusieurs points il a reculé les limites de l'art. Que n'avait-il un peu plus de cette prudence et de cette réserve si nécessaires dans la pratique de la chirurgie ! Il excellait en tout ; mais, n'ayant jamais su se contenir, il abusait un peu de tout, non-seulement de sa parole et de sa plume, mais encore de ce qu'il y a de plus redoutable au monde, de l'art chirurgical ! Impatient d'agir, désireux de se montrer avec tous ses avantages, c'est-à-dire l'instrument à la main, il ne prenait pas toujours le temps de s'assurer si telle opération était absolument nécessaire, si elle était rigoureusement indispensable, il examinait si elle était *possible* ; or quelle opération, pour un chirurgien aussi habile, pouvait ne pas être possible ?

Étrange et brillante nature qui ne péchait que par l'excès même de ses qualités ; on eût dit qu'une fée jalouse s'était plu à gâter en lui les plus beaux dons du monde, en les lui prodiguant sans mesure et sans discernement ; de là cette verve, cette fougue que l'âge n'avait pu calmer ; de là aussi ce défaut d'ordre et de suite qui se reproduisait tour à tour dans ses leçons, dans ses écrits et dans sa pratique. Que de fois ne l'a-t-on pas vu, se livrant aux hasards de ses inspirations, commencer une opération, comme un discours, sans savoir précisément où il s'arrêterait ni comment il finirait, étonné ensuite lui-même des détours qu'il avait pris et des résultats auxquels il était parvenu.

M. Roux était donc un grand opérateur, mais il l'était trop exclusivement ; il n'était point assez pénétré de cette grande et incontestable vérité que, pour être un heureux chirurgien, il faut être en même temps un sage médecin ; que ce qui fait aujourd'hui la force et l'honneur de la chirurgie, c'est que, dans ses études et dans son exercice, elle est étroitement unie avec la médecine. »

A. Dechambre.

EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES CONTRE LE TÉTANOS. — LES KYSTES DE L'OVAIRE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS.

Le *Giornale delle science mediche*, de Turin (n° du 30 novembre dernier), nous apporte le compte rendu d'une discussion importante qui a eu lieu à l'*Académie médico-chirurgicale* de cette ville, au sujet d'une médication qui a été essayée à peu près dans tous les pays, dans la médecine humaine comme dans la médecine vétérinaire : nous voulons parler des anesthésiques en inhalation contre le tétanos.

cependant parce que la capitale lui avait donné naissance, comme le croit la *Biographie en deux volumes* déjà citée (1). Or, en cette occurrence, il devient indispensable de faire précéder le nom du pays par le nom de l'homme ; il faut même avouer que le procédé est assez simple, et pourtant vous verrez de temps en temps citer avec aplomb Lusitanus tout court, de façon que s'il s'agit d'un petit fait dont vous teniez à vous assurer vous-même, vous avez l'agréable perspective de fouiller dans les in-folio de Zacutus ou dans les in-quarto d'Amatus, et d'y absorber une semaine entière, si cela vous paraît réjouissant.

Je veux bien supposer que les fauteurs de cette simplification lamentable savent eux-mêmes lequel des deux ils citent, mais on peut au moins les taxer poliment de paresse, car s'ils s'étaient donné la peine de mettre le prénom ou au moins une initiale, ils éviteraient beaucoup de peine à leurs successeurs, dont, en revanche, l'activité et la patience sont mises à une rude épreuve par ces négligences.

(1) *Lusitanus* veut dire Portugais et rien de plus ; cela n'implique pas qu'on soit né à Lisbonne, de même que Français n'a jamais voulu dire qu'on est de la rue Saint-Denis ou du Marais. Lisbonne s'est appelée *Felicitas Julia*, *Olisippo*, *Lisboa* et jamais *Lusitum* ni *Lusitanum*.

Nous retrouvons cet oubli du nom propre et la substitution géographique jusque dans des ouvrages modernes. Ainsi un auteur, qui pourtant ne pèche pas souvent sous ce rapport, écrit Hilden tout court (1). Or tout le monde, et surtout les commençants, ne

(1) *Anat. et physiol. du système nerveux*, t. I, p. 196. Jourdain dans son *Traité des maladies chirurgicales de la bouche*, dit partout Hildan ; Turner, *Maladies de la peau*, fait souvent de même : c'était, à ce qui paraît, une mode adoptée autrefois. — Le même Jourdain est pris d'un scrupule à l'endroit des noms propres. Vous lirez ceci dans une note de la page 144 du t. II : « On n'est pas peu surpris de trouver Baïerus cité dans un ouvrage célèbre, et quelques pages plus loin du même ouvrage Baïer ; on pourrait croire que ce sont deux auteurs différents ; mais il faut observer que c'est le même auteur cité en latin et en français. » Jourdain a raison dans l'espèce ; mais a-t-il le droit d'être si difficile lui qui écrit t. I, p. 443 et suivantes · Levrelle et Moriceau ses contemporains ; et qui lirait dans son livre Munisk et Muysk, et ailleurs, Munnicks, pourrait bien supposer qu'il s'agit au moins de deux individus différents. (T. II, p. 168 et 182. 1778. Le livre est pourtant suivi d'un *errata*.)

Dans cette discussion, à laquelle ont pris part surtout MM. Berruti, Carmagnola et Perosino, il importe de faire deux parts bien distinctes : à savoir, celle des résultats thérapeutiques obtenus et celle du mode d'action des anesthésiques.

Le résultat des expériences, — non pas seulement de celles qui ont été produites devant l'Académie de Turin, et qui sont d'origine française, mais de toutes celles dont la relation a été publiée, — ce résultat est le suivant. Sur un certain nombre de sujets, l'effet des inhalations d'éther ou de chloroforme a été nul ; il a été nul en ce sens que, si un peu de calme est survenu, si les muscles se sont plus ou moins détendus pendant l'opération, l'ensemble des accidents s'est reproduit immédiatement après, et la mort a eu lieu à peu près aussi promptement que si l'on n'eût rien fait pour la conjurer. Il est même des cas où, une action particulière et mal connue encore du chloroforme paraissant se joindre à l'action asphyxiante du tétanos, les accidents se sont visiblement aggravés. Mais ces insuccès sont contre-balancés par une autre série d'observations dues principalement à MM. Barth, Borand, Henri Bouley, Caigniet, Cary, Cooper, Delwart, Forget (de Strasbourg), Hopgood, Ledru, Pertusio, Petit, Sève, et dans lesquelles l'efficacité des anesthésiques a été incontestable. Tantôt, leur action s'est bornée à produire un relâchement complet des muscles, qui persistait pendant plusieurs heures, une journée même et davantage, rétablissant ainsi pour un long temps la liberté de la respiration, et effaçant en grande partie les traces de l'asphyxie tétanique ; puis, la contraction se reproduisant, on recommençait l'opération, qu'on renouvelait aussi souvent que de besoin jusqu'à cessation complète des accès. De sorte qu'on est en droit de penser que, dans cette série de cas, si le chloroforme et l'éther n'ont pas eu une action décidément et franchement curative, ils ont du moins prévenu les accidents qui sont, pour ainsi dire, les instruments de mort du tétanos, et donné le temps à la maladie de se juger, de s'épuiser sans catastrophe. Tantôt, mais plus rarement, les anesthésiques ont fait cesser rapidement des symptômes de la plus haute gravité qui avaient résisté à l'emploi de beaucoup d'autres moyens, et ont exercé assez clairement une action curative directe. Nous n'avons pas actuellement sous les yeux un assez grand nombre d'observations pour oser établir la proportion des succès et des insuccès; mais, en 1851, M. Prévost a trouvé 22 guérisons sur 38 cas de tétanos traités soit par l'éther, soit par le chloroforme (*Thèses* de Paris).

Tel est, disons-nous, le bilan des expériences connues. Si on le prenait pour une mesure rigoureuse de la valeur des anesthésiques dans le traitement du tétanos, on devrait porter un jugement des plus favorables; car est-il une maladie plus terrible et où l'impuissance de l'art ait été plus souvent et plus justement déplorée ? Mais plusieurs motifs commandent la circonspection.

En premier lieu, il est fort vraisemblable que, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, on n'a pas mis le même cœur à publier les cas d'insuccès ou de malheur qu'à appeler l'attention sur les tentatives heureuses. On ne sait donc pas, on ne peut savoir au juste, le résultat total des expériences qui ont eu lieu, et qui toutes, dissimulées ou non, constituent au même titre les éléments d'une appréciation véridique.

Secondement, l'immense majorité des cas heureusement terminé se rapporte au tétanos idiopathique. Par exemple, et pour n'affirmer que sur pièces, des sept observations rapportées par M. Perosino, une seule, empruntée à M. Ledru, appartient au tétanos traumatique. Il s'agit d'un cheval, chez qui des convulsions toniques générales avaient paru avoir pour point de départ un cautère placé au voisinage de l'œil. Encore est-il bon de rappeler que l'amélioration produite par l'inhalation de l'éther a été très passagère, qu'elle a cessé de se produire aux séances ultérieures, pour ne s'établir définitivement qu'après une saignée de deux livres à la saphène. Les trois observations de guérison racontées par M. Pertusio concernent le tétanos traumatique ; mais elles ont un cachet spécial qui les rapproche jusqu'à un certain point du tétanos idiopathique en ce qu'elles n'offraient pas le double caractère observé quelquefois dans le tétanos qui succède aux blessures : l'irritation douloureuse de la plaie et l'exaltation de la sensibilité le long du membre blessé. Cette remarque, toutefois, n'est pas de nature à affaiblir beaucoup la valeur de ces faits ; on sait que le tétanos se développe le plus souvent sans aucun préliminaire, ni du côté de la plaie, ni dans les parties situées au-dessus.

En résumé, et à s'en tenir au point de vue expérimental, on peut dire que les résultats acquis sont de nature à recommander sérieusement l'emploi des inhalations anesthésiques dans le traitement du tétanos. Quel que soit, en réalité, le nombre des tentatives infructueuses, les succès attestés par les praticiens les plus recommandables n'en ont pas moins une valeur propre et intrinsèque, étrangère aux questions de nombre. Nous l'avons dit, les inhalations em-

---

sont pas forcés de savoir que Guillaume Fabrice est sous-entendu, et l'on sera d'autant plus embarrassé que la plupart des biographies n'ont point d'article *Hilden*.

Ces confusions entre les noms d'hommes et les noms de villes sont loin d'être rares, et lorsque les néophytes ou les ignorants renforcés s'en emparent il en jaillit quelquefois des béotismes splendides. Je citerai entre autres le suivant, qui est fort connu à Paris, et fit grand bruit à l'école ; il mérite d'être promulgué. Un jeune candidat ayant revêtu la robe noire et le rabat, venait chercher dans un acte solennel le *dignus intrare*. Après les dédicaces et le titre qui annonçait une dissertation sur les fièvres intermittentes, on lisait ces mots, placés audacieusement en vedette à la première ligne : « Depuis Hippocrate jusqu'à Cos, etc. » Pourquoi pas depuis Jules César jusqu'à Carpentras ? Pour en revenir à notre sujet, je pense tout d'abord que le papier, l'encre, les frais d'impression étant aujourd'hui à des prix doux, il faut se décider à donner les noms suffisemment complets pour que la confusion ne surgisse pas quand elle sera possible.

Au reste, le mécanisme de ces abréviations s'explique assez aisément, mais il faut le prendre de loin. Au moyen âge et à la renaissance, les hommes illustres couraient assez volontiers le monde, et changeaient sans façon d'université, adoptant avec raison ce grand principe que la science et le talent n'ont pas de patrie. Or, dans leurs pérégrinations lointaines, ils voulaient garder au moins l'étiquette de leur provenance. Ceci, joint à l'absence fréquente de nom de famille à cette époque, les faisait dénommer par un simple prénom, suivi de l'indication de la terre natale. S'il fallait des exemples, j'en pourrais citer une foule depuis Constantin l'Africain, Gérard de Crémone, Roger de Parme, Hugues de Lucques, jusqu'à Gui de Chauliac, et tant d'autres; ils imitaient en cela ces grands médecins périodeutes des premiers siècles qui s'appelaient Arétée de Cappadoce, Rufus d'Éphèse, Alexandre de Tralles, Aétius d'Amide, Paul d'Égine, etc.

Toujours est-il que les noms de famille devenant plus communs vers le XIV^e^ siècle, on usa plus modérément de l'indication distinctive tirée de la ville ou de la patrie, et qu'on ne s'en servit guère

ployées en plein cours de tétanos, après beaucoup de médications inutiles, ont eu le plus souvent pour effet de détendre le système musculaire, notamment celui de la respiration, et d'assurer au moins par là une certaine prolongation des jours du malade ; ce qui est déjà en soi une chance de guérison.

Quant à savoir comment agit l'anesthésique, s'il porte son influence seulement sur l'un des symptômes du mal ou jusque sur la *condition pathologique*, comme dit M. Berruti, c'est une question assez embarrassante, et dont la pratique n'a pas à se préoccuper beaucoup. M. Berruti et M. Pertusio ne sont pas fondés, ce nous semble, à contester *à priori* l'efficacité du moyen, sous prétexte que la condition pathologique échappe à son action, et que l'anesthésique, n'agissant d'une manière directe que sur la sensibilité, ne peut attaquer radicalement une affection qui porte sur les organes de la motilité. Nous ne savons pas en quoi consiste le tétanos, ce qui est la condition essentielle de son existence; si cette ignorance devait enchaîner la thérapeutique, ce devrait être aussi bien pour les antispasmodiques, pour la valériane, pour le musc, pour le hachisch (dont MM. Gaillard et Saussure ont vanté les bons effets), que pour l'éther et le chloroforme. Le tétanos, dans son expression symptomatique, est sans doute une souffrance des muscles, ou plutôt des nerfs du mouvement; mais, ainsi que l'a dit M. Perosino, ce symptôme n'est pas primitif; le trouble quelconque qui, d'une plaie située sur un membre, aboutit au trismus et à une contraction tonique générale, a eu nécessairement pour intermédiaire les centres nerveux. Or, de la plaie à la moelle, le courant n'a pu se faire que par des nerfs de sensibilité, et c'est conséquemment par action réflexe que s'est produite la contracture. Peut-être est-ce par les nerfs sensibles du grand sympathique que s'opère la transmission jusqu'à la moelle (car on sait que le sympathique a aussi deux ordres de nerfs); peut-être même est-ce par ses nerfs moteurs que s'opère le retour vers le système musculaire. En sorte que le tétanos pourrait bien être primitivement une affection de la sensibilité, masquée dans son caractère initial par le faible degré de sensibilité du sympathique. Mais nous le répétons, c'est là une question trop obscure pour y subordonner la valeur d'un agent thérapeutique.

— La question du traitement chirurgical des kystes de l'ovaire est venue aussi devant la *Société médicale des hôpitaux*, et elle a porté principalement sur le degré de danger des ponctions. Plusieurs membres ont cité des exemples d'accidents graves et même de péritonite mortelle consécutifs à des ponctions simples (nous ne parlons pas des *incisions* qui sont des opérations d'un tout autre caractère); mais, quand l'autopsie a pu être pratiquée, on a vu que ces kystes présentaient, dans leurs dispositions anatomiques ou dans leur composition, des conditions défavorables. La seule conséquence à tirer de ces malheurs tout à fait exceptionnels est, comme l'a dit M. Moutard Martin, de faire un plus fréquent usage des ponctions exploratrices. M. Barth, M. Guérard, ont justement insisté sur l'innocuité habituelle des ponctions pratiquées avec les précautions convenables. C'est, en effet, ce résultat général qui doit servir de base aux règles de la pratique.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Études sur les amputations par les caustiques ; amputation de la cuisse sous-trochantérienne, par MM. Maunoury et Salmon, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

Nous avons rapporté dans le journal l'*Union médicale* (v. à la *Revue des journaux*, p. 910) deux cas d'amputation des membres par les caustiques (potasse et chlorure de zinc); nous avions pratiqué avec succès ces deux amputations pour des accidents consécutifs à des lésions traumatiques aiguës, l'une à la partie supérieure du bras pour un érysipèle gangréneux et un commencement d'infection purulente, l'autre au-dessous du coude, pour une gangrène traumatique de l'avant-bras ; nous avons ainsi arrêté par la cautérisation les accidents qui nécessitaient l'ablation du membre et menaçaient la vie des malades. Dans le premier cas, la section avec l'instrument tranchant dans les chairs enflammées eût été certainement impuissante contre les progrès de l'érysipèle phlegmoneux qui envahissait déjà toute l'épaule, le cou et la partie supérieure de la poitrine ; dans le second cas, la section n'eût pu être faite au-dessous du coude, mais à la partie moyenne du bras; par l'instrument tranchant on eût donc sacrifié le lieu de *nécessité* au lieu d'élection. Depuis, forts de notre expérience acquise par ces deux faits et par de nouvelles

que pour faciliter le diagnostic différentiel entre deux ou plusieurs grands hommes décorés de noms semblables ou analogues; exemple : les deux Fabrice. C'est d'ailleurs vers cette même époque que la manie des pseudonymes latins s'installa si vigoureusement. Qu'arriva-t-il alors pour les noms à géographie? Une chose bien simple : on s'était d'abord accoutumé à supprimer la virgule ou la parenthèse, à supposer qu'on eût jamais employé ces petits signes; puis on finit par s'imaginer que Salicet, Chauliac, Hilden ou Hildan, Acquapendente étaient bien suffisants pour désigner Guillaume, Gui, G Fabrice ou H. Fabrizio, et l'on se contenta du nom d'une ville, qu'on prenait sans doute pour un nom d'homme. C'est ainsi qu'on appelle quelquefois Carpi tout court le célèbre Béranger de Carpi. Aussi voyez-vous sur diverses éditions françaises les titres suivants : *Les œuvres chirurgicales d'Acquapendente; Remarques sur la chirurgie de Chauliac*. Lyon, 1649, etc., etc. C'est absolument comme si un éditeur de nos jours annonçait dans son catalogue de livres de fonds la *Pathologie générale d'Amiens*, ou le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire de Cassis*, en sous-entendant Fréd. Dubois et Aug. Vidal, ce qui, par parenthèse, pourrait bien embarrasser nos arrière-petits-neveux, qui auraient quelque peine à comprendre comment l'ex-capitale du pays au cidre a pu éditer deux volumes, et comment la bourgade des Bouches-du-Rhône cumule dans ses productions la chirurgie, le corail et les vins muscats.

En France, il faut le reconnaître, la plupart de nos ancêtres, surtout les chirurgiens, n'abusaient pas trop du moyen ; ils portaient fièrement et noblement des noms très vulgaires et très roturiers, et pendant que les pédants étrangers ou les superbes docteurs régents s'affublaient de noms latins plus ou moins burlesques, et s'efforçaient de devenir des savants en *us;* pendant que Jacques Despars se nommait J. de Partibus; J. de Colle, Joh. a Collibus; Benedict, Benedict de Leonibus; Jean Loisel, Johannes Avis, etc., Jean Pitard, Séverin Pineau, Jean Fernel, Guillaume Rondelet, Jean Tagault, Pierre Pigray, Jacques Guillemeau, Jean Riolan, etc., etc., illustraient leur pays. A la vérité, parmi les chirurgiens, un bon nombre avaient fait ou faisaient encore la barbe

recherches expérimentales sur l'action et l'innocuité des préparations caustiques au chlorure de zinc et à la potasse, instruits par les travaux des anciens chirurgiens sur le mode thérapeutique des caustiques, encouragés par la tendance de la chirurgie moderne vers l'usage plus fréquent des cautérisations, nous étions déjà disposés à persister dans la voie que nous avons adoptée, lorsque le fait suivant se présenta à notre observation.

Obs. I. — *Exostose médullaire fongueuse de l'extrémité inférieure du fémur, du volume d'une tête d'adulte; fracture spontanée du corps de l'os; amputation sous-trochantérienne à lambeaux, par les caustiques à base de potasse et à base de chlorure de zinc, en cinq séances. Tendance à la récidive après trois mois.* — Trubert, charretier de labour, quarante-trois ans, habitant le village d'Umpeau, d'un tempérament sanguin, né de parents qui n'ont pas eu d'affection cancéreuse, s'est toujours bien porté et n'a jamais été atteint ni d'affections rhumatismales, ni d'affections syphilitiques.

Il entra, le 1er septembre 1856, à l'hôpital de Chartres, pour une tumeur considérable de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche, survenue dans les circonstances suivantes :

Trois mois auparavant, il sentit, en portant un sac de grain dans une voiture, un craquement dans le genou gauche; une légère claudication et un gonflement du genou survinrent instantanément; cependant Trubert put encore marcher et vaquer à ses travaux pendant trois semaines, puis il fut obligé de rester à son domicile, et enfin, depuis six semaines il garde le lit, par suite de l'impossibilité absolue de la marche et par suite du gonflement du genou, qui augmenta d'une manière rapide malgré les topiques et la médication iodée à l'intérieur.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons à l'extrémité inférieure de la cuisse une tumeur du volume d'une tête d'adulte au moins. Cette tumeur arrondie envahit toute l'épaisseur de la cuisse; elle s'étend en haut jusqu'à la moitié inférieure du fémur, et en bas jusqu'au genou; elle est rénitente et élastique sous les doigts dans tout son pourtour; elle ne paraît fluctuante dans aucun point, et la pression ne produit aucune douleur; mais la jambe est fléchie sur la cuisse, les mouvements du membre sont impossibles, l'extension forcée est douloureuse, et parfois il survient instantanément des angoisses très vives dans la tumeur; en imprimant des mouvements de latéralité à la tumeur, on sent qu'il y a solution de continuité et en quelque sorte dislocation du fémur.

La peau, non excoriée, est amincie par sa distension : elle est de couleur bleuâtre, par la dilatation des veines sous-cutanées qui sont transformées en véritables sinus. Léger œdème de la jambe et de la cuisse, pas d'engorgement des ganglions inguinaux, pas de tumeurs de l'abdomen, pas de symptômes généraux.

L'état satisfaisant du malade, le volume de la tumeur et la nature cancéreuse de la membrane médullaire du fémur nécessitaient l'amputation de la cuisse; mais d'après la dilatation énorme des veines sous-cutanées, il était indubitable que nous aurions, au moment de l'opération, un écoulement considérable de sang veineux et peut-être une hémorrhagie foudroyante; aussi, dans cette conjoncture, avons-nous jugé l'amputation par les caustiques plus favorable que par l'instrument tranchant.

Opération. Le 4 septembre au matin (1re séance), cautérisation de la peau au moyen de la potasse pure et du caustique Filhos, en décrivant deux lambeaux ovalaires à convexité inférieure, l'un externe plus long, et l'autre interne plus court; ces deux lambeaux se réunissent en avant par une commissure sur le trajet de l'artère fémorale, à 11 centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Nous laissons intacte la peau qui correspond au trajet de l'artère.

La délimitation des lambeaux et la cautérisation de la peau dans toute son épaisseur ont été faites en vingt minutes par frottement du crayon caustique sur la peau. Cette longueur de temps s'explique par l'immense étendue de la ligne cautérisée, destinée à circonscrire les deux lambeaux; lorsque le derme a été ramolli et de couleur gris-bleuâtre, application, dans la rigole cautérisée, de lanières de pâte de Canquoin maintenues au moyen d'un bandage. (Régime ordinaire; quatre portions de pain et de vin.)

Dans la journée, pas de fièvre, pas de symptômes particuliers, pas de douleurs vives, insomnie pendant la nuit.

Le 5 septembre (2e séance), le malade est bien : pas de fièvre; la ligne de démarcation des lambeaux est cautérisée, déprimée et large de 1 centimètre environ; l'eschare est d'un gris blanchâtre, et la peau limitrophe est légèrement rougeâtre, sans inflammation sensible, ce qui dénote chez notre malade le peu de vitalité de la peau. Après l'ablation des lanières, cautérisation nouvelle faite de la manière suivante :

Section, avec les ciseaux, de toute l'épaisseur de l'eschare, jusqu'au tissu cellulaire, qui est cautérisé également, ainsi que les grosses veines sous-cutanées. Cette section de la peau, du tissu cellulaire et des veines n'a donné que quelques gouttes de sang. Dans la rigole qui limite le lambeau externe, nous pratiquons, à des intervalles de 1 centimètre environ, le tarandage des tissus avec un cylindre de potasse pure, et nous introduisons, dans les perforations formées par ce caustique liquéfiant, des lanières de chlorure de zinc à 2 ou 3 centimètres de profondeur. Ces lanières ont été maintenues dans les chairs au moyen de boulettes de charpie; dans la rigole du lambeau interne, application de lanières au chlorure de zinc, sans perforation préalable des tissus avec la potasse.

Pendant toute cette opération, qui a duré une demi-heure, il y a eu un suintement léger de sang noirâtre dans un point, suintement dû au ramollissement des tissus par la potasse, parce que nous avions tardé d'appliquer immédiatement, dans la perforation une lanière au chlorure de zinc; aussi, après l'application de cette lanière, le suintement cessa instantanément.

Pendant cette deuxième séance, le malade parut souffrir plus qu'à la première (régime tonique, quatre portions de pain et de

---

aux bons bourgeois, et il leur en eût cuit sans doute de quitter l'enveloppe des vilains pour l'apparence patricienne; mais ils n'ont rien perdu à ce prudent sacrifice. Notre grand Paré n'aurait rien gagné à s'appeler Ambrosius Ornatus ou Ambroise de Laval; et le pauvre inciseur, le *tailleur de pierre et de rupture*, l'*abatteur de cataracte* provençal, n'avait besoin que de se nommer Pierre Franco pour que les générations suivantes l'inscrivissent sur la liste des grands chirurgiens.

Mais la chair est faible, la particule fructueuse, même appétissante; or donc plusieurs n'ont pas résisté à la tentation de répudier le nom paternel, et de le remplacer par celui du donjon originel. Jean Matthieu Ferrari fut de ce nombre. Il était sorti du flanc de sa mère dans un château du Milanais appelé Grado; il en profita pour s'appeler lui-même Matthieu de Gradibus, ce qui devait certainement faire très bon effet aux oreilles des rois, princes et princesses, ducs et duchesses, grands seigneurs et grandes dames qui composaient sa splendide clientèle, et qui probablement, dans ce temps-là, n'aimaient pas trop à être coudoyés et examinés de plus près encore par un manant. L'histoire nous dit, en effet, que mons Matthieu visita les hémorrhoïdes de Louis XI, les régions inguinales et vulvaires de nobles Bourguignonnes, donna à la marquise de Malespine des conseils judicieux contre la stérilité (1). Or, comme on s'expose à perdre son prestige en dévoilant à ses inférieurs les infirmités secrètes, on conçoit que le *de Gradibus* adoucissait pour les grandes dames les désagréments inhérents à l'exhibition des *rerum absconditarum*. Que diable, l'homme n'est pas parfait, la pudeur n'est pas un préjugé blâmable, et puis d'ailleurs le spéculum a ses exigences.

La mutation au reste se fait parfois, j'en suis convaincu, par la force des choses, et sans préméditation vaniteuse, par le procédé qui suit : On s'appelle M. Jean Falempin, je suppose; il se trouve dans la même cité, et muni d'un même diplôme, un autre Falempin qui s'appelle Jacques, si vous voulez; on estime son confrère, mais on veut garder son individualité, et les initiales étant évidem-

(1) Malgaigne, Introduction aux *Œuvres d'Ambroise Paré*, p. XCIV., 1840.

vin). Le malade a bien passé la journée ; appétit complet, pas de fièvre, nuit sans sommeil et sans douleur.

Le 6 septembre (3^e séance), du côté du lambeau externe, introduction des lanières au chlorure de zinc dans l'épaisseur des muscles de la cuisse ; du côté interne, introduction plus superficielle dans les muscles internes ; il n'y a pas eu le moindre écoulement de sang. Au moment du taraudage des fibres musculaires avec le cylindre de potasse, la douleur est vive. Dans la journée, le malade a mangé ses quatre portions ; il n'a pas eu de fièvre ; il a dormi une partie de la nuit sous l'influence de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 7 septembre (4^e séance), introduction des lanières caustiques jusqu'aux fibres musculaires profondes qui adhèrent immédiatement au fémur ; application de nouvelles lanières au chlorure de zinc (soit la pâte Canquoin, soit la gutta-percha). Il n'y eut pas d'écoulement de sang. Le malade a mangé ; mais le soir il y a de la fièvre et les traits sont un peu tirés.

Le 8 septembre (5^e séance), à la région externe, cautérisation jusqu'à l'os, par conséquent toute la masse musculaire externe est cautérisée en dédolant, de bas en haut et de dehors en dedans. En cautérisant en arrière avec le cylindre de potasse, il est survenu un écoulement de sang qui paraît provenir de l'artère fémorale profonde ; aussitôt l'artère crurale est comprimée au moyen du tourniquet, des lanières de pâte Canquoin sont appliquées, l'eschare molle produite par la potasse est solifiée immédiatement par l'application de ces lanières, et l'écoulement sanguin est arrêté. Vers la région postérieure de la cuisse, toute la couche musculaire est cautérisée jusqu'au nerf sciatique. Application de nouvelles lanières au chlorure de zinc.

Le soir, le malade est tranquille ; il souffre dans la jambe, qui est fortement œdématiée. Cette douleur tient à la cautérisation du nerf sciatique, et l'œdème à l'oblitération des veines sous cutanées et profondes, qui étaient très considérables et qui sont toutes cautérisées. La nuit, le malade n'a pas dormi, à cause de la douleur de la jambe.

Le 10 septembre (6^e séance), comme le fémur était à nu du côté externe, qu'en arrière et en dehors il était encore recouvert par les fibres profondes du triceps, fibres qui devaient être cautérisées par l'application faite, la veille, des lanières caustiques, nous jugeons opportun de faire la section de l'os avec la scie et la ligature de l'artère crurale.

Section des gros vaisseaux cruraux et du fémur. Le malade ayant désiré ardemment être chloroformisé, nous avons accueilli ses instances, bien que nous reconnaissions son inutilité en pareille circonstance. Au moment de l'incision du paquet vasculaire, il s'écoula un flot de sang veineux provenant du bout inférieur de la veine fémorale, qui était fortement distendue ; car elle seule servait de canal de dérivation au sang provenant des sinus de l'énorme tumeur du genou et de tout le membre inférieur, la veine saphène et les autres veines ayant été oblitérées par la cautérisation.

Ligature des vaisseaux en masse ; section du fémur à la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs ; au niveau de la section, l'os paraît sain ; il s'écoule un peu de sang de l'artère médullaire ; les deux lambeaux peuvent recouvrir l'extrémité de l'os. Pansement à plat, avec des boulettes de charpie interposées entre les lambeaux (1).

La journée et la nuit se sont bien passées.

Le 11 septembre, pas de fièvre, douce moiteur de la peau ; le malade a pris trois soupes, 60 grammes de vin de Malaga. Eau vineuse.

Le 12 septembre, état général satisfaisant, le pouls fort et plein, bonne moiteur de la peau, langue humide, appétit, pansement avec de la charpie.

Le 14, pansement ; l'eschare commence à se détacher sur les bords, la suppuration est de bonne nature ; le malade a de l'appétit : il mange deux portions.

Jusqu'au 20 septembre il n'y a rien de remarquable à signaler ; l'eschare, détachée, s'enlève d'une seule masse et laisse à nu une plaie à bourgeons charnus de bel aspect ; seulement, la peau ayant été cautérisée sur les bords, au delà de nos prévisions, l'extrémité osseuse ne pourra être complétement recouverte par les lambeaux. La substance médullaire émerge de 2 centimètres de long, au dehors du canal, ce qui nous fait craindre une récidive dans la profondeur même de l'os.

Pour obvier à l'inconvénient de la saillie de l'extrémité osseuse du moignon, et dans la crainte que cette végétation fongueuse de la substance médullaire ne fût pathologique, nous prenons le parti de détruire l'extrémité osseuse à 3 centimètres au-dessus de la première section ; mais, avant, il nous faut cautériser les bourgeons charnus de la moelle herniée et les chairs qui recouvrent l'os à la hauteur du point où nous devons pratiquer la nouvelle section de l'os. Voici le procédé employé :

Nous cautérisons le bout de l'os dans tout son pourtour et à une hauteur de 3 centimètres, en passant le crayon de potasse entre la

(1) *Examen anatomique.* Deux parties bien distinctes composaient la tumeur du fémur que nous venions d'enlever. Une première partie, superficielle, était formée de trois bosselures de nature encéphaloïde, non ramollies, qui occupaient, l'une la région externe du membre, et les deux autres, les régions interne et postérieure. Entre ces deux dernières bosselures qui faisaient à la peau un relief léger et dont l'épaisseur mesurait à peine 1 centimètre et demi, était placée l'artère fémorale qui avait la largeur d'un sinus veineux, aplatie d'avant en arrière et beaucoup plus volumineuse que dans l'état sain (pendant la vie, cette artère faisait entendre un véritable bruit de souffle). La portion profonde de la tumeur appartenait exclusivement à l'os, c'était une sorte de distension anévrysmatique de l'extrémité inférieure du fémur, à parois en partie détruites par les tumeurs précédentes, mais conservant encore une épaisseur de 1 à 2 millimètres formée par du tissu osseux extrêmement raréfié. Au centre, dans la cavité médullaire élargie, était la masse sanguine qui donnait à la tumeur du fémur son volume énorme. Cette masse constituait un mélange irrégulier : 1° de sang noir presque liquide et récemment coagulé ; 2° de portions fibrineuses plus ou moins décolorées ; 3° sur les parois de la cavité osseuse, de dépôts presque cristallins, d'un jaune rougeâtre extrêmement foncé, caractérisant bien nettement la présence d'hématoïdine, telle qu'on la rencontre dans les épanchements sanguins d'ancienne date ; l'articulation est saine.

---

ment insuffisantes, on est exposé à recevoir les notes du bottier confraternel quand le malentendu ne va pas plus loin, ce dont je pourrais citer plusieurs exemples ; on éprouve le besoin d'une distinction plus radicale, on consulte son extrait de naissance, qui vous fournit la ressource demandée. On est toujours né quelque part : si c'est dans le fond d'une province, dans un petit village borgne très inconnu, mais à désignation euphonique, la chose n'en vaut que mieux. Les noms de *Saints*, et ceux qui commencent par *Castel* ou finissent par *bourg*, *berg* ou *ville*, sont, sous ce rapport, d'un emploi très avantageux, mais qui, par malheur, commence à s'user. Pour arriver au fait, je suppose, prenant l'exemple au hasard, que le docteur Jean Falempin soit né à Valmont, fief faisant partie de l'ancien ~~royaume~~ d'Yvetot ; il songe à se faire connaître, et publie sur un sujet quelconque un traité quelconque, mais qui doit toujours être PRATIQUE ; il signe JEAN FALEMPIN (de Valmont), il est tout à fait superflu d'indiquer le département. Quelquefois, pour moins compliquer la typographie, il remplace la parenthèse par une simple virgule ; au bout d'un certain temps notre auteur est cité, et la différence de caractère disparaît sous la plume du copiste qui renvoie au Traité pratique de la, etc., par le docteur *J. Falempin, de Valmont ;* mais une virgule c'est si peu de chose qu'en vérité il faut être bien méticuleux, bien timoré, pour trouver mal à sa puérile suppression. Effaçons-la donc, et qu'il n'en soit plus question. Sur ces entrefaites, un des amis du docteur, grandement épris de son talent, jugeant qu'un homme aussi distingué ne peut pas s'appeler Falempin tout court, sans passer pour un homme médiocre, supprime tout à coup le prénom et le nom de famille, et, produisant dans le monde le savant modeste et timide, il le conduit par la main vers une célébrité mâle ou femelle, à laquelle il demande poliment la permission de lui présenter « le » docteur de Valmont, une des gloires futures de la science, un » génie plein d'avenir, » et débite toutes ces balivernes odieuses et banales qui vous font monter au front une pudibonde rougeur. Jean Falempin a beau tirer son ami par la manche, il voudrait protester, vains efforts ! S'il est un peu aimable avec quelque amie de la maîtresse de la maison, il reçoit dans la semaine un petit billet

surface périostique et les fibres musculaires ; il survient un suintement sanguin, qui est arrêté aussitôt par l'application de la pâte au chlorure de zinc ; la végétation médullaire est recouverte de caustique à la gutta-percha et au chlorure de zinc. Pansement simple.

Pendant cette cautérisation, le malade a peu souffert, et l'application du chlorure de zinc n'a paru produire aucune douleur dans la journée. Le malade a de l'appétit ; il n'a pas de fièvre.

Pendant la nuit du 21 au 22 septembre, au milieu d'un rêve, le malade, se croyant guéri, voulut se lever ; il a enlevé toutes les pièces de l'appareil. Le matin, à notre visite, nous avons trouvé la plaie à nu ; cependant le malade n'avait pas de fièvre.

Le 23, les deux lambeaux tendent à se rétracter et à se recroqueviller en dedans ; nous laissons des lanières minces de caustique au chlorure de zinc sur les bords des lambeaux, afin d'arrêter cette cicatrisation trop rapide et le rebroussement des lambeaux.

Le 1er octobre, le fil de la ligature est tombé ; les lambeaux se rapprochent, après la chute des eschares, auprès de l'os fémur qui dépasse les chairs musculaires de 3 centimètres, par suite de la cautérisation. La substance médullaire tend à se gonfler et à faire éruption hors du canal ; mais nous la cautérisons en introduisant un bouchon de pâte caustique dans l'intérieur du canal.

Depuis lors, la plaie a marché vers la cicatrisation. Les pansements étaient renouvelés tous les deux jours ; malheureusement les bourgeons de la plaie étaient durs dans quelques points de sa surface, et paraissaient suspects de récidive ; nous cautérisons ces bourgeons indurés en appliquant des plaques de chlorure de zinc ; l'eschare formée par ces cautérisations successives tombait cinq ou six jours après la cautérisation.

Au 1er novembre, la portion saillante de l'os se détacha spontanément par séquestration, sous l'influence de la cautérisation du périoste interne et externe et peut-être sous l'influence d'une dégénérescence morbide ; après l'élimination du séquestre, nous appliquons une plaque de gutta-percha au chlorure de zinc.

Le 20 novembre, la plaie du moignon se cicatrise ; elle est encore large de 4 centimètres de diamètre. L'extrémité de l'os du fémur est recouverte de bourgeons charnus légèrement indurés

On ne remarque, à l'aine et dans l'abdomen, aucun ganglion engorgé ; le moignon n'est pas douloureux ; le malade est sans fièvre ; il se lève et se promène dans la journée, il mange les cinq portions de nourriture et prend de l'embonpoint. La plaie se cicatrise rapidement, bien que les bourgeons charnus paraissent légèrement indurés.

Le 27 novembre, il survient, sans prodromes inflammatoires, un érysipèle de la face qui s'accompagne d'anorexie et de fièvre. Cet érysipèle envahit le cuir chevelu avec rapidité et est terminé le 3 décembre. Malgré cet érysipèle, la plaie du moignon est belle, la suppuration est de bonne nature, et la cicatrice se durcit et s'étend. Cependant, au centre de la plaie les bourgeons restent indurés, et ce n'est que par des cautérisations ultérieures que nous espérons modifier la nature du tissu que nous considérons comme atteint de dégénérescence.

Réflexions. — La première question qui se présente est celle-ci : Pourquoi, dans le cas de tumeur organique de nature cancéreuse, n'avoir pas fait l'amputation au moyen du couteau ?

Sans doute les amputations faites par les caustiques doivent être réservées pour certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres, mais, dans le cas présent, le malade redoutait beaucoup l'amputation et avait résisté aux instances pressantes de M. le docteur Perret de Gallardon. A l'hôpital, il n'a su que son membre serait enlevé en totalité, que le jour de la section de l'os par la scie. Dans les premiers jours, il croyait que nous attaquions le mal seul au moyen de caustiques, aussi son moral ne fut pas ébranlé, et son alimentation fut la même que s'il eût été en pleine santé. Mais ce qui nous a décidé dans l'emploi de cette nouvelle méthode opératoire, ce fut la crainte des accidents qui surviennent presque constamment dans les amputations faites par le couteau pour des tumeurs fongueuses considérables. Nous avons toujours présent à l'esprit le cas suivant observé en 1841 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Roux, et dont voici le résumé.

Obs. II. — *Exostose fongueuse médullaire du fémur ; amputation de cuisse ; hémorrhagie veineuse considérable pendant l'opération ; mort le septième jour ; abcès métastatiques dans les poumons.* — Aubray, trente-six ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 17 janvier 1841, pour une exostose fongueuse médullaire du fémur ; la tumeur avait 80 centimètres de circonférence ; dans l'épaisseur du derme qui recouvre cette tumeur rampaient de véritables sinus veineux très dilatés, se ramifiant à l'infini et ayant entre eux de nombreuses anastomoses.

Cette tumeur avait acquis ce volume énorme en cinq mois, malgré un traitement antiphlogistique local très énergique. L'état général de cet individu était très satisfaisant.

Amputation de la cuisse au-dessous du petit trochanter. Au moment où M. Roux fait l'incision de la peau, il s'écoule une large nappe de sang noir provenant du lacis veineux qui recouvrait la tumeur ; le malade tombe en syncope, les mouvements du cœur s'arrêtent, les yeux deviennent fixes, les urines et les fèces s'échappent involontairement ; un moment nous l'avons cru mort : il n'est revenu de son état syncopal qu'après dix minutes, encore tombait-il dans un sommeil dont on ne pouvait le retirer.

Le premier jour il y eut un suintement sanguin peu coloré, qui imbiba tous les linges.

---

ainsi conçu : « M. et madame la comtesse de *** prient M. de Valmont de leur faire l'honneur, etc., etc. »

Son ami l'ayant prévenu de cette invitation, notre héros a été obligé, bien contre son gré, de prévenir son cloporte (*vulgo*, portier) que si une lettre arrivait au nom de M. de Valmont il fallait la recevoir. Or le concierge est un être à part, étudié d'une manière insuffisante par les naturalistes, les anthropologues et les moralistes ; il en existe deux variétés tranchées, qui, rien que dans leurs rapports avec notre profession, fourniraient matière à plusieurs monographies intéressantes. « Les limites de ce travail ne me permettant pas de donner à ce point important tout le développement qu'il mériterait » (formule connue), je me contente d'une esquisse.

1° Il y a le concierge variété *Cerbère*, féroce, hideux, indécrottable, funeste, qui vous tyrannise sans relâche, et qui, en cas de bail, vous donne un cancer de l'estomac ou une succession d'ictères moraux. 2° Le concierge variété *Caleb*, qui vous envisage comme un homme transcendant, le dit à tout le monde, fait retentir l'écho de sa loge de vos cures merveilleuses, choie les clients qui viennent en voiture, éconduit les pauvres diables qui sentent la consultation gratuite, vous improvise invariablement une opération importante quand vous êtes allé vous délasser quelque part, et qui enfin vous considère comme leur chose, comme un meuble précieux de leur maison qu'il importe de pousser à l'enchère, et qu'on ne peut détériorer sous aucun prétexte.

C'est un concierge de la deuxième variété qui est chargé de tirer le cordon à Jean Falempin. Ayant vu jour à orner son immeuble d'un nom retentissant, ce Pipelet modèle conçoit à son tour le projet de supprimer les noms roturiers de son locataire : dès lors, au client qui vient demander le médecin il répond que M. le docteur de Valmont est sorti en toute hâte il y a une demi-heure pour faire un accouchement au ministère de la guerre.

Pauvre Falempin, comment t'accuser, tout le monde conspire à l'extirpation du nom de tes pères ; tes amis, ton concierge, ton épicier, ton épouse ou ton amante, suivant ton état civil, t'appellent de Valmont ; les laquais t'annoncent avec plaisir dans les sociétés ; la femme de chambre t'introduit avec bienveillance dans les bou-

Au quatrième jour, levée de l'appareil. Il n'y a pas réunion des bords de la plaie; le pus est très peu abondant et fétide.

Le sixième jour, pouls très faible, oppression considérable, mouvements convulsifs dans la nuit; quelques crachats sanguinolents.

Le septième jour il succombe.

A l'*autopsie*, on trouve le fémur complétement dénudé, plaie baignée par un pus grisâtre, caillots rougeâtres et purulents dans les veines fémorales et iliaques, abcès métastatiques non encore ramollis dans le lobe inférieur des deux poumons.

Le souvenir de cette observation, parfaitement identique avec celle de Trubert, la terminaison fâcheuse par résorption purulente, la crainte d'une hémorrhagie également foudroyante au moment de l'incision des sinus veineux de la peau, furent les motifs de notre choix dans la méthode d'amputation par les caustiques; mais notre motif principal fut l'espérance d'empêcher l'érysipèle et la fièvre purulente, et, pour ainsi dire, de diminuer les chances de récidive de la maladie organique.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu, en pratiquant deux larges lambeaux, cautériser en cinq séances toutes les chairs jusqu'au fémur (peau, muscles, aponévroses). Pendant ces cinq jours de cautérisations successives, le malade n'a pas eu de fièvre; il a pris sa quantité de nourriture habituelle; il a supporté facilement les souffrances produites par les cautérisations, et, une heure après l'application du caustique, il n'accusait plus qu'une douleur légère.

Il nous est impossible de dire lequel des deux caustiques, de la potasse ou du chlorure de zinc, était le plus douloureux; cependant la potasse était plus difficilement supportée, soit à cause de la plus grande rapidité de son action, soit parce que le chlorure de zinc agissait sur des tissus préalablement cautérisés par la potasse. Le malade avait un tel désir de guérir, que pour lui la douleur était très secondaire. Nous le répétons, il est impossible d'établir une échelle graduée de la douleur; la douleur est un phénomène qui tient plus à l'état moral des individus qu'à l'organisation physique. Ainsi la douleur produite par les caustiques varie suivant la nature et le siége de la maladie, suivant les tissus sur lesquels ils sont appliqués, et surtout suivant la foi que le malade peut avoir dans l'opération qu'il subit pour sa guérison.

Pendant les cautérisations, nous n'avons eu aucun écoulement sanguin dans les quatre premiers jours. Les veines sous-cutanées n'ont fourni qu'un suintement très léger. A la quatrième séance, par suite de la cautérisation, avec le crayon de potasse, de l'artère fémorale profonde, il est survenu une hémorrhagie qui a été immédiatement arrêtée par l'application de la pâte Canquoin. Au moment de la section, avec le couteau, des vaisseaux fémoraux, un flot de sang veineux considérable jaillit; mais il fut arrêté instantanément par une ligature en masse de ces gros vaisseaux. Nous n'avons pas cru devoir abandonner l'oblitération naturelle de ces vaisseaux à la cautérisation seule; la prudence nous fait un devoir, jusqu'à nouvelles expériences concluantes, de pratiquer la ligature de l'artère principale dans l'amputation de la cuisse et du bras; nous disons *jusqu'à nouvelles expériences*, car nous croyons qu'on pourra se dispenser un jour de la ligature, et que la cautérisation seule suffira (1).

Quant aux phénomènes inflammatoires, bien que la plaie fût très large et que l'eschare fût très étendue, il n'est survenu aucune inflammation de la partie supérieure du membre, aucune apparence de résorption purulente; et pourtant nous avons appliqué à plusieurs reprises de larges plaques caustiques au chlorure de zinc; nous avons détaché à deux reprises la moelle qui faisait hernie à travers le canal médullaire; nous avons introduit, pour arrêter cette efflorescence de la moelle, un cylindre de gutta-percha au chlorure de zinc dans le canal médullaire; nous avons cautérisé et enlevé derechef une portion d'os saillante qui paraissait malade; et pourtant, au quatorzième jour de son amputation, le malade a défait pendant la nuit toutes les pièces de son appareil, et, pendant six heures au moins, la plaie des lambeaux fut exposée à l'air. Malgré toutes ces circonstances défavorables, nous n'avons eu aucun phénomène inflammatoire, et jamais le malade n'a accusé de frisson. Il semble, en effet, que les plaies produites par la cautérisation du chlorure de zinc sont à l'abri de l'érysipèle et de la résorption purulente; et, chose remarquable, notre malade fut atteint, pendant le cours de la cicatrisation du moignon, d'un érysipèle spontané de la face, sans qu'il y eût la moindre modification dans la suppuration et la marche de la plaie du moignon.

(1) Pour motiver cette étrange assertion, il faut rappeler que dans la chirurgie de la fin du XVIII^e siècle, c'était moins par la ligature qu'on arrêtait les hémorrhagies après les amputations que par l'application sur les vaisseaux de boutons de vitriol (sulfate de cuivre); à l'Académie de chirurgie, on expérimentait un très grand nombre d'agents destinés à arrêter le sang après les amputations; enfin au commencement de ce siècle, un chirurgien allemand, le docteur Koch père, chirurgien de l'hôpital de Munich, affirmait que pendant une pratique de vingt années, il n'avait jamais fait de ligature après les amputations, l'hémorrhagie étant seulement arrêtée par la compression et par un pansement du membre amputé se prolongeant pendant huit jours. (*Arch.*, 1828, docteur de Graefe.)

---

doirs parfumés. Pauvre Falempin, comment te condamner!! tu n'es guère plus coupable, à tout prendre, que ceux qui font raisonner devant un nom d'artisan un titre de baron ou de comte mérité par leur père. Si donc tu as besoin d'un avocat pour plaider les circonstances atténuantes, tu peux compter sur moi, je me tiens à ta disposition.

Nota. — J'ai ouï dire que par l'effet de l'habitude, qui est, comme chacun le sait, une seconde nature, notre nouveau gentilhomme a fini par s'imaginer qu'il avait seize quartiers, et qu'au jour de l'an dernier on lui a donné un rond de serviette brodé avec la suscription suivante : F. de Valmont.

Je ne veux pas quitter la géographie sans vous citer deux béotismes qui s'y rapportent, et pour vous montrer que je ne suis pas seul à protester contre les erreurs des faux érudits, j'emprunte les citations à autrui. M. Gintrac père, de Bordeaux, qui allie la plus vaste érudition à un esprit pratique éminent, me fournit la première (1). Fr. Jos. Lautter a écrit un livre intitulé : *Historia med. biennal. morborum qui a verno tempore anno* 1759 LAXENBURGI et *in vicinis*, etc. Des copistes jugèrent plus commode, sans doute, d'écrire *Luxenburgi*. Une voyelle pour une autre, c'est peu de chose, direz-vous; mais cette petite falsification a eu pour résultat de transporter l'épidémie décrite par Lautter des environs de la capitale de l'Autriche (1) en plein cœur des Pays-Bas. La typographie est devenue succursale des messageries générales.

M. Marc Borchard trouve le méfait peu grave (2). Je ne suis pas tout à fait de son avis; quand il s'agit du siége d'une épidémie un millier de kilomètres de différence ne me paraît pas à dédaigner, et beaucoup de médecins, contagionnistes ou non, partageront probablement mon avis.

Le dernier auteur que je viens de citer, et qui me paraît d'ail-

(1) *Cours théor. et cliniq. de pathol.*, 1853, t. III, p. 776.

(1) Laxenbourg, bourg des États autrichiens à 18 kilomètres de Vienne, 680 habitants (Bouillet).

(2) *Commentaires historiques, critiques*, etc., *sur la suette*. Paris, 1856, p. 10. L'auteur a eu à se plaindre de la typographie, son nom ayant été estropié, son travail semble avoir au moins deux pères.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons*, par M. *Bonnafont*. (*Comm. :* MM. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

CHIRURGIE. — *Note sur l'existence de cils anormaux dans la plupart des ophthalmies et sur la guérison rapide de ces maladies par l'extirpation des cils anormaux*, par M. *Ch. Meininger*. — « Un cil normal présente toujours un étranglement vers le collet (j'appelle ici *collet* ce qu'on est convenu d'appeler ainsi en botanique, et qui n'a pas besoin d'autre explication pour être bien compris). A partir du collet jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe, la décoloration du poil est sensible, chez les bruns comme chez les blonds, et, dans ces limites, le poil redevient sensiblement blanchâtre.

» Un mauvais cil, celui que j'appelle *trichorhize* à cause de la ressemblance de son bulbe avec un rhizome horizontal, ne présente plus d'étranglement au collet, et, au lieu de se décolorer dans sa partie inférieure, il y montre une teinte plus foncée, chez les bruns comme chez les blonds. Ce bulbe prend un accroissement considérable, et se recourbe, le plus souvent, à angle droit. D'autres fois, mais plus rarement, ce bulbe se recourbe une seconde fois pour remonter parallèlement au poil. Dans tous les cas, ce mauvais poil est implanté plus profondément qu'un bon. Il faut remarquer ici que la direction de la partie aérienne des trichorhizes est parallèle à celle de la partie correspondante des bons cils, et que, par conséquent, les mauvais n'ont rien de commun avec les cils appelés *trichiasis* ou *distichiasis*.

» Les bons cils ne présentent qu'une petite surface décolorée à leur point d'insertion dans la paupière, tandis que les trichorhizes montrent, à ce même point, un épanouissement sensible, plus fortement coloré que le reste. Pour les arracher, il faut se servir d'une pince, et tirer normalement pour ne pas les casser, car, si on les rompait très près de la paupière, il faudrait attendre quelques jours pour leur donner le temps de repousser, afin de pouvoir les saisir de nouveau, et la guérison se trouverait retardée d'autant.

» Généralement toute douleur a cessé une heure après l'opération, et, au bout de vingt-quatre heures, l'œil le plus rouge est redevenu blanc. » (*Comm. :* MM Velpeau, Jobert de Lamballe.)

MÉDECINE. — *Note sur la nature de l'affection désignée dans une communication récente de M.* Boseredon *sous le nom de* délire des aboyeurs, par M. *L. Pize*. — L'auteur, en terminant cette note, la résume dans les propositions suivantes :

« I. L'affection décrite sous le nom de *délire des aboyeurs* n'existe pas.

» II. Ce prétendu délire des aboyeurs n'est qu'un symptôme appartenant à diverses maladies.

» III. Les cas qui ont été décrits sous ce nom singulier doivent être rapportés à diverses affections des voies respiratoires et à certaines névroses. » (*Renvoi à l'examen de M.* Andral, *déjà chargé de prendre connaissance de la note de M.* Boseredon.)

CHIRURGIE. — *Description d'un appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction* (extrait d'une note de M. *George*). — « L'appareil se compose : 1° d'un double manchon de caoutchouc, dont on enveloppe la dent, et qui se fixe sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant ; 2° de deux tubes également de caoutchouc : l'un, qui sert à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni à son extrémité d'une poche faisant office de réservoir et pouvant agir comme pompe foulante, forçant le liquide à remplir toute la cavité du manchon ; l'autre sert à donner issue au liquide aussitôt qu'il commence à s'échauffer.

» Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent varie entre trois et cinq minutes. Le mélange dont je me sers est composé de glace et de sel par parties égales. D'ailleurs, pour éviter au malade toute sensation désagréable de froid, je fais passer dans l'instrument, au commencement de l'opération, un courant d'eau tiède que je refroidis graduellement. » (*Renvoi à l'examen de M. J.* Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

ORDRE DES LECTURES. — 1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1856, par M. DEPAUL, secrétaire annuel. 2° Sujets des prix proposés pour 1857 et 1858. 3° Éloge de M. ROUX, par M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1856. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Faire l'histoire des applications du *Microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie accorde, à titre de *récompense*, une somme de 600 francs à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur MICHEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Elle accorde en outre, à titre d'*encouragement*, une somme de 400 francs à l'auteur du mémoire n° 2, M. LUYS (Jules), interne des hôpitaux civils de Paris. Le prix n'ayant pas été obtenu, l'Académie croit devoir proposer la même question pour 1858.

---

leurs imbu des idées les plus justes sur l'importance de l'érudition en matière scientifique, a placé dans son travail (1) une note dont j'extrais la substance.

Johannes Storch a publié des *Observations cliniques* ; mais, redoutant d'être critiqué, il fit paraître le premier volume sous le pseudonyme de Hulderieus Pelargus, puis il ajoutait à son nom le titre de Physicus Ferrarensis. Il était né à Eisen, en Saxe. Or, Eisen en allemand veut dire fer, *ferrum*. Notre auteur donc, après avoir changé en un nom latin son nom d'oiseau (*Storch*, cigogne), latinisa tant bien que mal sa patrie. C'est ce qui fait qu'on l'a cru Italien, et natif de Ferrare.

D'où j'en conclus qu'il faut savoir passablement la géographie pour avoir une bonne érudition médicale : *quod erat demonstrandum*.

(1) *Même ouvrage*, p. 52.

AR. VERNEUIL.

Le concours pour la place de chirurgien-major de l'hôpital de la Charité (à Lyon), qui vient de se terminer par la nominatiom de M. le docteur Berne, mérite d'être signalé comme un des plus brillants dont les annales des hôpitaux gardent le souvenir. La place a été disputée jusqu'au dernier jour, avec un rare talent, par MM. Ollier, Faivre et Gailleton. Le vainqueur, M. Berne, est auteur, en collaboration avec M. Delore, de l'ouvrage intitulé : INFLUENCE DES DÉCOUVERTES PHYSIOLOGIQUES ET CHIMIQUES RÉCENTES SUR LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES ORGANES DIGESTIFS, dont nous rendrons compte prochainement.

— Les inscriptions prises à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire, s'élèvent au chiffre de 121, savoir : 103 pour la médecine, 18 pour la pharmacie.

— Le docteur L. Chandelux a été désigné provisoirement comme chef de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité de Lyon, en remplacement de M. le docteur Berne, nommé chirurgien aide-major du même hôpital.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « De l'anatomie pathologique des kystes. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie décerne le prix à l'auteur du mémoire n° 1, M. Bauchet (Louis), médecin à Paris.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question mise au concours était la suivante : « Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. L'Académie accorde, à titre d'*encouragement*, une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Martinet, médecin à Paris, et elle propose la même question pour 1858.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « De la saignée dans la grossesse. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie accorde le prix à l'auteur du mémoire n° 4, M. Silbert (Paulin), médecin à Aix en Provence.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la période de 1850 à 1856, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix est de 12,000 francs. Vingt et un mémoires ont été envoyés à l'Académie; la commission chargée d'en faire l'examen n'a pu encore en prendre une connaissance suffisante pour établir son jugement; en conséquence, le prix ne pourra être décerné qu'en 1857.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder (pour le service de 1854): 1° un prix de 1,500 francs, partagé entre MM. Bertillon, à Montmorency (Seine-et-Oise), auteur d'un mémoire considérable souvent cité dans le rapport de cette année, travail tout à fait hors ligne, et que l'Académie est heureuse de pouvoir récompenser; Thore, à Sceaux (Seine), auteur d'un travail fait avec le plus grand soin, et qui décèle un praticien des plus distingués; Voisin (B.), au Mans (Sarthe), qui a communiqué à l'Académie les faits d'une longue pratique, faits recueillis avec une rare sagacité et un excellent esprit d'observation.

2° Des médailles d'or à : M. Gintrac (Henri), à Bordeaux (Gironde), pour la relation envoyée par lui à l'Académie au sujet de l'épidémie de variole qui lui a permis de faire une curieuse épreuve de revaccination. — M. Bunquet, à Rodez (Aveyron), pour les intéressants détails qu'il a donnés sur l'épidémie qui s'était introduite dans le séminaire de philosophie et le petit séminaire de Saint-Pierre. — M. Parmentier, à Valence (Drôme), dont les travaux sur la vaccine datent de longues années et dont les services ont été justement appréciés par M. le préfet de la Drôme. — M. Renault, à Alençon (Orne), pour le zèle qu'il ne cesse de montrer dans l'accomplissement de ses fonctions, et le grand nombre de vaccinations qu'il pratique chaque année.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux, ou qui auraient apporté le plus d'exactitude dans l'accomplissement de leurs fonctions. En conséquence, l'Académie a proposé et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1855 : 1° Des médailles d'argent à : M. Hecquet (Anatole), à Abbeville, pour son mémoire sur la rougeole épidémique observée en 1855. — M. Raimbert, à Châteaudun, pour son rapport sur la constitution médicale et les maladies épidémiques qui ont régné à Châteaudun en 1855. — M. Étoc-Demazy, au Mans, pour ses rapports sur l'épidémie de dysentérie qui a régné au Mans en 1854, et dans plusieurs communes en 1855. — M. Degaille, à La Flèche, pour ses rapports sur l'épidémie de dysentérie de la Flèche en 1854, et sur l'épidémie de scarlatine qui a sévi en 1855 dans plusieurs communes de l'arrondissement. — M. Pichenot, à Liernan, pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey.

2° Des médailles de bronze à : M. Victor Guillemin, à Thionville. — M. Chapel (Louis), à Saint-Malo, mémoire sur une épidémie de rougeole. — M. Aguilhon, à Riom, rapport sur une épidémie de fièvre intermittente à forme typhoïde. — M. Danvin, à Saint-Pol, rapports divers sur des épidémies d'oreillons, de diphthérite, de scarlatine et de fièvre typhoïde. — M. Martin-Duclaux, rapports sur les épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute Garonne).

L'Académie propose en outre à M. le ministre d'honorer d'une mention particulière avec rappel de médailles obtenues antérieurement : M. Lecadre, au Havre; M. Jacquez, à Lure; M. Poulet, à Plancher-les-Mines; MM. Vingtrinier et Duclos, à Rouen. Enfin, l'Académie accorde une mention honorable à MM. Alexandre, d'Amiens; Billot, de Poligny; Castel, de l'île d'Oléron; Danson, de Béthune; Dehée, d'Arras; Laroche, d'Angers; Lemonnyer, de Vigy, dont les rapports ont paru dignes d'être signalés.

L'Académie a proposé en outre et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 : 1° Des médailles d'argent à : M. Haime, pour le mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy. — M. Herpin, de Metz, qui le premier en France a fait connaître les bains et douches d'*acide carbonique*, très employés en Allemagne, et qui a publié un ouvrage ayant pour titre : *Études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne.* — M. Gerdy (Vulfrand), à Uriage, auteur d'un mémoire sur les affections scrofuleuses, annexé au rapport de 1854. — M. Bernard, à Uriage, pour le mémoire annexé au rapport de 1854, relatif aux maladies consignées dans ce rapport. — M. Buissard, à Lamotte-les-Bains, dont les rapports annuels sont rédigés avec le plus grand soin, et envoyés très exactement.

2° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables : M. Dufraisse de Chassaigne, dont le rapport offre l'analyse de tous les cas observés par lui, s'élevant à 133, et d'après un classement très méthodique. — M. Petit (Charles), auteur d'un bon mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy.

3° Des médailles de bronze à : M. Barrié, père, à Bagnères-de Luchon, dont les rapports sont envoyés exactement et très bien rédigés. — M Privat, à la Malou, rapports bien rédigés et envoyés très exactement. — M. Gaudet, à Dieppe, pour son rapport de cette année. — M. Chapelain, à Luxeuil, mémoire sur l'eau ferrugineuse de Luxeuil, rapports annuels bien rédigés et envoyés exactement. — M. Pouget, à Royan, mémoire sur les bains d'eau de mer. — M Artigala, architecte à Tarbes, mémoire sur la construction des établissements thermaux.

4° Des mentions honorables à : M. Tellier, à Bourbon-Lancy, rapports envoyés très exactement. — M. Calvet, à Sylvanés et Camarés, rapports envoyés très exactement. — M. Rerolle, à Bourbon-Lancy, rapport de 1854, renfermant un bon résumé de toutes les maladies observées. — M. Chevallier, à Provins, mémoire sur les modifications introduites dans le puisement, etc., des eaux de Provins.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857. — Prix de l'Académie. — « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron portal. — « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Du vertige nerveux. » Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites. Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

2° *Question relative aux eaux minérales.* Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « De la mélancolie. » Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel et de la valeur de 3,000 francs, sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament.*)

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — (Voir plus haut les conditions requises.)

PRIX PROPOSÉS POUR 1858. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours; elle est conçue en ces termes : Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite; mais elle recommande aux concurrents, non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. Ce prix sera de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1857 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Academie* du 1er septembre 1838). Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier, sont seuls exceptés de ces dispositions.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 19 DÉCEMBRE 1856.

1. Une lecture par M. le docteur Leroy (d'Étiolles) fils.
2. Rapport de M. Fauconneau-Dufresne sur la thèse de M. Émile Géry : *Du traitement de la chorée par le chloroforme.*
3. Plusieurs rapports de présentations.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1856.

FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA DIAPHYSE DU TIBIA.

M. *Robert* présente un malade guéri d'une fracture compliquée de la diaphyse du tibia, et chez lequel une portion considérable de cet os a été réséquée et s'est reproduite d'une manière assez complète. Voici les principaux points de l'histoire de ce malade.

OBS. — Le 20 août 1855, le nommé Durand, cocher, âgé de vingt-cinq ans, conduisant une voiture bourgeoise dans le bois de Meudon, versa, et eut la jambe droite prise entre les rayons d'une roue de devant. Cette jambe se fractura. Néanmoins, Durand se leva pour marcher. Dans ce mouvement, le fragment supérieur perça la peau et le pantalon. Le malade fut porté à Meudon. On agita la question de l'amputation. M. Pinel-Grandchamp opta pour la conservation du membre, par la raison que les chairs n'étaient lésées gravement qu'en avant, que celles de la partie postérieure du membre étaient intactes. Son avis prévalut. La jambe malade fut placée dans un appareil et couverte de vessies contenant de la glace. Au bout de trois semaines, la suppuration étant largement établie, on enleva les esquilles, et comme la coaptation des fragments ne pouvait se faire, on en reséqua les extrémités. Préalablement, le malade avait été soumis aux inhalations de chloroforme. Le tibia subit de la sorte une perte de substance totale de près de 9 centimètres de longueur. Le péroné était intact au niveau de la fracture du tibia; mais il s'était brisé en haut et en bas. Un appareil simple, permettant d'inspecter le membre, fut ensuite appliqué. Le 16 octobre, le malade fut porté à l'hôpital Beaujon. La suppuration était abondante ; mais déjà les bourgeons charnus remplissaient l'excavation laissée par la résection. Dans la suite, deux nouvelles esquilles furent éliminées ; puis la suppuration diminua de plus en plus. Vers la fin du mois de février 1856, il ne restait plus qu'une plaie superficielle et peu étendue ; à la fin de mars, la cicatrisation était complète, et le cal avait pris de la solidité. Un os nouveau remplaçait les parties éliminées, et le membre ne présentait qu'un raccourcissement de 2 centimètres. Quant au péroné, il avait conservé sa longueur normale ; mais son extrémité supérieure avait glissé en haut et en arrière sur la facette articulaire oblique que lui oppose le tibia, et formait une saillie considérable, douloureuse dans les premiers temps : la peau s'y était même ulcérée. Le 15 juin, l'os nouveau paraissant suffisamment solide, on permit au malade de se lever et de marcher à l'aide d'un appareil prenant son point d'appui sur la hanche. Quelques jours après, à la suite d'un faux pas, il survint une fracture de cet os. Le membre fut replacé dans un appareil jusqu'au 25 septembre. A cette époque, le cal parut assez solide ; le malade quitta l'hôpital en se servant de son membre artificiel, qu'il devra garder pendant un temps assez long pour permettre à l'os nouveau d'acquérir la solidité nécessaire à la marche.

M. Robert fait remarquer que dans ce cas intéressant la reproduction de l'os n'a pu avoir pour point de départ le périoste, qui a dû être détruit en grande partie ; il se demande comment elle a pu se faire.

M. *Richard* cite un malade atteint de fracture double du tibia, auquel il a enlevé des esquilles formant ensemble 14 centimètres de la longueur et la moitié de l'épaisseur du tibia, et qui non-seulement peut marcher parfaitement sans le secours d'aucun appareil, mais encore ne présente aucune trace de raccourcissement. Les esquilles n'ont point été enlevées au moment de l'accident, mais au bout de cinq semaines, lorsque la suppuration les avait en grande partie détachées. Les fragments ne furent point reséqués.

M. *Demarquay* a vu Blandin faire la résection d'une portion de tibia mise à nu par un ulcère de la jambe : le résultat ne fut point heureux ; la consolidation ne se fit point, et plus tard on fut obligé de pratiquer l'amputation.

M. *Lamy* a observé des cas analogues à celui de M. Robert, bien que moins graves. Dans les nombreuses tentatives de conservation des membres qu'il a faites dans les cas de fractures graves du tibia, il a vu des fragments osseux de 6 ou 7 centimètres être éliminés, et les malades guérir parfaitement. Il a constaté également cette subluxation de la tête du péroné dont a parlé M. Robert ; chez les jeunes sujets, il lui paraît probable que cet os peut également s'incurver.

M. *Houël.* Sur les fractures du tibia conservées au musée Dupuytren, on remarque ordinairement les subluxations de la tête du péroné; ce déplacement, souvent très considérable, accompagne surtout les fractures au tiers supérieur ; il a été signalé déjà par M. Malgaigne, et dépend d'un simple allongement des ligaments articulaires.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

M. *Guérin* présente un jeune homme amputé par lui par la méthode sus-malléolaire, et qui marche parfaitement en s'appuyant sur le moignon, bien qu'il porte un appareil prothétique fort simple, et même grossier. (C'est une espèce de bottine lacée dont la partie antérieure aurait été supprimée.) Ce jeune homme avait subi, il y a quatre ans, l'amputation de Chopart. Au sortir de l'hôpital, il ne put se procurer un appareil prothétique convenable, et marcha avec une botte ordinaire. Au bout d'un an, il survint des abcès, les os se dénudèrent ; après l'avoir soigné chez

lui pendant dix-huit mois, M. Guérin fit entrer ce malade à l'hôpital de la Charité, où il était chargé du service de Gerdy. Au bout de quelques mois, il se décida à pratiquer une nouvelle amputation. M. Guérin tailla un lambeau très large aux dépens de la face interne et plantaire du pied, comme dans l'amputation sous-astragalienne de M. Malgaigne; il fit la section des os très bas, un peu au-dessus de la base des malléoles. La mollesse du tissu osseux que traversa la scie lui fit craindre pour le résultat de l'opération ; il administra de l'huile de foie de morue, du carbonate de chaux ; il survint une inflammation très vive du moignon, un abcès se forma et dut être ouvert; néanmoins la suture se maintint. Au bout d'un mois le malade était guéri. Les surfaces osseuses sont couvertes d'un coussinet ferme qui supporte admirablement le poids du corps. M. Guérin pense néanmoins que des excoriations du moignon sont inévitables, si un moyen prothétique plus convenable n'est point mis à la place de celui que le malade porte aujourd'hui.

M. *Larrey* ne peut voir là un cas d'amputation sus-malléolaire ; c'est plutôt une amputation intra-malléolaire, qui a l'avantage de fournir une large surface de section sur laquelle le poids du corps peut reposer.

M. *Verneuil* partage l'opinion de M. Larrey relativement à la classification de l'opération pratiquée dans ce cas, peu différente des amputations tibio-tarsiennes; en effet, dans ces dernières, non-seulement on retranche les malléoles, mais ordinairement on enlève encore la partie postérieure de la surface articulaire du tibia. Ici la section a porté seulement un travers de doigt plus haut. Ce fait, dit M. Verneuil, ne prouve pas qu'après les amputations sus-malléolaires les malades puissent marcher sur leur moignon ; mais il démontre que le tissu spongieux se cicatrise parfaitement.

M. *Robert* ne partage pas les craintes manifestées par M. Guérin relativement aux accidents ultérieurs auxquels serait exposé ce malade. La peau du talon ayant servi à faire le lambeau, la marche s'exécute à peu près comme à l'état physiologique. A l'appui de son opinion, M. Robert cite le fait d'une jeune fille qu'il amputa, en 1848, dans l'articulation tibio-tarsienne, en faisant la résection des malléoles par le procédé de M. J. Roux. La malade, depuis sa guérison, marche parfaitement bien sur son moignon, en se servant d'un appareil prothétique peu différent de celui que porte le jeune homme présenté par M. Guérin, et sans avoir jamais éprouvé, depuis lors, le moindre accident du côté du moignon.

M. *Guérin* croit qu'il est difficile de trouver dans les auteurs l'indication de la hauteur exacte à laquelle doit se pratiquer l'amputation sus-malléolaire ; quant à lui, il donnera ce nom à l'opération faite à 1 centimètre au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Rien ne l'empêcherait d'ailleurs de se servir encore d'un lambeau plantaire dans les cas où la section des os aurait eu lieu plus haut, et ce sont les propriétés spéciales dont jouit le lambeau qui permettent aux malades de marcher sur leur moignon. Chez le malade en question, M. Guérin avait d'abord fait la désarticulation du pied; il avait trouvé les surfaces articulaires de l'astragale et du tibia couvertes de leur cartilage; mais ayant plongé la pointe du couteau dans le cartilage, il le trouva ramolli : c'est alors qu'il se décida à enlever la surface articulaire des os de la jambe ; il fit la section aussi haut que possible. Dans les circonstances où la hauteur à laquelle devrait être faite la section des os rendrait le lambeau plantaire impossible, M. Guérin préférerait l'amputation au lieu d'élection.

M. *Marjolin* raconte un fait qu'il a pu observer cette semaine. Un ouvrier, amputé par Roux en 1845, au-dessus des malléoles, se sert, pour marcher, d'une jambe en fourche. Bien que la cicatrice fût parfaite quand le malade sortit de l'hôpital, elle s'est rouverte trois ou quatre fois, et a mis chaque fois plusieurs mois pour se compléter de nouveau.

(*La suite prochainement.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Études sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres, par MM. SALMON et MAUNOURY.

Si les opérations faites au moyen de l'instrument tranchant conduisent plus rapidement au but que se propose le chirurgien, il est aujourd'hui reconnu généralement qu'elles sont suivies, plus fréquemment que d'autres, d'accidents graves et même mortels qu'il n'est pas toujours possible de prévenir ou de conjurer. Parmi ces accidents, le plus redoutable, sans contredit, est l'infection purulente, véritable épée de Damoclès suspendue au-dessus de tous les amputés des membres, à quelque période de la guérison qu'ils soient arrivés. Il suffit de consulter les statistiques des grandes amputations, en particulier celles qui ont été dressées par M. Malgaigne, et qui ont donné le premier éveil à l'attention des chirurgiens sur l'effrayante mortalité causée par ces opérations, pour comprendre les efforts que l'on a faits, depuis un certain nombre d'années, dans le but d'arriver à des résultats plus satisfaisants, en substituant d'autres méthodes opératoires à celles qui étaient généralement en usage. Les cautérisations, remises en honneur par M. Bonnet (de Lyon), en particulier, l'écrasement linéaire de M. Chassaignac, témoignent de ce besoin de notre époque à sortir de la voie dangereuse représentée par l'instrument tranchant. Mais ni l'école de Lyon, ni M. Chassaignac n'avaient jusqu'ici étendu leur méthode aux amputations des membres. Nous croyons savoir cependant qu'en l'année 1850 ou 1851, un chirurgien des hôpitaux de Paris tenta une amputation par les caustiques. Le résultat a dû être peu satisfaisant, puisqu'il n'a pas été publié. MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'hôpital de Chartres, ont été conduits, en 1849, à pratiquer une opération semblable, dans les circonstances suivantes.

OBS. I. — Un homme de trente à trente-cinq ans avait eu le membre supérieur droit pris dans un engrenage de moulin. Il en était résulté, outre une fracture simple des deux os de l'avant-bras, de nombreuses plaies contuses siégeant sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras et du bras, et à travers lesquelles faisaient hernie des masses musculaires assez volumineuses. On en excisa ce qui ne put être réduit. Pouls perceptible aux artères radiale et cubitale. Pansement peu serré ; fomentations froides continues ; opium à haute dose.

5e jour. Gonflement emphysémateux de l'avant-bras ; nouvelles hernies musculaires. Débridement très étendu ; pansement à plat; cataplasmes alcoolisés.

8e jour. Le malade a eu la veille un léger frisson. Peau sèche, langue parcheminée, faciès jaunâtre ; odeur spéciale du blessé ; gonflement emphysémateux énorme du bras, du moignon de l'épaule, de la partie inférieure du cou, de la partie supérieure du thorax. On résolut *l'amputation par les caustiques, sur la limite même des points où cessaient les plaies produites par l'engrenage*. Préalablement, des mouchetures furent pratiquées, avec la lancette, sur l'épaule, le cou et la poitrine. Dans ces mouchetures furent laissés à demeure de petits cylindres de nitrate d'argent fondu.

Voici comment fut exécutée l'amputation :

« Le trajet de l'artère brachiale ayant été préalablement bien reconnu, je traçai à l'encre, dit M. Salmon, deux lignes courbes à concavité supérieure, formant deux arcs de cercle dont les extrémités se réunissaient, d'un côté, sur le trajet même de l'artère, de l'autre, sur le bord externe du bras, au dessus du V deltoïdien, c'est-à-dire sur le deltoïde lui-même. La profondeur de ces arcs était de 6 centimètres environ. Je plaçai du caustique de Vienne, circonscrit très exactement par des bandelettes de linge recouvertes d'onguent de la mère, et profondément découpées sur leurs bords opposés, pour s'appliquer et se mouler régulièrement sur la courbure des parties. L'eschare, produite au bout d'un quart d'heure, était très nette, avait un demi-centimètre environ de largeur, et devait avoir complétement détruit la peau; sur cette eschare le bistouri traça un léger sillon d'abord, puis, avec des ciseaux, j'incisai la peau mortifiée, en évitant constamment de produire de la douleur. Le pansement fut terminé par l'application de pâte caustique au chlorure de zinc et à l'alun, coupée en lanières et implantée dans la rigole résultant de l'in-

cision de la peau. Une seule partie de celle-ci ne fut ni incisée ni cautérisée de nouveau : ce fut une sorte de pont de 2 centimètres de longueur, et sous lequel devait être ménagée l'artère brachiale. (Toniques à l'intérieur.)

Le soir, *deuxième séance*. L'escharc produite est dilacérée et enlevée avec une spatule, puis de nouvelles lanières de caustique sont portées au fond de la rigole. Nuit assez bonne ; le frisson ne s'est pas renouvelé.

Le *lendemain*, le gonflement emphysémateux de l'épaule avait presque entièrement disparu. *Troisième séance* : le muscle biceps ne paraît pas entamé. Cautérisation avec l'acide nitrique monohydraté ; nouvelle application de chlorure de zinc entre les fibres musculaires et sous le biceps. *Nouvelle cautérisation* le soir.

Le troisième jour, deux séances (cinquième et sixième), et enfin, le quatrième jour, deux séances (septième et huitième). Les lambeaux sont taillés. Il reste cependant une couche musculaire assez épaisse autour de l'humérus ; on la coupe avec le bistouri, en même temps que l'artère humérale, sur laquelle est jetée une ligature. Section de l'os avec la scie.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses ; les lambeaux étaient suffisants pour couvrir l'os d'une manière complète.

Nous regrettons que M. Salmon ait écourté la dernière partie de l'observation ; chacun eût lu avec intérêt quelques détails sur la marche de la cicatrisation, sur la durée du traitement, sur le résultat final de l'opération. Il nous suffit cependant de savoir que le malade a guéri, pour reconnaître que MM. Salmon et Maunoury ont obtenu par le caustique un résultat qu'on ne pouvait guère espérer en employant les méthodes ordinaires. Ce résultat devait les encourager dans la voie nouvelle : une occasion s'offrit bientôt d'appliquer de nouveau leur méthode.

Obs. II. — Un homme de trente ans, un peu buveur, s'était, dans une chute, fracturé les deux os de l'avant-bras au-dessus du poignet. Un appareil avait été appliqué. Quinze jours après, la main et l'avant-bras étaient frappés de gangrène. Une coloration rouge, située à la partie supérieure de l'avant-bras, semblait marquer la limite où s'arrêterait la mortification. A moins de tailler des lambeaux dans des parties gangrenées, on ne pouvait penser à une amputation de l'avant-bras seulement. MM. Salmon et Maunoury résolurent de pratiquer l'amputation par les caustiques, *au milieu* des parties enflammées. L'opération fut conduite comme dans l'observation précédente. Des clapiers, qui se rencontrèrent sur la route du caustique, firent marcher la destruction avec plus de rapidité. Douze cautérisations, pratiquées en sept jours, amenèrent la section des parties molles ; l'artère brachiale elle-même fut divisée de cette manière, sans donner de sang. Les lambeaux ayant été fortement relevés, les os furent isolés avec un couteau interosseux, puis sciés immédiatement au-dessous de l'articulation du coude.

Le cinquième jour après cette section, l'eschare commençant à se détacher, une hémorrhagie violente se déclara : elle fut arrêtée, non sans peine, par la ligature, et ne se reproduisit plus. La cicatrisation se fit dès lors régulièrement, et aujourd'hui le blessé, facteur à la halle, a armé son avant-bras d'un crochet, et exécute avec ce moignon des mouvements assez étendus.

De ces deux faits les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° L'amputation par la cautérisation est une opération aussi pratique que celle qu'on fait avec le bistouri ; elle permet de tenter l'opération au lieu de nécessité ; elle est préférable à toute autre méthode, s'il y a commencement d'infection purulente, si le malade est profondément affaibli, s'il existe dans le membre d'abondantes et récentes suppurations et dans les cas de gangrène traumatique ou sénile. 2° Si l'on opère sur une partie qui renferme des artères volumineuses, il importe de ne pas confier au caustique la section de ces dernières, et de les réserver pour la fin de l'opération, pour les embrasser dans une ligature. La méthode à lambeaux est préférable à la méthode circulaire, puisqu'elle expose moins à la conicité du moignon. Les lambeaux maintenus en contact avec des bandelettes se réunissent en quelques jours. La cicatrice résultant de l'opération est pour ainsi dire linéaire.

Assurément, le procédé de MM. Salmon et Maunoury est susceptible de nombreux perfectionnements ; mais, tel qu'il se présente aujourd'hui, il mérite toute l'attention des chirurgiens, qui trouveront dans l'amputation par la cautérisation une ressource extrême pour certains cas où l'instrument tranchant ne donnerait que de faibles espérances. (*Union méd.*, sept. et oct. 1856.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstétrique et à la chirurgie opératoire, par M. J.-E. Pétrequin, 2e édition. 1 vol. grand in-8° de 763 pages. Paris, 1857, librairie de Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

Le succès, dont une seconde édition est l'irrécusable preuve, a toujours droit à nos sympathies ; mais nous le constatons surtout avec plaisir pour des livres de la nature de celui-ci, dont l'utilité fait le mérite principal, dont la fortune est un témoignage du prix qui parmi nous s'attache aux études sérieuses, tout autant qu'un titre personnel de gloire pour l'auteur.

En effet, sans vouloir faire de M. Pétrequin ni de son œuvre une modeste violette qui ne demande qu'à se cacher au fond des plus encombrés rayons de librairie, — le prudent éditeur est là pour nous interdire une telle figure, — nous pouvons dire que M. Pétrequin aurait moins réussi s'il n'avait pas aussi complétement compris et satisfait les besoins de notre époque studieuse. La raison de ce succès, nous la disons avec fierté, parce qu'elle est à la fois la récompense d'une carrière noblement laborieuse, et l'éloge d'une génération qui sait enfin préférer à la pompe oratoire, aux développements de doctrine, le positif de la science, dépouillé de tout autre ornement que l'élégante précision inhérente à la vérité.

La méthode propre à M. Pétrequin, qui lui a valu tant d'honorables suffrages, a eu, d'autre part, le précieux avantage de lui rendre facile le perfectionnement de son œuvre. On connaît cette méthode, aussi simple que logique. Examiner successivement d'abord la nomenclature et les rapports des régions entre elles, puis la composition des couches, ainsi que leurs connexions naturelles, enfin la forme et les relations mutuelles des objets dans chaque couche. Ainsi, délimitation de la région, énumération de ses couches, description successive de chacune d'elles, avec les organes qui la constituent, voilà l'ordre de l'ouvrage tout entier. Ceux qui le trouveraient trop uniforme n'en rejetteront point la faute sur l'auteur ; c'est à la nature seule qu'ils auront à adresser leurs critiques, car elle seule en a fourni l'idée et les moyens de réalisation.

L'ordre calqué sur un pareil modèle n'est point passible des arbitraires mutations de la mode. Néanmoins, tout en le maintenant, on pouvait observer de mieux en mieux les lois fondamentales. C'est ce que M. Pétrequin a fait avec bonheur dans cette seconde édition, pour plusieurs régions importantes, dont la peinture est devenue d'autant plus conforme au programme général, d'autant plus accessible, par conséquent, à l'esprit du lecteur.

Pourtant les remaniements capitaux ne sont pas là. Si le livre de 1844 n'est plus aujourd'hui reconnaissable, si l'œuvre primitive a été augmentée de plus d'un tiers, voici, — un témoin oculaire de ce travail, et admis à l'honneur d'y participer, peut le faire connaître, — voici au prix de quels efforts et avec quel discernement le progrès s'est accompli.

D'abord un jour ne s'est pas écoulé, depuis la publication de la première édition, sans que M. Pétrequin, justement préoccupé de l'avenir, n'ait mis de côté quelque note fruit de ses lectures, de sa pratique personnelle ou de ses rapports avec ses collègues, pour l'utiliser dans la refonte du livre.

Puis, pendant quatre années, il a de nouveau, avec le zèle d'auteur remplaçant sans désavantage celui de la jeunesse, revu sur le cadavre et complété ou rectifié par de nouvelles dissections ses descriptions premières.

Enfin, le moment venu de l'élaboration définitive, il a fait appel aux conseils de l'amitié, non avec l'ostensible désir d'être, avant tout, approuvé, mais armant lui-même la critique, la piquant au jeu, la forçant, en quelque sorte, de devenir agressive, pointilleuse même, ou tout au moins exempte de lâches condescendances.

De ce labeur infatigable, de ce concours actif et dévoué, qu'est-il

résulté?... Je le dirai avec vérité, et l'on me croira sans peine, quelque part que la bienveillance de l'auteur m'ait voulu attribuer dans l'amélioration de l'ouvrage.

En premier lieu, beaucoup d'observations détaillées, d'aperçus doctrinaux fort intéressants en 1844, ayant aujourd'hui perdu le mérite de la nouveauté, ont été sacrifiés, je ne dirai pas toujours sans regret, mais du moins sans réserve. A leur place ont été intercalées une foule de notions que les acquisitions réalisées par le microscope, l'électricité, la jeune physiologie, la chimie, désormais médicale, rendaient indispensables. Sous ces divers rapports, le livre a été mis à la hauteur du niveau actuel des connaissances médico-chirurgicales. Il suffira d'ouvrir une page, de jeter un coup d'œil sur une région prise au hasard pour reconnaître les traces de ce soin scrupuleux, si différent de la tactique habituelle aux confectionneurs de seconde édition. Nous aimons à le répéter, parce que nous le pouvons en parfaite, en incontestable connaissance de cause, malgré la patiente et méritoire composition du traité primitif, et quoique l'anatomie ne fournisse pas un objet susceptible d'être bien profondément modifié par l'esprit humain, tels ont été les efforts de M. Pétrequin, si soutenue et si bien secondée fut sa persévérance, qu'un livre véritablement nouveau, sinon par le plan, du moins pour la somme d'instruction qu'il peut fournir, surgit aujourd'hui.

Effectivement, ce qui fait la valeur de ce traité, ce qui lui donne sur ses rivaux une supériorité déjà solidement établie, c'est le nombre et le choix des notions immédiatement applicables à la pratique. Sous ce rapport essentiel, l'anatomie topographique a été en s'enrichissant sans cesse; et M. Pétrequin a fait plus que se tenir au courant de ce progrès; il y a largement, puissamment contribué. Au lieu de ces maigres glanes, éparses à la fin de chaque région, sous le nom de *Déductions pathologiques et opératoires*, l'auteur ne craint pas d'épuiser tout ce que le sujet lui peut fournir, envisagé aux divers points de vue susceptibles d'éclairer une branche quelconque des sciences médicales. Chirurgie, médecine proprement dite, tocologie, médecine légale, embryogénie, syphilographie, tout ce qui est capable de montrer l'importance d'une donnée anatomique, est successivement invoqué, exposé, approfondi.

Mais, plus économe parce qu'il est plus riche, M. Pétrequin a su, cette fois, éviter les écarts que la critique avait pu reprocher à sa première édition. Ces matériaux d'élite, il les utilise avec une discrétion qui suffit au but spécial, sans le jamais dépasser. Faire aimer l'anatomie en montrant à la fois son importance et sa fécondité; pousser à l'étude approfondie des détails graphiques et des connexions, en laissant entrevoir le précepte qui se cache sous la moindre de ces notions si arides en apparence; donner, à l'occasion, la preuve de la précision que la connaissance de l'organisme vivant peut seule permettre au chirurgien, à l'accoucheur, à l'expert en justice, voilà l'objet véritable de la science dont le livre de M. Pétrequin offre le code irréprochable. Mais cet objet, de sa nature, est essentiellement limité. C'est ce qu'ont rarement compris, plus rarement observé, les auteurs qui, sur certains points, se laissent aller, au gré de leurs prédilections ou de leurs études spéciales, à des développements hors de toute mesure, et transforment ainsi en une série arbitraire d'épisodes sans lien la plus sévère, la plus méthodique de toutes les sciences.

Le traité actuel d'Anatomie topographique médico-chirurgicale échappe entièrement à cette critique. Averti par le naufrage de ses prédécesseurs, M. Pétrequin a évidemment voulu se tenir dans les bornes de son plan; et toujours il s'y renferme avec rigueur, quoique sans sécheresse, donnant à chaque sujet une étendue en rapport plutôt avec les services qu'il a à attendre de l'intervention du scalpel qu'avec son importance propre. Ainsi tout devient anatomique dans ce livre; tout y revêt la précision, le positivisme, que les déterminations matérielles, que l'inspection directe commandent et permettent. Nulle hypothèse n'y a trouvé place, car tout ce qui en porte l'empreinte sortirait du domaine de l'anatomie.

Par la fidélité concise des descriptions, par la multiplicité des aperçus qu'il ouvre à tous ceux qui étudient l'homme sain pour apprendre à le guérir malade, ce livre présente, en un seul volume, ce que de plus volumineux traités nous laissent trop souvent désirer. L'étudiant l'ouvrira, à côté du cadavre, avec une confiance qui ne sera jamais déçue. Le praticien, quelle que soit l'occasion où il ait à lui demander un renseignement, le trouvera toujours prêt à répondre avec une netteté qui lèvera tous ses doutes. Nous lui pouvons présager une popularité sans bornes, parce que, après l'avoir lu, on cherche en vain à se figurer une situation où l'homme de l'art puisse se passer d'un pareil conseiller, comme on chercherait en vain un cas où ce conseiller reste muet ou obscur. La commodité du format, l'élégance et la correction parfaite de l'impression ajoutent encore aux titres qui le recommandent, comme devant, sous bref délai, remplacer les traités soi-disant classiques où la prétention à l'originalité se laisse voir beaucoup plus que la sérieuse intelligence des vrais besoins de l'étude anatomique. Œuvre aujourd'hui mûre d'un homme qui a fait ailleurs ses preuves de puissance créatrice et de faculté d'initiative, cet ouvrage ne se proposait qu'un but, et il l'a complétement réalisé : faire connaître les rapports exacts de tous les organes dont l'ensemble constitue le corps humain; enseigner les préceptes pratiques que cette étude conduit à établir dans toutes les branches de l'art de guérir.

P. Diday.

Société médico-pratique de Paris. — *Prix*. — Sur la demande de plusieurs concurrents anonymes, et vu l'importance de la question mise au concours par la Société : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux, » la Société médico-pratique de Paris vient de proroger jusqu'au 31 décembre 1857, l'époque à laquelle le concours sera fermé sans remise. Le prix est de 500 francs.

Les Mémoires devront être adressés *franco*, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel de ville, ou à M. le docteur Perrin, secrétaire général, 9, rue Charlot.

— La commission départementale de la Seine a émis le vœu que des mesures fussent prises pour faire cesser les causes auxquelles peuvent être attribuées les épidémies de fièvre puerpérale qui ont leur foyer dans les hôpitaux, et cet autre vœu que les écoles vétérinaires reçussent un plus grand développement.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Der Abdominaltyphus der Kinder (Le typhus abdominal des enfants), par *E. Friedrich* In-8°. Dresde, chez Adler et Dietz. 2 fr. 75

On the Constitutional Treatment of Female Diseases (Traitement constitutionnel des maladies des femmes), par *E. Rigby*, in-8°. Londres, chez Renshaw. 11 fr. 50

Remarks on Vesico-Vaginal Fistule with an Account of New Mode of Suture and 7 Successful Operations; par le docteur *N. Bozeman*. In-8° de 29 p. avec fig. Montgomery, imp. de Barrett.

Researches in Pathological Anatomy and Clinical Surgery (Recherches d'anatomie pathologique et de chirurgie clinique), par *J.-S. Gamgee*. In-8° avec 5 planches. Londres, chez H. Baillière.

The Prostate Gland, its Enlargement in Old Age (La glande prostate et sa dilatation dans l'âge avancé), par le docteur *Hodgson*. In-8°, Londres, chez Churchill, 8 fr. 50.

Rectification. — N° 49, p. 880, à la note qui concerne le traitement sur la goutte par le benzoate de soude, au lieu de *Bonjean* et *Guilliermond*, lisez : Bonjean et Socquet.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier prochain.

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paraît tous les Vendredis. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an

TOME III. — PARIS, 26 DÉCEMBRE 1856. — N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial en date du 13 décembre 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection faite par l'Académie impériale de médecine de M. le docteur Nélaton, pour remplir la place devenue vacante dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Gerdy, est approuvée.

— Par décret impérial en date du 17 décembre 1856, l'élection faite par l'Académie impériale de médecine de M. Poggiale, pour remplir la place d'académicien, vacante dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Bonastre, est approuvée.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION.

SECTIONS D'ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE ET DES SCIENCES PHYSIQUES.

Nomination des candidats.

Sciences physiques.

1er nommé, M. Moitessier (de Montpellier).
2e — M. Reveil.
3e — M. Guillemin.

Anatomie et physiologie.

1er nommé, M. Baillon (Histoire naturelle).
2e — M. Rouget.
3e — M. Morel (de Strasbourg).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 18 décembre 1856.

277. Albanel, David-Jérôme-Nathalie. [*Du perchlorure de fer dans le traitement de quelques maladies.*]
249. Gager, Jean-Louis-Alphonse, né à Paris (Seine). [*De la gastralgie.*]
278. Gaucher, Amable-Louis, né à Paris (Seine). [*Observation de fracture des deux premières vertèbres cervicales.*]
279. Mornac, Antoine-Émile, né à Ussel (Corrèze). [*De la fièvre en elle-même.*]
280. Valery, Charles, né à Limoges (Haute-Vienne). [*De la transmission des accidents secondaires du nourrisson à la nourrice, et de celle-ci à son nourrisson.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

CAUSERIE RÉTROSPECTIVE.

Un vieux savant mort en 1598 à l'hôpital de Lyon, et qui n'est pas moins que l'auteur du *Thesaurus græcæ linguæ*, Henri Estienne enfin, a donné une recette pour former le parfait courtisan. Cet homme-là était bon à tout.

Recipe : 1° Trois livres d'impudence, tirées du creux d'un rocher nommé Front-d'airain; 2° deux livres d'hypocrisie; 3° une livre de dissimulation; 4° trois livres de science de flatter; 5° deux livres de bonne mine; le tout concassé et cuit au jus bonne grâce. Passez cette décoction dans une étamine de large conscience; puis, quand elle est refroidie, mettez-y six cuillerées d'eau de patience et trois d'eau de bonne espérance; avalez d'un seul trait.

Nous connaissions cette recette depuis longtemps, chers et excellents confrères, et nous nous gardions bien de la montrer à nos rivaux de la presse, afin de nous assurer, avec le monopole de l'art de plaire, celui de vos inappréciables faveurs. Mais voyez la chance! au moment de mettre la main à la préparation, nous sommes arrêté court. Ce sont ces deux livres de bonne mine que nous ne savons où prendre, et vous n'ignorez pas non plus que votre Gazette, malgré le soin qu'on prend de l'accommoder à votre goût et de vous la servir à point, ne rend pas une très grande quantité de jus de bonne grâce. En conséquence, il faut vous résigner à vous priver de nos compliments, chose d'autant plus aisée d'ailleurs qu'il vous en viendra de beaucoup d'autres côtés; car, pour le dire en passant, est-il au monde une position sociale plus douce, plus choyée, plus chatouillante, que celle d'abonné? Il n'entre dans une oreille d'abonné que des paroles d'amour et de louanges. L'arbre de Noël n'est pas plus fleuri; la bûche de minuit ne jette pas plus d'étincelles, et la feuille dorée sur tranche que le fils déploie devant son père ne renferme pas sous sa faveur rose l'expression de plus tendres sentiments. Aussi,

281. HUMBERT, Julien-Joseph, né à Beulay (Vosges). [*Quelques considérations générales sur la péritonite secondaire aiguë hors l'état puerpéral.*]

282. GARREAU, Louis-Jean, né à Changé (Mayenne). [*Des hydatides du poumon.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 25 décembre 1856.

DES MARIAGES ENTRE CONSANGUINS.

(Suite et fin. Voir le n° 50, p. 883.)

Notre intention, nous l'avons dit dans notre premier article, est d'exposer, non de résoudre, la question relative aux résultats des mariages consanguins. Les termes de cette question ne sont pas connus de tout le monde et ont même été parfois, de la part des savants, l'objet de confusions favorables au désaccord des opinions.

Ce qu'on reproche aux mariages consanguins, ce n'est pas de perpétuer dans les familles, par le moyen des alliances, les maladies susceptibles de transmission héréditaire, ni certaines formes de tempérament, ni certaines prédispositions organiques, comme l'étroitesse de la poitrine ou quelque autre vice de conformation. Il est manifeste que la condition de la consanguinité en soi n'ajoute rien aux chances d'hérédité morbide, lesquelles, dépendant de la santé des conjoints et de celle de leurs ascendants réciproques, ont la même source dans toute espèce de mariage. On accuse les alliances entre parents de même souche, d'amener, de créer, par le seul fait du non-renouvellement du sang, une cause spéciale de dégradation organique, fatale à la propagation de l'espèce.

Cette cause, en se répétant dans une même famille, agirait, sous un certain rapport, à l'inverse de l'hérédité morbide. Celle-ci s'épuise avec le temps. Souvent, il est vrai, le caractère qui la traduit va s'accentuant de plus en plus pendant plusieurs générations; mais ensuite il s'efface et se perd dans la diversité des alliances, dans la complexité des influences de lieu, de climat, de tempérament, de constitution. Il en est, à cet égard, des maladies et des vices organiques comme des signes du type individuel; et de même que les ressemblances sont emportées plus ou moins vite dans le mouvement des générations, et que les familles elles-mêmes s'éteignent (il n'y en a pas, suivant Benoiston de Châteauneuf, dont la durée *nominale* ait dépassé trois siècles), de même la reproduction des dispositions morbides est de moins en moins vivace à mesure que la souche commune vieillit davantage. Pour en donner des exemples, nous citerons les familles Colburn et Nougaret, dont l'histoire est racontée par M. Prosper Lucas (*Traité de l'hérédité*), qui l'emprunte lui-même à Carlisle et à M. Szokalsky. « Dans la famille Colburn, dit M. Lucas, l'hérédité d'orteils et de doigts surnuméraires affecta cette marche : la normalité y fut successivement à l'anormalité :

» Dans la première génération. . . :: 1 : 35
» Dans la seconde — . . . :: 1 : 14
» Dans la troisième — . . . :: 1 : 3,75

» Et de degré en degré, elle finit ainsi par y disparaître.

» La généalogie plus récemment tracée de la famille Nougaret, où l'héméralopie, depuis six générations, est héréditaire, tend à la même issue. La proportion des membres atteints était à celle des membres restant exempts de l'anomalie :

» A la première génération. . . . . :: 1 : 1.
» A la deuxième — . . . . . :: 2 : 3.
» A la troisième — . . . . . :: 1 : 6.
» A la quatrième — . . . . . :: 1 : 9.

» Dans les cinquième et sixième générations, cette proportion dernière n'avait point varié; mais, contrairement à ce que M. Szokalsky conjecture, l'extinction finale de cette hérédité, à moins de faute commise dans le choix des alliances, nous semble inévitable. » Nous sommes, sur ce point, de l'avis de M. Lucas.

Tout au contraire, les effets attribués aux mariages entre parents, souvent nuls ou peu marqués après une première alliance, se multiplient et s'aggravent après une seconde, une troisième, et ainsi de suite. La progéniture devient de plus en plus misérable, et la famille se dégrade peu à peu, en dépit des précautions apportées dans le choix des conjoints. La consanguinité tendrait donc à annuler doublement le bénéfice souvent cherché dans les alliances; elle ferait obstacle au passage des qualités sanitaires des parents dans les produits de leur union, et elle rendrait au domaine de l'hérédité morbide, en vouant ceux-ci à des maladies qu'ils

---

à supposer qu'il y ait quelque part un confrère privé de ce bonheur, nous l'engageons amicalement à se le procurer. Que s'il avait besoin pour cela de renseignements particuliers, on les lui donnerait au bureau de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Quant à vous, honorés et avisés confrères qui vous nourrissez de notre prose, prenez un siége, prenez, et, sinon sur toute chose, au moins sur quelques-unes de celles qui font l'objet de nos relations mutuelles, permettez-nous de deviser un instant.

Nous voudrions vous bien convaincre que toutes les missives que vous avez l'obligeance de nous adresser, alors même qu'elles n'appellent aucune réponse, sont lues scrupuleusement, méditées et mises au dossier de nos affaires les plus importantes. Notre collection est déjà considérable et fort précieuse. La boîte aux lettres d'un rédacteur en chef qui a de l'ordre est vraiment la lanterne magique de tous les souhaits, de tous les goûts, de tous les besoins, des diverses sortes et qualités d'esprit, de jugement, de sentiment moral et de caractère, qui se croisent, se mêlent, se heurtent, à tous les étages de la profession. Cela vaudrait la peine d'être relevé et rassemblé. Nous avons, pour notre commodité particulière, divisé notre boîte en un grand nombre de compartiments qui ont leurs noms; mais, pour aujourd'hui, nous n'avouerons que ceux qui ont trait aux objets de la présente causerie.

Nous avons d'abord la case des *conseillers*. Qu'ils soient les bienvenus! « Se croire et se fier en soy seul est très dangereux. » Rien de plus divers, de plus contradictoire même, que les *desiderata* qui nous viennent à la fois de l'orient et de l'occident; c'est le blanc et le noir, le mou et le dur, le feu et l'eau, le jour et la nuit, le gras et le maigre, M. Robert et M. Bouillaud, le vitalisme et l'organicisme, M. Lordat et M. Piorry, la chirurgie et la médecine, M. Velpeau et M. Andral. C'est particulièrement sur ce dernier point, sur les proportions de l'ingrédient médical et de l'ingrédient chirurgical, qu'on a plusieurs fois sollicité notre attention. O vous qui souhaitez une forte dose de chirurgie, combien vous avez raison! Il y a de beaux noms dans l'histoire chirurgicale : Ambroise Paré, J.-L. Petit, A. Cooper, Dupuytren! Et puis les amputa-

pourront transmettre plus tard, tout ce que le temps en retranche dans tous les systèmes d'alliances, mais surtout dans celui des alliances croisées.

Un exemple saisissant de cette sorte d'antithèse des effets de l'hérédité proprement dite et des effets de la consanguinité, est fourni par les animaux domestiques, chez qui l'étude expérimentale de la question est beaucoup plus facile que dans l'espèce humaine. On sait ce qu'on appelle en Angleterre la *production en dedans* (*breeding in and in*) : c'est la propagation par l'inceste, quand on accouple les parents les plus proches, le père avec la fille, le frère avec la sœur, etc. On se sert de ce moyen pour propager, pour affermir et rendre plus aisément transmissible à un certain nombre de générations les qualités reconnues à un des producteurs ou à tous les deux. Mais, en même temps, l'influence débilitante de ces accouplements est si bien reconnue, qu'on la met à profit pour produire des individus à squelette petit et à chair molle, excellents pour la table. Et si l'emploi du moyen est continué trop longtemps, on dépasse le but; on n'obtient plus que des produits chétifs, malingres, difformes, de peu de longévité et parfois impropres à la reproduction. Ce que nous disons du bœuf, du mouton, du porc, on l'a observé chez les volatiles; on dit l'avoir constaté même dans les plantes.

Maintenant, en est-il de même dans l'espèce humaine, et que sait-on à cet égard?

A l'exception de Burdach, tout le monde est d'accord. Oui, les familles s'abâtardissent par les mariages consanguins. Et l'on ne peut, quant à l'opposition du physiologiste allemand, que répéter ce qui lui a été répondu par maint auteur, à savoir qu'il a confondu la communauté de race avec celle de famille. C'est en partie à cette cause que des aliénistes distingués ont, après Niebuhr, attribué la fréquence de la folie et de l'imbécillité dans les grandes familles, où la préoccupation du nom, des priviléges et de la fortune héréditaires amènent plus souvent qu'ailleurs le rapprochement des consanguins. De là aussi viendrait souvent la surdi-mutité dans les familles de toutes classes, d'après M. Puybonnieux, que sa position spéciale rend si compétent en pareille matière. Mais cette année même, la question s'est enrichie des recherches de trois médecins également distingués, M. Ménière, M. Rilliet (de Genève), et M. Devay, dont la brochure a été l'occasion du présent travail.

Dans un remarquable mémoire, dont nous avons donné l'analyse (1856, n° 18, p. 314), M. Ménière, s'élevant du point de vue spécial de la surdi-mutité à des considérations étendues, tire de l'histoire des peuples et des familles des témoignages frappants du danger de la consanguinité. Il insiste également sur cette circonstance que les organismes dégradés par le crétinisme, par les difformités, par la scrofule, avilis par l'idiotie et la démence, se rencontrent surtout dans les populations que la configuration géographique ou des habitudes séculaires maintiennent isolées. C'est une remarque sur laquelle insiste également, et sur une plus grande échelle, l'honorable M. Devay, en rappelant les *cagots* des Pyrénées, les *colliberts* du Bas-Poitou, les *marrans* ou *marrons* d'Auvergne, les *vaqueros* des Asturies, etc. A nos yeux, ce genre de preuve est difficile à mettre en évidence. Le crétinisme, assurément, n'a pas sa racine dans les mariages consanguins; il est inhérent aux conditions de topographie. Dès lors, les unions se contractant entre gens du même pays, et se contractant sous l'empire incessant de la cause ou des causes crétinigènes, il est assez naturel que l'hérédité, toujours mise en action par les alliances, toujours renouvelée à sa source par les atteintes spontanées du mal, finisse par emplir de crétins la contrée tout entière. La consanguinité des époux peut y aider ; mais il est plus difficile peut-être de s'en assurer que partout ailleurs, et il faudrait, pour lever tous les doutes, démontrer que le crétinisme est moins fréquent ou moins prononcé dans les rares familles recrutées par croisement que dans les autres.

M. Rilliet n'a pas dit son dernier mot; il s'est borné à émettre quelques propositions dont il promet le développement (*Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, 20 juin 1856), et nous savons que, même à cette heure, cet observateur sévère et judicieux ne se croit pas prêt pour la publicité. Néanmoins, il met très décidément sur le compte des mariages consanguins un *abaissement de la force vitale*, dont il range les effets comme il suit : 1° absence de conception; 2° retard de la conception; 3° conception imparfaite (fausses couches); 4° produits incomplets (monstruosités); 5° produits dont la constitution physique et morale est imparfaite; 6° produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux, et par ordre de fréquence : l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses; 7° produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse; 8° produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés sous d'autres conditions; 9° produits qui, s'ils franchissent

---

tions, les résections, les ablations, les injections, c'est du positif, c'est de la pratique toute pure. Il s'en est même fallu de peu, l'autre jour, que M. Dubois (d'Amiens) ne conférât à la chirurgie le sceptre des sciences médicales. Et vous qui brûlez surtout pour la médecine, que votre culte est bien placé! Car quoi de plus beau que de se dire les enfants de Galien, de Stahl, de Stoll, de F. Hoffmann, de Sydenham, de Laënnec! La médecine travaille sur les viscères nobles; la médecine n'a jamais fait la barbe à personne, si ce n'est peut-être, en un sens, à la chirurgie. Ainsi les uns et les autres, vous touchez en nous une fibre sensible, et le résultat de ces deux impressions différentes est de nous tenir constamment attentif à rester dans le *bono modo* de la sagesse.

Nous ne poussons pas le scrupule jusqu'à porter le ruban métrique sur chaque numéro pour régler la distribution proportionnelle des matières médicales, chirurgicales, anatomiques, physiologiques ou philosophiques; mais nous suivons un procédé presque aussi simple et infiniment préférable : c'est de suivre le courant du jour. Il y a constamment dans l'atmosphère médicale quelque ballon parti des académies, des sociétés, de la presse, des livres nouveaux. D'où qu'il vienne, où qu'il aille, de quelque nature que soit son lest, nous le suivons dès que nous y voyons utilité. Ce procédé vous expose, chirurgien insatiable, à tomber pour quelque temps en pleine médecine, et vous, médecin frénétique, à tomber en pleine chirurgie; mais attendez, le vent change, et vous voilà pour un autre temps dans une région différente ; si bien qu'à la fin de l'année, vous avez fraternellement et équitablement partagé les joies et les privations de votre vie studieuse. C'est dans cette intention que nous avons fait tour à tour passer sous vos yeux, avec les développements voulus pour chacune d'elles, les questions du vitalisme, de la leucémie, des embolies, du typhus de Crimée, de la ligature de l'œsophage, du traitement des kystes ovariques, etc.

Dans la même case sont empilées des lettres qui demandent force feuilletons, force causeries, une suite aux *erreurs et imperfections* de notre ami Verneuil (*de* étant mis pour *par*). Ça dilate, ça fait rire, ça vous repose un peu des plaques gaufrées et de l'hépatisa-

la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort.

M. Devay, enfin, apporte un tribut personnel d'observations d'autant plus précieux que, le plus souvent, c'est par des affirmations générales que la question a été tranchée. Une partie de ces observations a été mentionnée déjà en 1846 dans son Hygiène des familles :

« Nos observations, y est-il dit (t. II, p. 176), sont au nombre de trente-neuf; treize ont été recueillies dans le cercle de nos connaissances, les vingt-six autres ont été fournies soit par des renseignements authentiques, soit par nos propres malades. Dans la première catégorie, nous trouvons deux oncles qui ont épousé leurs propres nièces ; trois tantes qui se sont unies à leurs petits-neveux ; le reste a trait à des alliances entre cousins germains ou petits-cousins. Or huit de ces mariages ont été stériles, quoique les époux ne fussent pas d'âge trop disproportionné ; quatre ont engendré des enfants scrofuleux, moissonnés à la fleur de l'âge, et dont aucun n'a dépassé quatorze ans. La dernière de ces alliances malencontreuses a, il est vrai, mis au jour un rejeton vivace, mais qui est affligé de l'*ichthyose*, d'une espèce de lèpre dégoûtante qui l'a arrêté dans sa carrière et dans ses projets d'établissement. Nous ajouterons, de plus, que sur les enfants scrofuleux et rachitiques qui n'ont point eu, en quelque sorte, le droit de vivre, deux étaient nés avec des doigts surnuméraires, comme si la nature eût pris à tâche d'associer la difformité à la faiblesse originelle.

» Sur les vingt six observations de la seconde catégorie, nous trouvons onze alliances malheureuses ; elles ont eu lieu entre cousins et cousines ; un enfant épileptique est issu d'un de ces mariages ; trois autres ont engendré des enfants morts hydrocéphale et dans les convulsions. Parmi les sept autres, nous comptons deux unions stériles, et cinq qui ont produit deux rejetons dont l'état sanitaire laisse beaucoup à désirer. Quatre seulement, pour compléter le nombre de vingt-six, ont eu des mariages féconds dont les produits paraissent jouir d'un état de santé médiocre. »

A ces 39 observations, M. Devay est aujourd'hui en mesure d'en ajouter 82 vérifiées avec soin. C'est donc un total de 121 faits où l'influence de la consanguinité a été étudiée tant sur la conception elle-même que sur ses produits.

Sur ces 121 cas, il y en a eu 22 de stérilité. « Ces alliances, qui pour la plupart datent de huit à dix ans, ont eu lieu entre cousins germains ou issus de germains; 4 seulement regardent des oncles qui ont épousé leurs petites-nièces. » L'infécondité n'a pas été absolue dans tous les cas; 16 fois il n'y a pas eu conception ; 6 fois la conception a été suivie d'avortement dans les premiers mois de la grossesse. De plus, on a compté 11 avortements soit après, soit avant une grossesse arrivée à terme.

Toujours sur ce même chiffre de 121, M. Devay a rencontré 17 fois la polydactylie (13 fois aux deux mains), 2 fois l'ectrodactylie (c'était l'absence du petit doigt), 2 fois le bec-de-lièvre, 1 fois le spina-bifida, 5 fois des pieds bots (varus-équin), 1 fois l'anencéphalie (les époux étaient cousins germains, et depuis cet accouchement il n'y a pas eu de nouvelle grossesse), 2 fois l'ichthyose, 1 fois la surdi-mutité.

Une objection se présente naturellement: c'est celle que fournit le peuple juif, non par la conservation de son type (ce qui appartient à la race), mais par celle des qualités physiques, bien que ce peuple, par sa répugnance à se recruter hors de son propre sang, en soit réduit souvent à des alliances consanguines. Mais, comme le fait très bien remarquer M. Devay, l'objection repose en partie sur un préjugé ; car la race juive est fort détériorée aujourd'hui ; et, de plus, sa vie errante, son cosmopolitisme, multiplient pour lui une foule d'influences qui le mettent jusqu'à un certain point hors de la loi commune.

Tel est l'état de la question. On voit que les éléments en sont nombreux et divers : c'est à les démêler, à en séparer les influences respectives, à bien distinguer surtout la part de l'hérédité de celle de la consanguinité, qu'il faudra s'appliquer désormais. Quant à présent, nous croyons pouvoir dire que l'opinion établie, en tant qu'opinion scientifique, repose plus sur l'accord des témoignages que sur un ensemble d'observations rigoureuses. Ce sont des faits comme ceux que nous venons de rappeler qui, en se multipliant, peuvent lui donner cette nécessaire consécration.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Saignée de la veine jugulaire externe dans l'asphyxie, considérée sous le point de vue anatomique et physiologique, avec des remarques sur la valvule des veines du cou, par J. Struthers, professeur d'anatomie à Édimbourg (1).

La question de savoir si la saignée de la jugulaire externe peut être utile dans les cas de mort apparente n'a pas reçu

(1) *Edinburgh Med. Journal*, novembre 1856. — Les faits anatomiques qui font la

tion grise. Très bien ; mais il y en a d'autres qui nous renvoient, pour nos jours de gaieté, au *Charivari*, et qui donneraient tout le rez-de-chaussée de la Gazette pour un pouce du reste. Oui, Dieu du ciel! il y a des gens qui ne lisent jamais le feuilleton, et qui s'en vantent, et qui le signent de leur main! C'est un peu mortifiant pour le feuilleton, mais ce n'est pas absolument déraisonnable. Dans cette perplexité, et après mûre délibération, plein du respect qu'on doit à des avis partis d'esprits droits et de cœurs dévoués, nous avons pris un grand parti..... nous ferons à notre habitude.

Il en est qui nous demandent de rendre compte de quelques sociétés, notamment de la *Société de chirurgie*, aussi régulièrement que nous le faisons pour la *Société du département de la Seine*. On oublie que la Gazette hebdomadaire est le journal officiel de cette dernière société, et qu'elle reçoit du secrétaire général le compte rendu des séances. Néanmoins, toute la place qu'il nous est rigoureusement possible de consacrer à ce genre de matériaux, dont nous prisons très haut l'utilité, nous nous en emparons, non pas seulement au profit de la Société de chirurgie, mais aussi au profit de la Société des médecins des hôpitaux : *Pinta trahit pintam, trahit altera pintula pintam*. Et afin de ne pas laisser d'application au second vers : *Et sic post pintas nascitur ebrietas*, afin d'utiliser au mieux l'espace disponible, nous nous attachons exclusivement aux séances les plus instructives.

Nous avons une case des *élégiaques*; c'est celle où s'empilent les lamentations, hélas ! trop justes des confrères qui, leur manuscrit ou leur livre à la main, attendent sur la rive que le sourd nautonnier veuille bien les conduire à l'élysée de l'imprimerie et de la publicité. S'ils savaient, ces infortunés auteurs, combien ces retards nous sont pénibles à nous-mêmes, et que de circonstances sans cesse renouvelées, sans cesse impératives, connues seulement du rédacteur, et prêtant souvent à de fausses interprétations, — les cartons trop chargés, l'actualité du sujet, des notes à relever, l'empêchement d'un collaborateur, la difficulté même de certaines analyses qu'on veut faire approfondies ; quoi encore ? des engagements pris, des malentendus, la nécessité d'espacer plusieurs

tout le développement nécessaire. La clinique l'approuve comme plus efficace que la saignée du bras, peut-être parce qu'elle produit un dégorgement plus rapide du cerveau ; mais la véritable cause n'a pas été recherchée. Les expériences ayant été faites, jusqu'à présent, seulement sur des animaux, il reste à démontrer si ce résultat favorable ne serait pas applicable à l'homme.

L'utilité de cette opération repose principalement sur le dégorgement du côté droit du cœur par reflux du sang ; car, dans l'asphyxie, le côté droit du cœur est gorgé de sang, et son action est ainsi annulée et paralysée par cette cause mécanique, qui persiste malgré une respiration artificielle, si l'on ne parvient à le dégorger.

Les expériences des docteurs Reid, Cormack et Lonsdale, ont prouvé : 1° qu'on peut dégorger le côté droit du cœur par une section des jugulaires sur les chiens, lapins, chats ; 2° que ce dégorgement rétablit l'action du cœur, si elle avait toutefois cessé, ou la ranime lorsqu'elle est affaiblie. Les animaux qui ont servi à ces expériences avaient été tués préalablement ou du moins presque tués, soit par pendaison ou coups sur la tête, soit par suite de l'administration d'acide cyanhydrique, de créosote ou de strychnine à dose toxique, ou bien par injection d'air dans les veines.

Le principe de cette médication est le même dans tous ces cas, soit que le cœur soit gorgé de sang par suite d'un obstacle au poumon (asphyxie), soit qu'il ait subi un temps d'arrêt dans son action par l'effet de poisons ou par cause mécanique, comme l'introduction de l'air ; dans tous ces cas il y a une distension mécanique à faire disparaître par dégorgement.

Dans toutes ces expériences, on a prouvé que la ponction du ventricule n'avait aucun résultat, mais qu'aussitôt après une ouverture pratiquée soit dans l'oreillette, soit dans les grandes veines, la déplétion était instantanée et l'action aussitôt rétablie. De plus, on a obtenu le même résultat par la section des deux veines jugulaires. Nous renvoyons le lecteur, pour le détail de ces expériences, au mémoire du docteur Reid (*Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques.* Édimbourg, 1848). Le but de mon travail est de rechercher si ce traitement ne pourrait pas être applicable à l'homme. Les circonstances ne sont pas les mêmes, en apparence. Chez les animaux, la veine jugulaire externe est proportionnellement plus large, étant la principale du cou ; et, de plus, il faut savoir si les valvules n'offrent pas un obstacle au dégorgement chez l'homme.

Je commence par noter le fait, connu depuis longtemps, que le ventricule droit peut se dégorger en partie dans l'oreillette droite. Ceci a été démontré par M. P. W. King (*Guy's Hospital Reports*, 1837), dans un travail intitulé : ***De la soupape de sûreté du cœur humain.*** M. King a démontré, par une injection d'eau dans l'aorte et l'artère pulmonaire :

1° Que la valvule mitrale se ferme complétement, même dans le cas où l'on distend le ventricule gauche par du liquide, et empêche tout retour ;

2° Que la valvule tricuspide, par contre, fermant incomplétement, permet au liquide de ressortir sous forme de jet aplati, ce qui a lieu dans tous les états du ventricule, principalement quand celui-ci est distendu.

On ne peut nier la différence qu'il y a entre le cœur mort et le cœur vivant, où les muscles jouent un grand rôle dans l'action des valvules ; mais l'état distendu et paralysé du cœur droit dans l'asphyxie le rapproche beaucoup de ce que M. King observait dans ses expériences, et fournit la preuve que la valvule tricuspide ferme moins complétement que la valvule mitrale, et qu'elle permettra, comme telle, dans un état de distension de cette cavité, la production d'un courant de retour, qui diminuera la quantité de liquide renfermé. La même chose a lieu sur les animaux inférieurs, et il est bien connu des expérimentateurs, comme l'a vu particulièrement M. Reid, que si l'on ponctionne les veines ou l'oreillette droites, le ventricule droit, qui se trouvait distendu, se dégorge de lui-même dans l'oreillette.

Ceci est, du reste, une sage prévision de la nature : la perfection de la valvule mitrale empêche le reflux du sang vers le poumon ; l'imparfaite occlusion de la valvule tricuspide ouvre un moyen d'échappement dans le cas de distension du ventricule droit, et la perfection de cette valvule est donc en quelque sorte dans son imperfection.

Anatomie des valvules. — La plupart des anatomistes ont démontré l'existence des valvules dans la veine jugulaire externe. On dit généralement qu'il y en a deux, une vers la partie inférieure, l'autre, moins constante, vers la moitié de la hauteur ; elles ne résistent qu'imparfaitement au passage d'un liquide injecté par le cœur, ou bien au reflux du sang. Toutes les autres veines du cou et de la tête sont dites dépourvues de valvules. J'ai cependant constaté la présence de valvules dans toutes les veines de la partie inférieure du

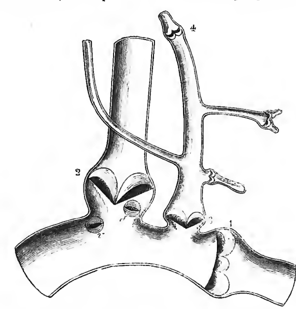
base de ce travail, ne concordent pas exactement avec les résultats des recherches de M. Houzée sur les valvules ; ils devront donc être vérifiés. Mais nous avons voulu les rapporter pour l'intelligence des conclusions qu'en tire l'auteur. A. D.

travaux de même nature, etc., — que de petites considérations, que de riens, influent sur l'arrangement d'un numéro de journal ! Nous luttons le plus possible contre ces nécessités ; nous aviserons de plus près encore. En attendant, calmez-vous, *pax vobiscum*, chers confrères : la vraie tranquillité est de n'être ému de rien, à ce que dit Sénèque. On va songer à vous ; que disons-nous ? On y songe énormément vers la fin de décembre. Patience, la barque est préparée et déjà on lève l'aviron.

Tenez, faites en sorte d'être rangés dans cette autre case, que nous ne craignons pas d'appeler la case des *bons enfants*. Ce sont ceux qui vous disent : voilà mon *factum*, biffez, coupez, jetez au feu ou au panier, nous serons toujours contents. C'est ce qui s'appelle parler. Braves correspondants ! Ils ne savent peut-être pas tout le compte que nous leur tenons de leur modestie, et ils sont là pour dire que nous n'en abusons pas. Il est vrai qu'il ne faut pas toujours s'y fier, et que cette surface d'apparence si douce se hérisse quelquefois dès qu'on y touche. C'est une vieille histoire. « Promettez-moi, seigneur Geronimo, de me parler avec une entière franchise. — Je vous le promets. — C'est que je veux savoir de vous si je ferai bien de me marier. — Je ne vous conseille point de songer au mariage. — Et moi, je vous dis que je suis résolu de me marier, » c'est-à-dire de ne pas retrancher une virgule à mon manuscrit. Mais, nous nous rendons presque coupable de calomnie, tant la chose est rare.

Il y a encore la case des *consultants*, l'une des plus aimées, parce que rien ne peut nous être plus agréable que d'entrer en conversation privée avec nos confrères sur quelque question de science, de philosophie, d'administration ou de médecine légale. Nous sommes comme par le passé tout à leur service ; il n'y a qu'à parler. Il en est seulement quelques-uns près desquels nous avons à nous excuser ; ce sont ceux qui, à l'occasion de présentation ou de concours ouverts devant les Facultés de médecine, nous ont fait l'honneur immérité, en nous envoyant l'exposé de leurs travaux et plusieurs de ces travaux mêmes, de nous demander notre avis personnel sur la valeur respective de leurs titres et de ceux de leurs compétiteurs. Si nous n'avons pas répondu à leurs incitations,

cou, et régulièrement dans la jugulaire interne et la veine sous-clavière, ainsi que dans la vertébrale et quelques tribu-



1. Valvules de la veine sous-clavière avec une troisième valvule accidentelle.
2. Valvules de la veine jugulaire interne.
3. Valvules inférieures de la veine jugulaire externe.
4. Valvules du tronc (ou supérieures) de la veine jugulaire externe.
d. Valvules accidentelles au-devant de l'ouverture du canal thoracique.
v. Valvules au-devant de l'ouverture de la veine vertébrale.

On remarque des valvules dans les veines qui s'ouvrent sur la paroi postérieure de la jugulaire externe, mais aussi l'absence de valvule dans la veine jugulaire antérieure.

taires de la jugulaire externe; il y en a constamment aussi dans le tronc de la jugulaire externe, vers son embouchure.

Jugulaire interne. — L'ouverture de cette veine est toujours pourvue de deux valvules placées exactement à l'ouverture, ou bien à un demi-pouce à trois quarts de pouce plus haut. Leur direction est transversale ou oblique, mais plus généralement oblique. Elles sont situées en arrière et en avant ou de côté. Le plus ordinairement elles sont obliques et latérales, l'extrémité postérieure en rapport avec la partie postérieure et interne de l'ouverture; leur partie antérieure dirigée en haut et en dehors jusqu'à leur point d'insertion. L'une est quelquefois plus grande que l'autre, et l'on constate une sorte de bride à une des extrémités, formée par la jonction des cornes antérieures et leur donnant l'aspect d'une valvule unique.

Plusieurs anatomistes ont constaté une dilatation en ampoule à l'extrémité inférieure de la jugulaire interne, immédiatement au-dessus de sa terminaison, et M. Cruveilhier dit que « cette dilatation peut être considérable sur des personnes asthmatiques ; » mais sa corrélation avec la présence de valvules ne paraît pas avoir été notée.

Toutes les valvules sont pourvues de sinus nécessaires à leur action mécanique, et disposées d'après le même principe que les sinus de Valsalva aux valvules aortiques.

La dilatation accidentelle observée par M. Cruveilhier s'explique donc facilement par une gêne de la respiration.

Veine sous-clavière. — Cette veine est constamment pourvue de valvules à un pouce de la terminaison, placées immédiatement à la partie externe de l'embouchure de la jugulaire externe. Comme dans la jugulaire interne, leur attache est transversale ou oblique; elles sont placées ou en arrière et en avant, ou en haut et en bas, mais d'ordinaire transversalement, l'une devant l'autre. Quand elles sont obliques, elles sont ordinairement l'une en haut, l'autre en bas, l'extrémité postérieure allongée et pointue allant jusqu'à l'ouverture de la jugulaire externe; les extrémités antérieures, réunies souvent par une bride, leur donnent l'aspect d'une valvule unique représentant un diaphragme partiel. Quand leur disposition est transversale, elles sont généralement antérieure et postérieure. Du reste, l'arrangement de ces parties varie souvent : il peut y avoir deux valvules de grandeur égale ou inégale, ou trois, ou bien une seule en apparence. La présence de la bride que nous avons notée peut faire paraître la valvule comme unique; ou bien un manque de soins, quand on ouvre la veine, efface l'une des deux; erreur que l'on commet facilement et bien connue des anatomistes. Quand elles sont de grandeur différente, la plus grande est la postérieure, pourvue d'un sinus profond, et pouvant à elle seule déterminer l'occlusion de la veine. On ne devra pas confondre ceci avec deux valvules obliques et confluentes à un bout, car alors sinus et valvules sont disposés différemment. On observe quelquefois une troisième valvule intermédiaire, plus petite que les deux autres, placée entre les cornes postérieures des deux lèvres transversales ou obliques, unie ou non par une petite bride aux deux extrémités libres de ces dernières. Le sinus de cette petite valvule intermédiaire est quelquefois très profond. Une valvule au-devant de l'entrée du conduit thoracique, et dans le voisinage des valvules sous-

---

ils voudront bien croire que ce n'est ni par indifférence, ni par négligence, mais pour des motifs sérieux. Il est des circonstances en ce genre où la presse n'a pas les éléments suffisants pour intervenir en toute sûreté de conscience, ni même parfois des raisons décisives d'une intervention quelconque. C'est ce qui a lieu pour nous particulièrement quand les intérêts se débattent dans une Faculté éloignée, entre des compétiteurs que leurs travaux ne placent pas à de très grandes distances les uns des autres, et dont la valeur réelle comme professeurs, comme agrégés, est loin d'être représentée par leurs publications.

Voilà, chers confrères, tout ce que nous avons à vous dire à la fin de cette campagne annuelle. Quelle que soit notre œuvre, vous nous rendrez au moins cette justice que nous y apportons un zèle égal à vos encouragements. Nous la continuerons en nous appuyant, si vous voulez bien traduire *virtus* par *courage*, sur cette devise célèbre :

Virtute duce, comite fortuna.

A. DECHAMBRE.

Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes. — MM. 1 Menjaud. *Prix*. 2 Paris. *Accessit*. 3 Labbé. *Mention*. 4 Ponquet. *Mention*. 5 J. Simon. 6 Cazelles. 7 Duboué. 8 Dubrisac. 9 Coulon. 10 Fournier (Eugène). 11 Dezanneau. 12 de Saint-Germain. 13 Témoin. 14 Delestre. 15 Brulé. 16 Paul. 17 Bonnemaison. 18 Royer. 19 Leven. 20 Fauvel. 21 Goux. 22 Gros. 23 Ladreit de la Charrière. 24 Simon (Edmond). 25 Campana. 26 Gérin-Rose.

Internes provisoires. — MM. 1 Mottet. 2 Gauthiez. 3 Homo. 4 Tillaux. 5 Colvis. 6 Collineau. 7 Fournier (L.). 8 Mercier (J.). 9. Bosia. 10 Danjoy. 11 Cassou. 12 Marchand. 13 Mauvezin. 14 Regnault. 15 Regnier. 16 Viaud Grand-Marais. 17 Long. 18 Sergent. 19 Lancereaux. 20 Vanebroucq. 21 Desprès (Arm.). 22 Belhomme. 23 Blot. 24 Dublanc. 25 Bricheteau.

— Le total général de toutes les souscriptions en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient était, au 18 décembre, de 16,458 fr. 16 cent.

clavières, ne doit pas être confondue avec la véritable troisième valvule que nous venons de décrire. Cette disposition de trois valvules est considérée comme rare sur l'homme. Je ne l'ai constatée que deux fois, et, dans l'un des cas, des deux côtés. Dans ce cas, l'une des trois était très petite. Une disposition analogue se présente quelquefois dans les valvules de l'aorte, et est attribuée à un arrêt de développement de l'une des trois. (Voir mon travail intitulé : *Malformation on the Semi Lunar Valves of the Heart*, in *Anatomical and Physiological Observations*. Edinburgh, 1854.)

Dans tous les cas, quelle que soit la variété, on trouve toujours une valvule suffisante à la partie externe de l'entrée de la jugulaire externe, et qui empêche le reflux du courant sanguin vers le bras, mais non pas vers la jugulaire externe. C'est la seule contenue dans la sous-clavière, et l'on n'en trouve dans la veine axillaire qu'au niveau du bord inférieur du muscle sous-scapulaire, c'est-à-dire à une distance de la première d'environ 5 pouces. Cette valvule de la veine axillaire est double et constante. Une autre peut se trouver entre celle-ci et le commencement de la veine humérale proprement dite. On rencontre encore généralement une valvule à une ou deux lèvres à l'entrée des veines céphalique et sous-scapulaire dans l'axillaire.

(*La suite prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

TUMEURS GLANDULAIRES HYPERTROPHIQUES DU VOILE DU PALAIS.

Il a été tout dernièrement question dans les hôpitaux et à la Société de chirurgie d'une classe nouvelle et fort intéressante de tumeurs du voile palatin. L'extrait suivant d'un rapport de M. Adolphe Richard à la Société de chirurgie en donnera une idée suffisante à nos lecteurs.

L'histoire des tumeurs glandulaires hypertrophiques du voile du palais ne date, pour ainsi dire, que d'hier.

En 1847, M. Récamier adressa à M. Nélaton une religieuse de la petite ville d'Orbec. Cette dame, âgée de vingt-huit ans, portait une tumeur de la grosseur d'une noix qui remplissait l'arrière-bouche, et, déprimant le plancher lingual, venait s'appliquer jusque sur l'épiglotte, à l'entrée du larynx. Aussi la phonation était à peu près impossible, et la gêne extrême de la respiration et de la déglutition accusait un danger pressant.

Malgré l'époque fort éloignée déjà qui avait marqué le début de cette maladie, malgré l'âge de la malade, l'absence d'engorgement ganglionnaire et d'autres symptômes assez rassurants, MM. Nélaton, Michon et Récamier crurent à l'existence d'un cancer, et, devant la gravité du cas, arrêtèrent le plan d'une opération purement palliative qui, moitié par des incisions, moitié par une ligature, devait sacrifier la plus grande partie du voile palatin. M. Nélaton tenait le bistouri ; mais, après la première incision, il s'aperçut que la tumeur, au lieu de faire corps avec le voile du palais, était libre. Aussi fut-elle enlevée en entier, non sans de notables difficultés ; la malade guérit promptement, et reste présentement guérie au bout de huit années. La tumeur, disséquée et examinée avec soin, ne laissa voir dans sa structure qu'un développement morbide des glandes du voile.

Depuis cette première observation, messieurs, qui vous fut, dans le temps, communiquée, une dizaine de faits analogues ont été observés par plusieurs chirurgiens, et spécialement par quelques-uns des membres de cette société, MM. Nélaton, Michon, René Marjolin. Or, très heureusement, ces faits se ressemblent tous, formant un groupe naturel d'affections dont les caractères sont très tranchés ; et, ce qui est plus heureux encore, quand le diagnostic de ces tumeurs est établi, et il l'est presque toujours facilement, leur traitement est simple, radical, innocent.

Esquissons en deux mots leur physionomie habituelle.

Ces tumeurs se rencontrent chez des personnes encore jeunes, de l'un et de l'autre sexe. Cette remarque paraîtrait naïve, si des affections voisines de celle-ci par leur siége, bénignes aussi par leur nature, les polypes naso-pharyngiens, n'avaient jusqu'ici offert cette curieuse particularité de ne s'être rencontrés que chez des hommes.

Le point de départ de nos tumeurs, c'est le voile du palais. Si, dans la suite du développement, une portion de la voûte palatine semble prise, c'est par la nécessité où se trouve le produit morbide de se loger dans le voisinage de son point de départ.

Ces tumeurs se développent avec une lenteur extrême, et souvent plus de dix années se sont écoulées avant que leur volume obligeât les malades à consulter un médecin. Aussi celui-ci ne les voit guère que quand elles forment une masse notable dans la bouche ; c'est, du reste, en cet état qu'il est le plus utile de les bien connaître, le plus urgent de les guérir.

Sous une muqueuse habituellement d'aspect normal, quelquefois un peu plus rouge, se dessine une tumeur régulièrement arrondie ; elle remplit la bouche sans saillir du côté des arrière-narines, car le plan musculaire et aponévrotique qui est au-dessus d'elle borne ses progrès par en haut ; elle s'arrête également devant une autre limite, c'est la ligne médiane du voile palatin, c'est-à-dire la petite bande fibreuse qui va de l'épine nasale postérieure à la luette. Aussi n'y a-t-il jamais qu'une seule moitié du voile qui soit envahie, l'autre moitié étant plus ou moins refoulée, mais non entièrement effacée par l'extension du mal.

De cette limitation si précise, l'un des meilleurs éléments du diagnostic, découle un autre caractère plus précieux encore, car il domine le traitement opératoire : je veux parler de l'isolement absolu de ces tumeurs entre le plan muqueux et le plan musculaire, de leur enkystement, et, partant, de leur facile énucléation.

Enfin, leur consistance ferme, leur surface légèrement grenue, leur indolence absolue, achèvent de rapprocher ces hypertrophies glandulaires palatines des tumeurs mammaires chroniques, type de ces sortes d'affections.

La structure vient consacrer ce rapprochement. La dissection montre à l'extérieur une poche de tissu cellulaire lamelleux enkystant la masse, à l'intérieur la coupe jaune grisâtre des tumeurs bénignes du sein et la séparation du tissu par de petites cloisons en lobes et lobules.

L'histologie de ce tissu a été présentée par M. Ch. Robin avec sa précision habituelle. Presque toute la masse est formée de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, tapissés d'épithélium presque toujours nucléaire. Quelques éléments fibro-plastiques se rencontrent accessoirement, et aussi, par accident, de petites concrétions calcaires.

Dans toutes les observations rapportées, l'opération a été d'une grande simplicité.

Une incision généralement simple étant pratiquée dans le sens antéro-postérieur, par la rétraction naturelle de la muqueuse, une portion de la face libre de la tumeur est mise à nu, comme on le voit pour la grenouillette, par exemple.

L'énucléation peut alors se faire par la simple action de l'index, ou, si besoin est, d'une spatule ; sinon, quelques coups de bistouri font justice des adhérences un peu plus fortes.

L'hémorrhagie est nulle ou à peine sensible ; les suites présentent l'innocuité de la plupart des opérations sanglantes pratiquées dans l'intérieur de la bouche. La cicatrisation est complète avant un mois écoulé, et jusqu'ici on ne saurait citer un seul cas de récidive.

Messieurs, l'intérêt qui s'attache à la connaissance de cette nouvelle maladie est considérable. Les chirurgiens sauront désormais, à la vue de ces tumeurs, repousser l'idée de cancer qu'elles faisaient naître, rassurer les malades et souvent les médecins, enfin surtout faire entrevoir une guérison certaine au prix d'une opération facile et sans danger.

En dehors de la pratique, c'est une page à ajouter à l'histoire des tumeurs glandulaires, non-seulement pour leur histologie, mais en vue surtout de leur interprétation pronostique.

Tel est, en effet, le progrès immense imprimé dans ces dernières années à l'anatomie pathologique, d'avoir montré qu'une grande partie des tumeurs est constituée par une maladie des glandes de la peau ou des muqueuses, maladie s'accompagnant presque toujours d'un développement anormal en volume ou en nombre des éléments anatomiques des glandes. — Déjà plusieurs se sont élevés contre la dénomination d'hypertrophie glandulaire imposée à ces tumeurs par les laborieux fondateurs de la micrographie contemporaine, — dénomination vicieuse en anatomie pathologique, car la transformation fibreuse des parois des culs-de-sac, l'infiltration des épithéliums altérés qui gorgent ces conduits, et souvent même l'aspect le plus grossier de la coupe, jurent contre cette expression d'hypertrophie; — mais dénomination plus vicieuse encore en pathologie et en clinique; car si ces tumeurs glandulaires comprennent la grande majorité de celles qui méritent le nom de bénignes, elles en comprennent d'autres aussi à la peau, au sein, au foie, dans l'utérus, dans le rectum, qui sont assimilables aux cancers les plus malins.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Un simple rapprochement au sujet de la peau bronzée.

Monsieur le Rédacteur,

La peau bronzée (masque) est un des épiphénomènes les plus inhérents à la grossesse. La néphrite, l'albuminurie, les œdèmes, l'éclampsie ne sont que trop souvent produits par elle.

L'état de gravidité aurait-il, *presque toujours*, sur les capsules surrénales l'influence pathogénique qu'il n'exerce que *quelquefois* sur les reins?

Ne serait-il pas bon, chez les femmes mortes grosses ou en couches, de rechercher l'état des capsules, et de le comparer à l'intensité du dépôt pigmentaire observé sur le sujet?

Agréez, etc. CH. TIRARD.

Fièvres intermittentes symptomatiques des maladies des voies urinaires. — Emploi du sulfate de quinine.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le nº du 12 décembre 1856 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, à propos de deux cas de fièvre intermittente s'étant manifestée chez des individus affectés de maladies des voies urinaires, soit immédiatement après des tentatives de cathétérisme, soit simplement par suite de troubles apportés dans ces organes par un rétrécissement, ainsi que M. Payan (d'Aix) en a aussi publié un cas dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1840, p. 117, vous croyez utile d'attirer l'attention des médecins sur les effets du sulfate de quinine dans ces fièvres intermittentes symptomatiques de lésions des organes urinaires. Malgré la fréquence assez grande des faits pouvant concourir à éclairer cette question (1), peut-être l'observation suivante ne vous paraîtra-t-elle pas complétement dénuée d'intérêt.

Veuillez agréer, etc. Dr G. LAGNEAU, fils.

OBS. — M. d'A...., ayant environ trente ans, eut à dix-sept ans une première blennorrhagie extraordinairement violente, bientôt suivie d'une orchite énorme, déterminée par un coup porté sur le testicule durant le cours de cet écoulement. Après être entré plusieurs fois à l'hôpital du Midi, dans divers services, principalement pour des récidives de blennorrhagie et des inflammations testiculaires, le malade eut un rétrécissement très considérable nécessitant l'introduction fréquente de bougies. Ayant cessé momentanément cette introduction, il fut pris d'une ischurie complète. Le 16 mai 1853, nous le trouvons dans un état alarmant : maigreur considérable, teint décoloré, moral profondément affecté, caractère très irritable, fièvre, soif vive, céphalalgie violente, douleur dans le bas-ventre, chaleur et cuissons dans le rectum, engorgement de la partie antérieure du périnée. Il nous apprend que, quelques jours auparavant, à la suite de violents efforts qu'il fit pour vider sa vessie, les urines s'échappèrent par le rectum, en même temps qu'une matière purulente; après de nombreux essais, une petite bougie franchit un premier rétrécissement : boisson rafraîchissante, compresses imbibées d'eau froide autour de la verge.

Le 17 au matin, la bougie s'engage dans un second rétrécissement. Quand le malade se présente pour rendre ses urines, elles sortent tantôt par l'anus, tantôt en petite quantité par la verge.

Le 18, la bougie est engagée plus profondément. Ce jeune homme, allant un peu mieux, est transporté dans un autre appartement. Vers huit heures du soir, je le trouve dans un accès de fièvre intermittente des plus graves, consistant : 1° en un état syncopal très prolongé, d'où l'on ne parvient à le tirer momentanément que pour le voir y retomber quelques minutes après ; 2° en nausées qui, malgré l'ingestion de quelques gouttes de boisson acide, sont bientôt suivies de vomissements bilieux ; 3° enfin, en une agitation allant presque jusqu'au délire, le malade parlant alors avec une exaltation extrême et une volubilité extraordinaires. En présence de cet accès, apprenant en outre que ce jeune homme avait été jadis atteint de fièvre intermittente, nous prescrivons le sulfate de quinine (4 grammes en 20 pilules à prendre de deux heures en deux heures).

Le 19 le malade est calme.

Le 20 au matin il se trouve très bien; il éprouve seulement un peu de douleur à la partie antérieure du périnée. Pilules de sulfate de quinine de trois en trois heures ; cataplasmes au périnée ; quelques bouillons.

Le 21, le point douloureux du périnée persiste ; pouls calme, un peu de courbature et de pesanteur de tête. Pilules de cinq heures en cinq heures, cataplasmes, quelques potages. Vers dix heures du soir, le malade est repris d'un accès de fièvre moins fort que le premier. Sangsues au périnée ; pilules de deux heures en deux heures.

Le 22 au matin, il va bien. Le soir, nouvel essai de cathétérisme interrompu depuis le 18 ; la bougie détermine une vive douleur au delà des rétrécissements. Continuer les pilules de deux heures en deux heures ; deux potages.

Le 23, cathétérisme également infructueux ; accès faible.

Le 24, accès faible, mais plus prolongé. Même prescription.

Le 25, introduction profonde d'une algalie, qui pourtant n'arrive pas dans la vessie ; accès suivi de vomissements bilieux.

Le 26, fièvre continue, forte céphalalgie, inflammation vive au périnée. Diète, lavement presque froid, bain de siége, cataplasmes au périnée, eau de Seltz, glace sur la tête.

Du 27 au 29, diminution de la fièvre, persistant néanmoins d'une manière continue, alimentation légère.

Du 30 mai au 1er juin, cessation de la fièvre; l'urine commence à s'échapper par les sondes fines de caoutchouc, qui cependant ne pénètrent pas encore dans la vessie.

Le 2, cathétérisme avec une petite algalie ; faible accès de fièvre dans la journée.

Le 3, la sonde d'argent parvient dans la vessie ; pas d'accès.

Le 4, sa réintroduction détermine une vive douleur; accès vers six heures du soir.

Le 5, cathétérisme douloureux ; pas d'accès ; le malade commence à manger.

Le 6, la sonde pénètre facilement dans la vessie ; il y a toujours de la douleur au périnée; faible apparence d'accès.

A partir de cette époque la fièvre ne se montre plus ; après diverses alternatives d'amélioration ou d'aggravation, les urines sortent de plus en plus facilement par l'urèthre dilaté au moyen de bougies progressivement plus fortes, et la santé se rétablit; néanmoins, une blennorrhée, entretenue par l'introduction obligée des sondes, continue toujours, et la fistule, quoique cessant de livrer passage aux urines, subsiste longtemps, car, le

(1) M. Perdrigeon dans sa thèse a rassemblé 12 cas d'*accidents fébriles à forme intermittente à la suite du cathétérisme de l'urèthre*, recueillis soit par lui-même, soit par MM. Velpeau, Civiale, Bricheteau..... dans plusieurs desquels le sulfate de quinine a été employé (*Thèses de Paris*, nº 93, 3 mai 1853).

18 octobre 1854, ce malade me disait encore que, lorsqu'il éprouvait momentanément un peu de dysurie, il sentait parfois quelques gouttes s'écouler dans le rectum.

Résumé : Les premiers jours, à la fièvre continue s'étant manifestée lors de la formation de la fistule urinaire rectale, succède bientôt, sous l'influence du cathétérisme, une fièvre intermittente grave, dont les accès paraissent avantageusement combattus par le sulfate de quinine. Plus tard, par suite de l'inflammation périnéale, ou plutôt uréthrale, la fièvre d'accès se transforme en fièvre continue, qui, lors de sa cessation, laisse subsister, encore quelques jours, les derniers vestiges de la fièvre intermittente.

Accès de fièvre intermittente déterminés par un calcul rénal.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez rapporté dans votre numéro du 12 décembre deux observations de fièvres intermittentes liées à des affections des voies urinaires. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, assez remarquable, et auquel je vous prierai de vouloir bien donner place dans votre estimable recueil.

Obs. — J'ai été appelé, le 6 décembre 1841, auprès de la femme du nommé Jean Jung, cultivateur à Engwiller (Bas-Rhin). Cette femme, âgée de cinquante ans et bien constituée, souffrait depuis deux jours de douleurs atroces, qui venaient par accès de plusieurs heures, et qui, occupant la région lombaire, s'étendaient plus particulièrement du rein gauche à la région vésicale, dans le sens de l'uretère. Il ne me fut pas difficile de diagnostiquer des coliques néphrétiques, par le motif que la malade avait déjà éprouvé antérieurement des accidents pareils avec expulsion de petits calculs rénaux.

L'emploi d'un bain de siége, d'un cataplasme laudanisé, et puis de l'huile de ricin à l'intérieur (motivée par un état gastrique), fut bientôt suivi de la cessation des douleurs.

Cependant une nouvelle crise de coliques tout aussi forte, sinon plus forte que la précédente, se montra le lendemain, 7 du mois. J'eus de nouveau recours aux opiacés *intus* et *extra*, ainsi qu'au bain de siége, et le tout fut encore suivi de soulagement, après que les souffrances avaient duré de sept à huit heures.

Je me demandais alors s'il n'y aurait pas quelque chose d'intermittent dans ces crises. Cependant l'existence à peu près certaine de concrétions urinaires chez la malade me fit attribuer l'alternance des douleurs au mouvement tantôt progressif et tantôt interrompu d'un calcul engagé dans l'uretère.

L'événement devait bientôt m'éclairer à cet égard : en effet, il survint encore, dans la matinée du 8, un nouvel accès (c'était le cinquième), absolument à la même heure que les accès précédents. Dès lors plus de doute qu'il n'y eût là une affection à type intermittent. Je crus donc devoir modifier mon diagnostic, et qualifier de névralgie ce que j'avais pris d'abord pour des coliques néphrétiques : aussi n'attendis-je que la fin de la crise pour administrer l'antipériodique (sulfate de quinine 0,40, avec 0,03 d'opium dans l'intervalle des accès).

Le lendemain l'accès ne reparut plus : la fièvre était coupée par la première dose du spécifique. Néanmoins, le sulfate de quinine fut encore continué pendant plusieurs jours à la même dose, et associé à la même quantité d'opium.

Quatre jours plus tard, le 12 du mois, la malade rendit avec les urines un petit calcul fusiforme, long de près de 2 centimètres, d'un demi-centimètre de diamètre à son milieu, et pointu à ses deux bouts.

Voilà donc un calcul rénal qui a suscité des coliques néphrétiques à type intermittent, coliques sur la marche desquelles les moyens ordinaires n'ont pas exercé d'effet bien sensible et dont le sulfate de quinine a promptement fait justice.

D[r] Kuhn.

Niederbronn, 18 décembre 1856.

Influence de la cryptorchidie sur la génération.

Monsieur le Rédacteur,

Vous me permettrez de m'associer aux sages réserves de M. Marc Sée (1), et de citer des faits à l'appui de mon opinion.

Dans une note présentée il y a quelques mois à l'Institut : « De l'influence de la cryptorchidie sur la génération, » je rapportais ceci :

« Il y a quelque temps, le hasard nous ayant fait rencontrer une personne qui avait les testicules dans le canal inguinal, nous parvînmes à en obtenir du liquide spermatique. Ce liquide, recueilli à la suite d'une copulation, était clair, filant et fade. Examiné au microscope, de concert avec M. Daube, pharmacien de la marine, il nous fournit toujours les mêmes résultats : absence d'animalcules et présence de granules moléculaires et d'une matière jaune fragmentée probablement constituée par de la graisse. »

L'absence d'animalcules dans ce sperme, la stérilité observée chez quelques autres individus, et l'examen de plusieurs testicules contenus, soit dans l'abdomen, soit dans le canal inguinal, me faisaient regarder l'infécondité comme le propre des cryptorchides, lorsqu'un médecin recommandable me parla d'un jeune homme de vingt-six ans qui dans ces conditions avait eu deux enfants. Ce dernier fait et quelques autres rapportés par les auteurs tendent à prouver que la cryptorchidie n'entraîne pas toujours la stérilité.

Agréez, etc. Albert Puech,
Chirurgien chef interne des hôpitaux civils.

Toulon, le 15 décembre 1856.

(1) Gazette hebdomadaire, t. III, p. 896.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 15 décembre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Anatomie. — *Recherches sur les éléments des tissus contractiles*, par M. *Ch. Rouget*. (Extrait par l'auteur.) — « Il n'existe qu'une seule espèce d'éléments musculaires dont les formes variées correspondent à différentes périodes de développement de cet élément toujours identique à tous les degrés de la série animale et dans tous les tissus contractiles.

» Les cellules contractiles, première forme de l'élément musculaire chez l'embryon, se rencontrent, comme je l'ai démontré, à l'état permanent dans l'enveloppe contractile des polypes hydraires.

» Des tubes à contenu granuleux, plus ou moins condensé à la périphérie, en séries longitudinales et transversales de granules ou en fibrilles, de tels tubes constituent les éléments contractiles tant de la vie animale que de la vie organique chez les actinies, les planaires, la plupart des annélides et des mollusques.

» Les éléments contractiles dits de la vie organique chez les animaux supérieurs sont constitués sur le même plan : ce sont des tubes à contenu granuleux, distinct de la paroi, renfermant dans leur intérieur des noyaux allongés, isolés et plus ou moins distants les uns des autres. Ce sont ces tubes brisés en fragments plus ou moins étendus, vidés plus ou moins complétement de leur contenu, altérés en un mot par les préparations, qui ont été décrits comme rubans musculaires (Henle, Bowmann) ou fibres-cellules (Kölliker). » (*Comm.* : MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

1° M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'ampliation de deux décrets qui approuvent l'élection de M. *Nélaton* dans la section de pathologie chirurgicale et celle de M. *Poggiale* dans la section de pharmacie.

Sur l'invitation de M. le *Président*, MM. *Nélaton* et *Poggiale* viennent prendre place parmi leurs nouveaux collègues.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de l'Yonne et du Calvados. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Deux demandes d'analyses et d'avis relativement à une source sulfureuse de Pierrefonds (Oise) et à une source minérale située à Campagne-sur-Aube. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département des Ardennes. (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *L. Saudras*, intitulé : *Du mode d'apparition et de propagation du choléra dans l'hôpital général de Tours pendant l'épidémie de 1854.* (*Commission du choléra.*) — *b*. Une nouvelle formule de gelée émulsive d'huile de foie de morue, par M. *Duroy*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c* Un travail sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde, par M. le docteur *Billiard de Corbigny*. (M. Barth, *rapporteur*.) — *d*. Un mémoire sur la fièvre typhoïde cholériforme et le choléra asiatique, par M. *Doin*, médecin à Bruyères-le-Châtel. (M. Barth, *rapporteur*.) — *e*. Plusieurs observations sur différentes maladies chirurgicales, par M. le docteur *A. da Costa*, de Rio-Janeiro. (M. Jobert, *rapporteur*.) — *f*. Une note de M. *Mathieu*, qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau porte-aiguille. (*Comm.* : MM. Laugier, Nélaton.) — *g*. Une lettre à M. *Capron*, fabricant d'instruments de chirurgie, qui soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle ventouse et téterelle à succion continue de son invention. (*Comm.* : MM. Depaul et Poiseuille.) — *h*. Une lettre de M. le docteur *Billod*, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Future commission et correspondants nationaux.*)

M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Lawrence*, agrégé du collége royal des chirurgiens de Londres, un *Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation des rétrécissements de l'urèthre.*

L'auteur, dit M. Velpeau, propose de cautériser les rétrécissements de l'urèthre avec une sonde au bout de laquelle on place un crayon de nitrate d'argent : une disposition particulière protége les parties qui ne doivent pas être soumises à l'action du caustique.

M. *J. Cloquet* présente, au nom de M. *Gaillard*, professeur de clinique externe à l'École de Poitiers, un exemplaire de son travail sur la *Thécoplastie ou anaplastie de l'urèthre.*

RENOUVELLEMENT DU BUREAU ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION pour l'année 1857.

L'Académie procède à l'élection du PRÉSIDENT.

Au premier tour de scrutin, M. *Michel Lévy*, vice-président, réunit 57 voix ; MM. *Heller* et *Laugier* obtiennent chacun une voix. — 2 billets blancs.

En conséquence, M. *Michel Lévy* est élu *président* pour l'année 1857.

ÉLECTION DU VICE-PRÉSIDENT. — Votants, 56. Au premier tour de scrutin, M. *Laugier* obtient 43 suffrages ; M. *Cloquet*, 4 ; M. *Renault*, 3. Les autres voix se répartissent sur MM. *Nélaton*, *Cruveilhier*, *Collineau*, *Larrey* et *J. Guérin*, un billet blanc.

M. *Laugier* ayant réuni la majorité absolue des suffrages est proclamé *vice-président*.

ÉLECTION DU SECRÉTAIRE ANNUEL. Au premier tour de scrutin, M. *Depaul* obtient 48 voix, MM. *Bouvier*, *Larrey* et *Patissier*, chacun, une voix.

En conséquence, M. *Depaul* est réélu *secrétaire annuel*.

L'Académie nomme encore au scrutin de liste les membres de son *Conseil d'administration.*

MM. *Laugier*, *Bégin* et *Robinet* obtiennent la majorité des suffrages.

La séance est levée à quatre heures un quart.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1856.

Douches d'acide carbonique sur l'utérus

M. *Demarquay* présente l'appareil gazogène pour douches utérines, qu'il avait annoncé dans la séance précédente. Cet appareil, fait de plomb, se compose de deux compartiments superposés : l'inférieur renferme du bicarbonate de soude ; dans le supérieur est une réserve d'acide sulfurique qu'on fait tomber sur le sel de soude en tournant un robinet. Un manomètre, qui surmonte l'appareil, indique la pression du gaz dégagé. Il est facile, de la sorte, d'éviter la rupture du vase, laquelle, du reste, ne serait jamais dangereuse, en raison du métal mis en usage.

M. *Follin* lit, sur les douches utérines, une note historique très intéressante. Nous en extrayons les passages suivants :

« Ces douches, ces bains locaux d'acide carbonique ne sont point chose nouvelle dans la pratique, et l'on en trouve l'indication et l'application dans les écrits de quelques médecins anglais du siècle dernier. A cette époque, où la chimie prit un si grand essor, la médecine s'empressa d'appliquer au traitement des maladies les nouveaux gaz que les chimistes venaient de découvrir. En Angleterre, le zèle des expérimentateurs se traduisit même par l'établissement d'une société, *Medical pneumatic Institution*, pour l'organisation de laquelle on trouve inscrits les noms les plus honorables du pays.

» Lorsque l'on étudiait ainsi avec ardeur l'action curative des inhalations d'oxygène, d'hydrogène, d'acide carbonique, d'éther même, un physicien hollandais, qui a passé une partie de sa vie en Grande-Bretagne, Ingen-Housz, institua une très curieuse expérience, qui fut le point de départ de recherches ultérieures sur l'anesthésie locale par le gaz carbonique Dans une lettre datée du 3 janvier 1794, et écrite à son ami J.-A. Scherer, l'éditeur de ses *Miscellanea physico-medica*, Ingen-Housz cherche à lui expliquer pourquoi certains phthisiques toussent davantage et périssent plus promptement dans les endroits où l'air est plus vif. A ce propos, il lui raconte l'expérience suivante : « Cutienlam a cute digiti, vel » quacunque manus parte separa, vel admoto vivo carbone, » flamma candelæ, vel imposito vesicatorio ; cuticulam extravasato » humore a cute separatam mox totam abscinde. Contactus aeris » atmosphærici majorem imprimet dolorem, quam ante excitaverat » vesicatorium. Partem læsam mox immittas in vas aere vitali me» lioris notæ plenum ; dolor increscet. Inversa jam rerum condi» tione mox læsam partem in aerem mephiticum, sive azoticum, » gas acidum carbonicum, vel gas hydrogenium immergas ; dolor » brevi mitescet vel evanescet. » (*Miscellanea physico-medica*, p. 8.)

» Plus tard (août 1794) Ingen-Housz communiqua ce fait à Beddoes, l'organisateur de *Medical pneumatic Institution*, et il ajouta que le docteur Webster avait été informé de cette propriété du gaz acide carbonique par un Français dont le nom lui échappait. Quoi qu'il en soit de cette priorité, Beddoes s'empressa de répéter l'expérience mentionnée par Ingen-Housz ; il appliqua un vésicatoire à la face dorsale du troisième doigt de la main gauche. Lorsque la douleur, due à l'action des cantharides, eut entièrement cessé, il enleva l'épiderme soulevé par le vésicatoire, et, au moment du contact de l'air, il ressentit une vive et cuisante douleur. Alors il noua autour de la racine du doigt le col d'une vessie contenant du gaz acide carbonique, et bientôt la douleur disparut. Tant que le doigt fut maintenu dans ce gaz (une demi-heure environ), Beddoes ne s'aperçut pas que cette partie fût le siége d'aucune lésion. En le retirant de cette vessie, la surface du vésicatoire avait une apparence blanchâtre. Lorsque le doigt fut placé de nouveau dans l'air, la douleur cuisante reparut ; au bout d'une heure, la peau, exposée à l'air, était redevenue douloureuse et paraissait irritée. Il plaça encore son doigt dans le gaz acide carbonique ; en six minutes, la douleur avait disparu. Au bout de plusieurs heures, il enleva de nouveau la vessie, et bientôt il sentit renaître la douleur cuisante.

» Cette expérience fut renouvelée sur trois autres personnes et

conduisit aux mêmes résultats : quand l'épiderme dénudé était exposé à l'air libre, la douleur était cuisante ; elle devenait plus vive dans le gaz oxygène et disparaissait dans le gaz acide carbonique (*Considerations on the medical use and on the production of factitious airs by Thom. Beddoes and James Watt, edition the second;* Bristol, 1795, p. 43).

» On ne se borna pas à ces expériences de laboratoire, et l'on fit à cette époque quelques applications de gaz acide carbonique à la surface d'ulcères cancéreux. Un chirurgien de Bath, John Ewart, publia même alors sur ce sujet un petit travail qui porte pour titre : *The history of two cases of ulcerated cancer of the mamma : one of which has been cured, the other much relieved by a new method of applying carbonic acid air; by* John Ewart. M. D., Bath ; in-8°, p. 62 ; Dilly London, 1794. On ne lira pas aujourd'hui sans quelque intérêt un résumé de ces faits curieux après lesquels nous n'en trouverons plus d'analogues, jusqu'au moment où Mojon d'abord et M. Simpson, plus de vingt ans après lui, chercheront à introduire de nouveau dans la pratique l'anesthésie par le gaz acide carbonique.

» Une femme de cinquante huit ans fut admise à l'infirmerie de la ville de Bath, le 24 juin 1794, pour un ulcère à la partie supérieure de la mamelle gauche. L'étendue de cet ulcère, de sa partie supérieure au voisinage du mamelon, était de 5 pouces et sa largeur de 3 à 4. Sa plus grande profondeur mesurait environ 2 pouces. De son extrémité inférieure partait un trajet fistuleux qui se dirigeait en bas sous la peau. On pouvait apprécier l'étendue de ce trajet par la quantité de matière excrétée. En effet, la malade avait l'habitude de presser sur ce point plusieurs fois par jour, et d'en faire sortir une cuillerée ou deux tiers d'une petite tasse à thé d'un ichor très fétide. Cet ulcère exhalait une odeur repoussante, ses bords étaient déchiquetés et le tissu mammaire, à une distance de 1 à 2 pouces, était tuméfié et induré en formant des bosselures irrégulières qui, en différents points, semblaient adhérer au muscle pectoral. Tout cela était accompagné presque constamment d'une douleur piquante, que la malade comparait quelquefois à une sensation de brûlure, et cette douleur arrivait fréquemment à un degré de supplice tel, que cette malheureuse poussait des cris pendant plusieurs heures. L'état général de cette femme n'était guère satisfaisant, car elle avait, par la douleur, perdu ses forces, et était tombée dans une émaciation progressive.

» Le docteur Ewart crut ce cas convenable pour expérimenter l'action du gaz acide carbonique. Voilà comment il décrit le mode d'application de cet agent :

» Le col d'une vessie fut coupé de façon à faire une ouverture circulaire, d'un diamètre assez grand pour correspondre à l'étendue de l'ulcère ; on tailla ensuite un trou rond, du même diamètre, dans une pièce de cuir mou, recouvert d'emplâtre adhésif, et on fit ce trou assez large pour entourer l'ulcère ; on introduisit l'extrémité coupée de la vessie dans le trou pratiqué au cuir ; on en renversa les bords, on les fixa à l'emplâtre adhésif, et l'on eut ainsi quelque chose qui ressemblait assez à un chapeau arrondi, l'emplâtre formant le bord, et la vessie distendue le fond du chapeau. Afin de mieux cimenter l'adhésion de la vessie à l'emplâtre, et de rendre cette poche impénétrable à l'air, d'étroites bandelettes circulaires d'emplâtre furent appliquées à la jonction des deux segments de l'appareil ; on renversa ensuite le tout à la surface de l'ulcère, qui fut ainsi entièrement recouvert par la poche ; on pratiqua alors un petit trou au fond de la vessie, pour admettre un tube d'un quart de pouce de diamètre, tube qui communiquait avec le fond d'une éprouvette placée sur l'eau et remplie de gaz acide carbonique. Lorsque tout fut disposé et que la vessie fut bien vidée de l'air qu'elle pouvait contenir, on abaissa l'éprouvette dans l'eau, et on fit passer dans la vessie le gaz qu'elle renfermait. Le tube enlevé, on mit une ligature sur l'orifice de la poche, et l'acide carbonique resta en contact avec l'ulcère. Aussi souvent que la vessie s'affaissait, on la remplissait de la même manière, et cette opération fut répétée, quelquefois deux ou trois fois chaque jour. Cet appareil répondait complétement au but qu'on se proposait ; car lorsqu'on remplissait cette vessie, le soir, on y trouvait le plus souvent, le lendemain matin, une quantité considérable de gaz.

» L'application de l'acide carbonique donna lieu d'abord à une sensation de froid, à laquelle succéda bientôt une sensation de chaleur. Dès le lendemain la malade était soulagée. L'ulcère prit de jour en jour une meilleure apparence ; l'écoulement diminua d'une façon graduelle et acquit la couleur et la consistance du pus louable ; la circonférence de l'ulcération se contracta, et sa cavité se remplit. Le 19 septembre, le trajet fistuleux était entièrement comblé, et l'ulcère fermé ; il ne resta point d'induration. Pendant la durée de l'ulcère, lorsqu'on enlevait l'appareil, la malade se plaignait toujours d'une douleur considérable, au contact de l'air atmosphérique. En même temps qu'on se servait du gaz acide carbonique, un seizième de grain d'acide arsénieux préparé selon la formule du docteur Fowler, était donné trois fois chaque jour ; mais avant d'administrer ce médicament, non-seulement l'odeur de l'ulcère était moins fétide, mais sa surface montrait déjà une disposition à se couvrir de bourgeons charnus.

» Ces tentatives d'anesthésie locale ne furent point continuées, et c'est sans doute à la difficulté de manier ces gaz qu'il faut attribuer l'oubli dans lequel tomba cette médication.

» En 1831, Mojon, professeur à Gênes, proposa de nouveau les insufflations d'acide carbonique pour combattre les douleurs vives et poignantes qui se montrent souvent quelques heures avant l'apparition du flux menstruel chez des femmes atteintes d'aménorrhée incomplète. Il considérait l'acide carbonique comme un puissant déprimant, un excellent antiphlogistique. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. VII, p. 350 ; 1834.)

» Mais le travail de Mojon passa inaperçu, et l'habile accoucheur d'Édimbourg ne se le rappelait sans doute pas, lorsqu'il conseillait récemment d'employer les douches d'acide carbonique dans la plupart des affections douloureuses de l'utérus et de quelques organes voisins, tels que cancers utérins, névralgies utéro-vaginales, dysurie et irritabilité vésicale. »

M. Follin raconte ensuite les faits de sa propre observation. Nous avons déjà dit un mot de deux malades atteintes de cancer utérin, chez lesquelles il employa les douches d'acide carbonique.

» Sur une troisième malade, qui, après avoir subi l'ablation du col utérin, a vu son mal récidiver et ses douleurs renaître, la douche de gaz acide carbonique a eu un résultat aussi remarquable. Déjà, à l'aide de ce moyen, nous avons, chez cette femme, enrayé les douleurs un assez grand nombre de fois.

» Une anesthésie plus ou moins complète a été aussi obtenue en dirigeant du gaz acide carbonique à la surface d'un œil enflammé et douloureux, sur un cancroïde de l'oreille, entre les lèvres d'un abcès qu'on venait d'ouvrir et sur une plaie très douloureuse du doigt.

» Après les indications que je donnai à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 octobre, des essais analogues ont eu lieu dans d'autres services d'hôpital avec un résultat aussi satisfaisant. Ainsi un chirurgien de la Pitié, dans les salles duquel les cancéreux abondent, a publié après moi quelques faits où la puissance anesthésique du gaz acide carbonique est incontestable ; il est seulement à regretter qu'il ait omis d'indiquer les essais antérieurs aux siens. Ce petit oubli, trop involontaire pour qu'on y insiste, peut cependant induire quelques gens en erreur ; aussi nous sommes-nous plu à retracer ici l'historique de cette question.

» Les faits que nous avons recueillis aujourd'hui ne nous laissent aucun doute sur les propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique, et nous nous plaisons à croire que les applications de cet agent deviendront chaque jour plus nombreuses. »

Après avoir décrit le mode d'application de ce nouveau moyen anesthésique, M. Follin ajoute :

« Pour compléter la partie instrumentale de ce sujet, je dirai qu'il convient de se servir de sacs de caoutchouc ou de gutta-percha pour entourer les surfaces malades et les maintenir dans de véritables bains de gaz acide carbonique ; ainsi les plaies douloureuses des amputés, certains ulcères douloureux des membres, peuvent être utilement enveloppés dans de véritables manchons de caoutchouc qui recevront le gaz.

» L'intelligence du lecteur suffira à deviner toutes les applications qu'on peut faire de ce nouvel agent, et sans doute aussi de

quelques autres gaz sur lesquels l'attention n'est point encore appelée.

» Mais il n'y a peut-être ici de nouveau que la forme particulière sous laquelle le gaz acide carbonique est employé ; car nous trouvons dans la pratique des anciens des moyens qui ont avec le précédent une assez frappante analogie : ainsi, depuis Hippocrate jusqu'à Paré, et plus tard encore, on a fait souvent usage de la fumée d'herbes aromatiques, fumée qu'on dirigeait à l'aide de tubes à l'intérieur du vagin. Le gaz acide carbonique se formait par la combustion de ces plantes, et peut-être agissait-il là par ses propriétés anesthésiques. C'est sans doute au même gaz qu'il faut attribuer la vertu calmante et antiseptique des cataplasmes de levûre de bière, recommandés par quelques médecins. Enfin certaines eaux minérales, telles que celles de Manheim et de Marienbad, très riches en acide carbonique, doivent sans doute à cet agent la vogue dont elles jouissent comme douches vaginales. Ainsi peuvent être expliquées et rattachées à un fait général quelques pratiques bizarres dont l'expérience avait déjà deviné la valeur sans en comprendre la signification. »

M. *Demarquay* a toujours réussi à calmer les douleurs, entre autres dans un cas de névralgie utérine, dans les cancers du col de l'utérus, du vagin, du rectum. Il n'a jamais remarqué aucune modification appréciable dans la nature de la suppuration ni dans l'aspect de l'ulcère. Dans le cas de névralgie utérine, le calme procuré par l'acide carbonique n'a duré qu'une demi-heure à une heure.

M. *Forget* demande s'il est nécessaire qu'il y ait plaie pour que l'acide carbonique agisse.

M. *Verneuil* répond qu'il a fait des essais pour résoudre ce problème, dans deux cas, l'un de névrite du tibial postérieur, l'autre d'abcès profond, sans douleurs superficielles. Pendant plusieurs heures, il a plongé les membres malades, entourés dans un manchon de caoutchouc, dans un bain d'acide carbonique, et n'a obtenu aucun soulagement. Il a échoué également dans un cas de priapisme très douloureux. Il pense donc que l'action du gaz acide carbonique est tout à fait superficielle.

M. *Demarquay* croit aussi que les douches gazeuses ne calment que les douleurs superficielles et que jamais elles ne pourront servir, par exemple, dans les opérations. Chez une malade atteinte d'engorgement du col, sans plaie, il a vu les douches faire cesser les douleurs de reins et procurer un grand bien-être immédiat. Dans un cas d'affection du rectum, sans ulcération, elles n'ont procuré aucun soulagement. Chez une autre malade, qui portait un cancer du rectum ulcéré, l'amélioration suivait immédiatement l'application de la douche, mais ne se prolongeait que peu d'instants.

M. *Follin* a voulu voir l'action du gaz acide carbonique sur la peau. A cet effet, il l'a appliqué autour d'une articulation enflammée, chez une femme enceinte, et n'a rien obtenu. Les muqueuses, au contraire, paraissent influencées par le contact de l'acide carbonique, sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait dénudation du derme muqueux.

Académie royale médico-chirurgicale de Turin.

ABLATION DES CAPSULES SURRÉNALES. — MM. *Berruti* et *Perosino* n'ont pas encore publié le résultat des expériences dont a parlé M. Peyrani dans une séance antérieure (voy. *Gaz. hebd.*, 1856, n° 48, p. 863) ; mais voici les *conclusions* du travail qui va paraître dans le *Giornale di veterinaria*.

1° L'extirpation des capsules surrénales est une opération douloureuse qui ne peut être exécutée sans produire de graves désordres, des hémorrhagies, la déchirure de beaucoup de nerfs, l'écrasement des ganglions semi-lunaires.

2° Les désordres sont particulièrement graves quand l'extirpation des capsules est faite par éventration.

3° Il nous paraît qu'on peut conclure de nos expériences que l'extirpation des capsules surrénales est toujours une cause de mort plus ou moins prompte, par suite des lésions produites dans l'opération plutôt que par l'abolition des fonctions de ces capsules.

4° Les chevaux sur lesquels ont été enlevés les deux capsules n'ont pas survécu plus de dix heures à l'opération.

5° Les chevaux sur lesquels on n'a enlevé qu'une capsule ont pu vivre jusqu'à dix-sept jours.

6° L'ablation de la capsule droite seulement n'est pas toujours plus promptement mortelle que l'ablation de la capsule gauche. (Voy. ci-après un cas de *peau bronzée*, avec autopsie, et une *note* sur le même sujet, p. 920.)

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Singulière altération des capsules surrénales ; peau bronzée, par M. GIACOMO MINGONI.

L'observation suivante mérite particulièrement d'être relevée, comme offrant des détails circonstanciés qu'on ne rencontre pas toujours dans celles qui ont été publiées depuis quelque temps sur le même sujet. Nous rappelons les principaux.

OBS. — Le malade dont il s'agit, de complexion robuste, d'habitude apoplectique, doué de beaucoup d'embonpoint, dont le père était mort sexagénaire des suites d'une hydropéricarde, avait eu, à huit ans, une hémiplégie dont il n'était pas resté de trace au bout de quelques mois ; à vingt-cinq ans, un flux de sang, qui n'avait plus reparu que très peu de temps avec la maladie actuelle ; enfin, à diverses époques, mais toutes éloignées, des fièvres d'accès, avec intolérance pour les évacuations sanguines.

Il y a environ vingt mois, sans cause apparente, le visage et les mains prirent une teinte obscure, et très peu de temps après il survint une prostration générale avec répugnance au mouvement ; puis des vomissements se déclarèrent par intervalles après le repas. C'est alors que M. Ambrosoli fut appelé.

La langueur et l'épuisement musculaire étaient considérables, surtout après le sommeil. La peau était d'une couleur sombre au visage, aux mains, aux aisselles, au scrotum, et, par larges taches, au coude et au genou. Pouls faible, lent ; battements du cœur mous, réguliers, sans bruits anormaux. Fréquemment, sensation de froid dans tout le corps. Injection de la conjonctive oculaire. La matière des vomissements n'est composée que d'aliments. Urines normales. Matières fécales annonçant une digestion complète, mais parfois teintes de sang. Léger degré d'amaigrissement. Aucune lésion apparente dans aucun viscère du bas-ventre ou du thorax.

L'auteur insiste sur ce point que la teinte de la peau *ne pouvait être confondue avec celle qui peut résulter d'autres maladies.* Du reste, l'affection ayant continué à progresser, malgré l'emploi du fer et de l'aloès, la teinte devint décidément bronzée (*bronzino*), et se montra aux lèvres, surtout à l'inférieure, dont le rebord présentait une tache couleur chocolat qui persista pendant les huit mois qui précédèrent la mort.

Il survint des vertiges, des douleurs lombaires ; le dépérissement, l'amaigrissement augmentèrent ; les cheveux blanchirent presque tout à coup. Insomnie, vomissements de plus en plus fréquents, abaissement de la température du corps ; pouls de plus en plus faible et lent ; mais l'aorte abdominale continue à battre plus fort que les autres artères. Vers la fin, on crut remarquer que les taches devenaient plus foncées quand la circulation se ralentissait davantage. Mort le 23 septembre.

Autopsie, trente-six heures après la mort, en présence de dix médecins, parmi lesquels l'auteur nomme MM. Benvenisti et Pinali, qui avaient vu le malade.

La teinte bronzée persistait, mais moins chargée (*carico*) que pendant la vie ; peut-être n'était-ce qu'une apparence dépendant du contraste de la couleur normale du reste de la peau. Émaciation considérable, muscles flasques.

Les reins ayant été enlevés, on constata une différence très notable de volume entre les deux capsules. La droite semblait diminuée de volume ; la gauche était trois fois plus grosse qu'à l'état ordinaire. La première contenait des tubercules crus, entre lesquels on distinguait parfaitement le tissu propre de l'organe. La seconde fut à peine incisée, qu'elle laissa échapper un flot de pus. Elle contenait une masse tuberculeuse protégée extérieurement par une couche mince de substance corticale. Cette

masse était en partie à l'état cru, en partie à l'état de ramollissement commençant, en partie fluide. Les reins étaient sains, le gauche peut-être un peu plus volumineux que le droit, mais sans altération de texture.

Indépendamment de ces altérations, il existait : 1° un léger ramollissement cérébral avec un peu d'injection veineuse ; 2° d'anciennes adhérences de la plèvre à droite, et quelques tubercules crus au sommet du poumon gauche ; 3° une opacité évidemment ancienne du péricarde, et un état de mollesse du cœur, avec un peu d'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires ; 4° un état rugueux de l'aorte dans une petite étendue, au dessous de la crosse ; 5° quelques taches bleuâtres dans le région cardiaque de l'estomac, un peu de tuméfaction des glandes mésentériques, et un peu de dureté du foie au niveau du lobe droit. (*Gazzetta medica Italiana* (Lombardia), 1856, n° 42.)

Aphonie complète traitée sans succès pendant vingt mois par les médications les plus variées, et guérie instantanément par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur, par M. PHILIPEAUX.

OBS. — Mademoiselle X..., âgée de vingt et un ans, d'un tempérament nerveux, fut prise, le premier janvier 1855, à la suite de l'impression d'un froid humide, d'un mal de gorge qui dura une huitaine de jours et qui s'accompagna d'une toux vive et d'une aphonie complète. Des boissons adoucissantes et pectorales firent bientôt cesser la toux et l'inflammation pharyngienne, mais l'aphonie persista. Ce fut en vain que pour combattre cette maladie on employa successivement des médications énergiques, telles que gargarismes alumineux, vésicatoires au marteau à la partie antérieure du cou, cautérisations répétées du pharynx avec de l'ammoniaque et le nitrate d'argent ; mademoiselle X... resta aussi aphone que le premier jour. Des traitements généraux destinés à combattre l'état chloro-hystérique de cette malade (préparations de fer, antispasmodiques, tels que valériane, teinture de castoréum, asa-fœtida, purgatifs, etc.), des médications propres à ramener la contractilité musculaire (préparations de strychnine, noix vomique), améliorèrent sa santé générale, mais ne purent en aucune manière rétablir la voix, qui s'était si brusquement supprimée.

Tel était l'état de cette jeune personne lorsque je fus appelé à lui donner mes soins, le 2 janvier 1856.

La voix était complétement abolie ; malgré les plus grands efforts, cette demoiselle ne pouvait articuler aucun son, ni produire la moindre intonation ni le moindre cri ; ces efforts même avaient pour conséquence de produire un léger chatouillement au fond de la gorge qui la forçait à tousser.

Après m'être assuré qu'il n'existait aucune inflammation chronique du larynx ni aucune affection pulmonaire, je diagnostiquai une aphonie purement nerveuse, et je jugeai dès lors que l'électrisation localisée suivant les procédés de M. Duchenne (de Boulogne) pourrait peut-être réussir à rétablir la voix. Dans ce but, je plaçai deux excitateurs humides sur la partie antérieure du cou, l'un au-dessus du corps thyroïde, l'autre au niveau de l'espace crico-thyroïdien (je me servis, dans ce cas, d'excitateurs coniques recouverts d'éponges), puis je fis passer un courant d'induction à intermittences d'abord assez éloignées les unes des autres, d'une seconde environ, et à un degré modéré ; et la malade s'étant habituée à la sensation électro-musculaire, j'augmentai progressivement l'intensité et la rapidité du courant. Après huit séances qui ne durèrent jamais plus de dix minutes chacune, n'ayant obtenu aucune espèce d'amélioration, je jugeai convenable de suspendre l'électricité pour m'occuper à rétablir la santé de cette jeune personne, espérant pouvoir ensuite mieux réussir. En conséquence, je prescrivis des pastilles de lactate de fer, des bains salés, des antispasmodiques, et un régime tonique. Pendant la durée de ce traitement, mademoiselle X... fut prise d'une attaque d'hystérie très forte et à laquelle succéda une paralysie complète du bras gauche. Quelques séances d'électricité localisée sur le membre malade rétablirent, au bout d'une vingtaine de jours, les mouvements. Dès que la paralysie eut cédé, je conseillai à cette malade le changement de climat, de se rendre dans les montagnes du Dauphiné, et d'y suivre le traitement que je lui avais prescrit. Le séjour à la campagne au milieu d'un air vif contribua beaucoup à améliorer la santé générale. Je dois dire, toutefois, que cette jeune personne fut prise alors d'une crise nerveuse extrêmement forte qui dura plusieurs heures, mais qui heureusement ne s'accompagna pas de paralysie comme la précédente.

Le 5 août 1856, à son retour à Lyon, ayant constaté une très grande amélioration par rapport à l'état général, je me décidai alors à recourir de nouveau à l'électricité. Je commençai par agir comme précédemment, c'est-à-dire en plaçant les deux excitateurs humides au-devant du cou ; mais, au bout de huit séances, n'ayant obtenu aucune amélioration, je plaçai un excitateur sur la langue, tandis que l'autre était maintenu au niveau de la région crico-thyroïdienne. Je ne fus pas plus heureux en suivant ce procédé que précédemment. Au bout de cinq séances, n'ayant absolument rien gagné par rapport à la voix, je résolus de recourir à une excitation plus directe et plus sûre des muscles qui président à la phonation : je me décidai à porter l'excitation électrique sur le nerf laryngé inférieur et sur les muscles du larynx. En conséquence, j'introduisis un excitateur dans le pharynx, et je le fis pénétrer jusqu'au-dessous de la partie postérieure du larynx ; le second excitateur ayant été placé à l'extérieur au niveau du muscle crico-thyroïdien, je fis passer un courant électrique assez fort. J'avais à peine touché les excitateurs, que la malade jeta un cri perçant et fut prise instantanément d'une crise nerveuse pendant laquelle elle ne fit que se plaindre et qu'appeler très distinctement sa mère. La crise se prolongea pendant toute la soirée et une partie de la nuit. Mais quelle ne fut pas la surprise de cette jeune fille, lorsqu'à son réveil elle s'aperçut que l'aphonie avait complétement cessé, puisqu'elle parlait avec autant de facilité qu'avant sa maladie !

La voix étant revenue, je ne jugeai pas opportun de recourir de nouveau à l'électricité ; cependant, au bout de quelques jours, une toux opiniâtre s'étant manifestée, et la voix, qui jusqu'alors était très distincte, s'étant affaiblie, je pratiquai immédiatement une petite saignée du bras, qui eut pour résultat de faire disparaître l'état de congestion du larynx et de ramener la voix à son timbre normal.

La guérison datant déjà de près de neuf mois et ne s'étant pas encore démentie, j'ai tout lieu d'espérer que cette cure si remarquable se maintiendra. (*Gazette médicale de Lyon*, 30 sept. 1856.)

— Le résultat obtenu par M. Philipeaux n'est pas nouveau dans la science, comme lui-même s'empresse de le reconnaître ; il y a longtemps qu'on a cité des cas d'aphonie guérie par l'application électrique, même faite avec les procédés insuffisants d'autrefois ; et, de plus, M. Duchenne, M. Sédillot, ont rapporté des observations où l'aphonie, produite par la paralysie des muscles du larynx, a cédé à l'emploi de l'électrisation *localisée*. Il est remarquable que, dans le fait cité par M. Philipeaux, l'électricité appliquée sur le devant du cou n'avait produit aucun résultat favorable, et que la guérison ne s'est opérée qu'après que l'application eut été faite sur les cordes vocales, ou tout près d'elles. De là le précepte de toucher autant que possible les muscles paralysés, et de ne toucher qu'eux ; et le procédé de M. Duchenne est pour cela un très bon moyen tout à la fois d'essai et de traitement.

Emploi de la solution de sulfate de morphine dans l'eau de camphre; par M. C. HOWARD.

Le bien que M. C. Howard dit de cette préparation, il le dit en une vingtaine de lignes sans aucune preuve de fait. Nous croyons, néanmoins, devoir enregistrer les affirmations si positives de notre confrère, d'abord parce que M. Howard, de Lowndesboro, est un praticien digne de foi ; puis, parce que la note dont il s'agit confirme une opinion plus longuement exposée par l'auteur dans un travail antérieur sur la dysentérie (*The Southern Medical and Surgical Journal*, vol. XI, n° 11) ; enfin, parce que nous n'avons ici d'autre but que de provoquer une vérification expérimentale.

La solution de sulfate de morphine dans l'eau de camphre (500 grammes d'eau peuvent dissoudre 1 gramme et demi de camphre), ne serait pas seulement un bon remède contre la dysentérie ; ce serait, d'une manière générale, un *anodin gentil, commode, sûr et efficace* (neat, convenient, safe and efficient anodyne). Aucun autre calmant ne vaudrait celui-là contre les douleurs utérines, spécialement contre celles qui se lient à la dysménorrhée.

On sait très bien que les opiacés, unis aux antispasmodiques, font souvent merveille dans les cas de *règles douloureuses*. Les pilules ou mixtures opiacées et camphrées sont les préparations les plus employées peut-être, surtout en Angleterre et en Amérique. Est-il vrai que celle qui est préconisée par M. Howard vaille mieux et soit mieux supportée ? C'est ce que nous ne saurions dire.

La formule est la suivante :

Pr : Sulfate de morphine. . . . . 10 centigrammes.
Eau de camphre. . . . . . 24 grammes.

Une cuillerée à soupe à des intervalles d'une, deux ou quatre heures, suivant l'indication. (*The New-Orleans, Medical and Surgical Journal*, septembre 1856.)

Réfrigération dans les fièvres ardentes, spécialement dans la fièvre scarlatineuse, par M. Bennet Dowler.

Le travail de M. Bennet Dowler a pour base des considérations théoriques, des expériences et des observations au lit du malade.

Nous dirons peu de chose des vues théoriques, auxquelles l'auteur lui-même recommande de ne pas subordonner la question expérimentale. Un excès de calorique doit influencer d'une manière fâcheuse le double mouvement de décomposition et de recomposition des tissus ; il est donc urgent — et il l'est en face de toutes les doctrines médicales, du vitalisme comme de l'organicisme, — d'abaisser la température du corps. D'un autre côté, la transpiration est un moyen tout à la fois de refroidir l'organisme et d'emporter au dehors certaines substances dont la rétention serait nuisible, notamment l'acide carbonique. On sait que les animaux chez lesquels on arrête la perspiration en les recouvrant entièrement d'un tissu imperméable, ne tardent pas à succomber. De là l'indication de favoriser la transpiration. Mais il ne faut pas confondre avec la transpiration la *sueur* proprement dite, qui, en formant couche sur la peau, joue le rôle du tissu imperméable. La chaleur humide est beaucoup plus accablante qu'une chaleur sèche, et un homme qui succomberait immédiatement dans un bain de 80 ou 100 degrés centigrades, peut vivre quelques minutes dans une atmosphère plus élevée. Le moyen donc de favoriser la transpiration est de soumettre la peau à un courant d'air.

Telles sont les considérations préliminaires du mémoire.

Les expériences relatées sont empruntées à M. Currie, qui a le plus étudié et le plus vanté l'emploi de la réfrigération dans les fièvres. Ces expériences consistent à plonger des individus jeunes et bien portants dans un bain froid, et à constater, au moyen d'un thermomètre placé sous la langue, les variations qui ont lieu dans la température du corps. Il survient quelquefois, dans l'intervalle d'une demi-heure, par exemple, plusieurs variations alternatives en plus ou en moins ; mais généralement la température s'abaisse d'abord pour se relever ensuite, sans atteindre pourtant son degré primitif. On peut induire de ces faits que la suspension de l'évaporation cutanée dans le bain finit par augmenter la chaleur interne, mais que, tout d'abord, le contact de l'eau froide sur la peau refroidit le corps tout entier.

Quant à des observations faites au lit du malade, l'auteur n'en rapporte pas dans le présent travail ; il se contente d'en exprimer le résultat général, très favorable, suivant lui, au mode de traitement qu'il préconise. Il fait remarquer que la réfrigération ne convient pas à toutes les périodes des fièvres ardentes, mais seulement à la première période et à la période moyenne, celle où la chaleur devient le plus intense.

Le propre du traitement de M. B. Dowler est de donner, dans la réfrigération, une large part aux courants d'air, qu'il s'agisse de fièvre jaune, de causus ou de scarlatine, et aussi de rejeter l'emploi de l'eau froide en douches pour y substituer, avec d'autres praticiens, de simples lotions avec une éponge mouillée. M. Currie se sert des douches, et il s'en sert avec une conviction dont on peut se faire une idée par l'histoire suivante : Deux de ses propres enfants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de trois ans, sont pris de scarlatine intense, avec vomissements. La chaleur de la peau était considérable. M. Currie, qui avait perdu un enfant de la même affection peu d'années auparavant, s'enferme avec les deux petits malades, les met tout nus, et leur envoie sur le corps, au moyen d'une pompe, de l'eau à 109 degrés F. pour l'aîné, et à 108 pour le plus jeune. Une grande amélioration, dit-il, suivit immédiatement l'arrosage. Aussi y revint-il dès que la chaleur cutanée redevint trop intense. En trente-deux heures, le premier des enfants eut *quatorze* ablutions, dont huit *froides*, deux *fraîches* et quatre *tièdes;* le second en eut douze, dont sept tout à fait froides. La fièvre céda rapidement. Le matin du troisième jour, les enfants étaient décidément ~~sauvés~~ ; le quatrième jour, ils entraient en convalescence.

M. Dowler fait remarquer combien une opération de ce genre est difficile à pratiquer dans une chambre de malade, *surtout si elle est garnie de tapis*, et le danger qu'il y aurait à transporter dans une chambre de bains des sujets affaiblis par le typhus ou la fièvre jaune. Il conseille, comme nous l'avons dit, de promener sur tout le corps une éponge imprégnée d'eau froide et d'exposer le malade nu à des courants d'air froid.

Nous nous bornons à cet exposé analytique. N'ayant jamais employé de pompe pour éteindre le feu de la fièvre, ni chez les scarlatineux, ni chez les typhiques, nous ne pouvons qu'indiquer le moyen à ceux qu'il pourra tenter. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, sept. 1856.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments d'histologie humaine, par M. O. Kölliker, professeur à Würzburg ; traduction française sur la 2e édition, par MM. J. Béclard et M. Sée; 1 vol. grand in-8 de XV-724 pag., avec 334 fig. — Chez Victor Masson.

Commencée l'an dernier, cette importante publication vient d'être achevée. Nous avions attendu jusqu'ici pour apprécier l'œuvre, et nous nous acquittons de cette tâche avec d'autant plus de plaisir, que rarement nous aurons l'occasion de saluer un livre plus utile, plus consciencieux, et qui marque mieux une étape faite sur la route du progrès.

Disons-le d'abord, c'est avec un légitime orgueil que nous avons lu dans une courte préface, écrite par l'auteur lui-même, le passage suivant : « Qu'il me soit permis d'offrir ce livre en hommage à l'école française, école dont les travaux m'ont plus d'une fois servi de guide dans mes recherches. » Et plus loin encore, ce grand témoignage d'équité qui, en s'adressant à Bichat, honore son pays et encourage ceux qui, admirant cet étonnant jeune homme, s'appliquent humblement à glaner dans le champ qu'il a ouvert. M. Kölliker, en effet, traçant rapidement l'historique de l'anatomie générale, nous dit : « C'est seulement en l'année 1801 que le génie d'un homme devait donner à l'anatomie générale une existence propre à côté des autres branches de l'anatomie. Cet homme, il est vrai, n'enrichit point l'histologie proprement dite de grandes découvertes ; mais ce que personne n'avait encore tenté, il le réalisa... L'anatomie générale de Bichat est véritablement, en effet, le premier travail scientifique d'histologie, et il inaugure une époque nouvelle. »

En établissant ainsi que les études des modernes sur la structure des tissus ne sont que la continuation d'une science qui jusqu'alors n'avait pas été étudiée dans ses véritables bases, on démontre aisément que les anatomistes et les médecins qui rejettent par timidité, ignorance ou mauvais vouloir, les faits (je ne dis pas les théories) révélés par le microscope, refusent tout simplement de suivre Bichat, et renient l'éclatante lumière qu'il a répandue sur la science médicale.

Il y a de belles places après la première; or c'est justice de donner la seconde à C. Th. Schwann, qui en 1838 appliqua la théorie cellulaire aux organismes animaux. Deux grands hommes ont donc posé les fondations de l'édifice ; puis, grâce à l'activité scientifique extraordinaire qui caractérise si noblement notre époque, une foule d'investigateurs laborieux ont accumulé les faits dans les cadres non remplis de la théorie, de telle façon que l'on peut dire aujourd'hui, avec l'auteur, « que la connaissance des parties élémentaires des animaux supérieurs parvenus à leur état de développement complet offre un degré de certitude très satisfaisant. »

Il n'appartient pas plus à un pays qu'à un homme de compléter seuls un programme aussi immense ; de telle sorte qu'à partir de Bichat les rôles se sont distribués. Tandis que l'école française guidée par Béclard, s'attachait surtout à appliquer l'anatomie du scalpel, en perfectionnant sinon en créant l'anatomie chirurgicale, à l'étranger on approfondissait l'étude de la structure, quel-

que peu dédaignée chez nous, et Müller, Weber, Berres, Henle, Valentin, Purkinje, Todd et Bowman, Goodsir, et tant d'autres, édifiaient cette histologie que M. Kölliker vient nous rendre, après l'avoir enrichie lui-même d'un grand nombre de faits importants.

Ceux qui dans notre pays dénigrent si impitoyablement l'anatomie de structure devraient savoir qu'elle est presque complétement d'origine française, et devraient s'attacher aussi à distinguer dans la science moderne deux choses bien distinctes : les faits et les interprétations. Ces dernières, nous le reconnaissons, sont parfois erronées; on est donc en droit de les discuter; mais il n'en résulte pas qu'on doive envelopper dans une même proscription et les déductions illégitimes et les réalités indéniables qui leur ont donné naissance.

Un livre comme celui de M. Kölliker ne saurait être analysé. L'abondance des détails ne permet pas de suivre l'auteur pas à pas, d'approuver tout ce qui est bien, de critiquer ce qui est défectueux, et de discuter les points en litige; tout ce qu'on peut en dire, c'est que le vrai y étouffe l'imparfait et le douteux, à ce point qu'on peut admettre comme généralement exactes les descriptions et les assertions qui le composent.

Je me contenterai d'exposer le plan général de l'œuvre. Après un court résumé historique, l'auteur résume, à un point de vue général, l'état actuel de la science. Il établit que l'anatomie microscopique est renfermée dans la connaissance de la forme microscopique des éléments, dans les lois de leur structure et dans celles de leur formation; mais il avoue modestement que l'histologie ne possède pas aujourd'hui une seule loi, et que par conséquent le programme de cette science n'est pas encore rempli.

Abordant ensuite le côté descriptif, M. Kölliker traite des parties élémentaires simples et composées. Les plus simples sont tout à fait homogènes, et se rapprochent, quant à la forme, des corps inorganiques; tels sont les grains cristallins, les cristaux, les filaments, les vésicules, les noyaux; telles sont encore les cellules, dans lesquelles on peut cependant distinguer une enveloppe et un contenu, et qui par conséquent présentent déjà un degré de complication.

Ces éléments simples, en se groupant, en se fusionnant, forment les parties élémentaires composées, telles que les tubes, les fibres, etc. L'auteur, on le voit, n'admet guère d'autre élément organique simple et primordial que la cellule, et il partage les idées de Schwann sur ses métamorphoses comme origine de la majorité des parties simples et des tissus.

Viennent ensuite des détails étendus sur la formation libre ou endogène des cellules, sur leur multiplication scissipare, leur accroissement, leur nutrition, leurs métamorphoses, leur destruction, leurs fonctions, etc.

Quant à la théorie de la formation des cellules, M. Kölliker signale l'insuffisance de la théorie de Schwann, mais il ajoute : « Mettre à sa place quelque chose de meilleur ou de plus positif n'est pas possible aujourd'hui (p. 30). » A ce propos, et pour n'y plus revenir, je remarque l'extrême réserve et les doutes prudents qu'émet l'auteur toutes les fois qu'il s'agit d'un point théorique dont la démonstration n'est pas évidente.

Cette première partie constitue, en quelque sorte, les prolégomènes du livre; elle est courte, à la vérité, mais renferme sinon la solution, au moins l'énoncé des problèmes principaux de l'histologie; elle serait insuffisante, si le livre, intitulé ÉLÉMENTS, n'était surtout destiné à un exposé substantiel et essentiellement descriptif.

Quelques pages sont ensuite consacrées à une classification des parties élémentaires plus compliquées, à la détermination des tissus, des systèmes. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec l'auteur sur la manière de définir et de grouper les diverses matières de l'anatomie générale, et nous remplacerions volontiers par le mot appareil ce qu'il comprend sous la dénomination de système. Ainsi nous dirions plutôt *appareil* génito-urinaire que *système* génito-urinaire. Nous ne pensons pas davantage qu'il convienne d'englober dans le système musculaire, avec les muscles du tronc et des membres, les tendons, les aponévroses, les coulisses tendineuses, et jusqu'aux bourses séreuses de glissement. Nous rangerions toutes ces parties si différentes dans l'*appareil* de la locomotion, avec le système osseux, le système articulaire, etc.

Au reste, c'est là une question de méthode sur laquelle on peut discuter, mais qui pour le moment est secondaire. L'important est que l'on trouve de bonnes descriptions des tissus, des organes, des systèmes, et qu'on les trouve facilement, quelle que soit la place que l'auteur ait jugé à propos de leur assigner.

Or ces descriptions, qui sont le véritable but de l'ouvrage, laissent peu de chose à désirer. Dans une première partie, intitulée *Histologie générale*, sont décrits tous les tissus généraux qui par leur réunion constituent les organes. M. Kölliker en admet cinq ordres : les *tissus de cellules*, qui comprennent les épidermes et les glandes acineuses; les *tissus de substance conjonctive*, auxquels il annexe les tissus osseux, cartilagineux, élastique, conjonctif (celluaire des Français); le *tissu musculaire*, qui renferme les muscles lisses et striés; le *tissu nerveux*, c'est-à-dire les nerfs et les divers éléments qui composent les centres, et enfin le *tissu des glandes vasculaires sanguines*, rate, capsules surrénales, ganglions lymphatiques, etc.

On voit surtout dans les détails que cette classification est surtout déduite de la physiologie et du mode de développement. Je pense, pour ma part, que lorsqu'il s'agit d'exposition anatomique, il y a des inconvénients à prendre pour base de classement les propriétés des tissus. Ainsi, par exemple, dans l'ouvrage que j'examine, les follicules clos se trouvent séparés des autres glandes, tandis que le testicule ou la parotide se trouvent confondus dans la même section que l'épiderme cutané, etc.

Mais c'est là encore, il est vrai, une critique contre le plan; néanmoins, les chapitres consacrés à l'étude de ces divers tissus renferment, malgré leur concision, les données les plus précises, les plus claires qu'on puisse désirer au point de vue de l'histologie.

Arrivons à l'histologie spéciale, qui n'est plus passible des mêmes objections. C'est ici que toutes les qualités de l'auteur se révèlent : détails nombreux et d'une exactitude scrupuleuse, déductions physiologiques légitimes, critique sérieuse, mais généralement bienveillante et très juste, des travaux des autres, réserve très grande vis-à-vis des points encore incertains, modestie et simplicité dignes d'éloges, qui font ressortir les nombreux documents que l'auteur a tirés de son propre fonds.

Tels sont les mérites qu'on peut sans flatterie accorder au livre de M. Kölliker. Ajoutons que de longs et intéressants paragraphes sur le développement des tissus et des organes comblent une lacune qui existe dans un bon nombre d'ouvrages d'embryogénie; enfin, une bibliographie très soignée, et qui atteste une véritable érudition, met le lecteur à même de recourir lui-même aux sources, et de connaître plus à fond les matières dont l'auteur ne donne qu'un extrait. Cette addition, inséparable des œuvres consciencieuses, sera appréciée par tous ceux qui ont des livres pour y chercher la science, et non pour meubler leur bibliothèque.

Tout cela veut-il dire que les ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE soient sans défaut, et que la science doive s'arrêter là? Point du tout. On comprend que les limites d'une analyse ne permettent pas de discuter à fond les points de détail; c'est pourquoi nous n'engagerons pas le débat. Si nous pouvions nous étendre à notre aise, nous soumettrions à l'auteur quelques remarques, d'abord sur le plan, que nous trouvons imparfait, comme on a pu le voir, puis sur certaines interprétations que l'anatomie pathologique et la pathologie contredisent. Nous regretterions que ces deux contrôles si importants de l'anatomie proprement dite n'aient pas été plus fréquemment invoqués; mais, sur ce dernier point, on répondrait sans doute qu'il s'agissait ici de faire simplement une exposition anatomique, et non point de l'histologie appliquée.

On a, en France, l'habitude de demander aux vérités, aussitôt qu'elles sont connues, à quoi elles servent, et l'on pousse cela si loin parfois, que l'on dédaigne volontiers les notions qui ne paraissent pas immédiatement influer sur l'art de guérir. C'est ce qui rend

notre nation assez souvent injuste pour la science pure (1). Pour notre part, nous cherchons à éviter cet écueil, et nous accueillons les vérités, quelles qu'elles soient, quand même leur utilité serait encore problématique.

Heureusement que l'anatomie générale, et même les observations microscopiques ne doivent plus être regardées comme purement spéculatives. Ceux-là seuls qui les dédaignent sans les connaître méconnaissent les immenses services qu'elles ont déjà rendus, et n'ont pas la conscience de la révolution prochaine et radicale qu'elles préparent dans l'art de guérir. Les applications sont aujourd'hui même assez nombreuses pour que le temps soit venu d'écrire, ou au moins d'enseigner une histologie médico-chirurgicale, et de montrer que la connaissance exacte d'un tissu, d'un élément, d'un principe immédiat, ne le cède guère en importance à celle d'un organe ou d'une région. Cette assertion est tellement démontrée à nos yeux, que nous espérons bientôt la voir transformée en axiome dans l'esprit de tous.

Mais pour que la génération actuelle s'occupe unanimement des applications de l'anatomie générale et rentre en masse dans la voie de Bichat, si malencontreusement abandonnée, il faut lui donner un livre à la hauteur de l'état actuel de la science. L'ouvrage de M. Kölliker remplira ce but pendant longtemps encore; il convient aux commençants aussi bien qu'aux initiés, et sans compter les notions empruntées aux prédécesseurs et que chacun pouvait acquérir avec plus ou moins de peine, il renferme le résultat des recherches originales de l'auteur inédites jusqu'à ce jour, ou du moins éparses dans divers recueils peu accessibles à la majorité. Déjà classique en Allemagne, cet ouvrage le sera bientôt en France, et comptera parmi les autorités anatomiques.

Il faut dire que rien n'a été négligé pour un succès mérité, et une juste part d'éloges doit être reversée et sur les traducteurs et sur l'éditeur.

Quelques spécimens de littérature médicale allemande qui ont été traduits dans notre langue ont laissé l'impression générale que le langage scientifique d'outre-Rhin était parfois intraduisible comme forme et assez obscur comme fond. Le livre de M. Kölliker échappe à cette accusation; nous pensons que le texte original y est pour beaucoup; mais, en fût-il autrement, les traducteurs auraient fait disparaître avec bonheur les difficultés et les nuages, de façon que l'on croirait presque lire ce style simple et facile auquel nous ont habitués la plupart de nos auteurs classiques. M. Kölliker lui-même, sachant que j'étais chargé d'analyser son livre, m'a prié d'insister particulièrement sur le grand mérite de la traduction. D'ailleurs, les épreuves ont toutes été revues par l'auteur, auquel la langue française est très familière. Cette quasi-innovation, qui devrait être une règle, nous garantit donc de ces contresens de traductions si communs, qui deviennent la source d'équivoques fâcheuses et d'embarras très réels.

Le texte est enrichi de plus de 300 planches intercalées, gravées avec le plus grand soin, et qui appartiennent à l'original allemand. M. Victor Masson, qui nous donne de coutume des éditions très parfaites, sorties des presses de M. Martinet, semble s'être surpassé dans ce cas. Les amateurs de beaux livres trouveront donc aussi leur compte dans cette œuvre bien faite, que ne déparent pas davantage ces imperfections regrettables auxquelles j'ai résolu de faire la guerre.

Ar. Verneuil,
Agrégé de la Faculté de médecine.

(1) Voir sur cette fâcheuse tendance la remarquable préface du livre de M. Monneret : *Traité de pathologie générale*, t. Ier, p. XXII, 1857.

VIII.

VARIÉTÉS.

Broussais. — Voici, sur une grande illustration médicale, sur Broussais, quelques détails intéressants, que nous extrayons d'un très agréable petit livre intitulé : Souvenirs de la guerre d'Espagne, par M. Fée, professeur à la Faculté de Strasbourg.

« Lorsque je vis Broussais pour la première fois à Xerez, cet illustre médecin avait trente-neuf ans. Quoiqu'il eût la réputation d'un homme de mérite, personne ne soupçonnait qu'il dût être un jour l'une de nos gloires nationales. Il vivait joyeusement avec ses collègues, sans recevoir et même sans attendre aucun témoignage de satisfaction du gouvernement impérial, qui lui donna cependant en 1812 la décoration éphémère de la Réunion. C'est donc avec un grand étonnement que je lis dans une des notices historiques (celle de Montègre) qui lui ont été consacrées, que Napoléon le distingua de tous ses médecins militaires, et qu'il le choisit pour le mettre à la tête du service médical de l'expédition d'Espagne. Le médecin en chef de cette armée était Gorcy, et lorsque le corps expéditionnaire qui s'empara de l'Andalousie devint distinct, M. Brassier fut appelé aux fonctions de médecin en chef de l'armée du Midi. Napoléon ne connut pas Broussais et ne put influer sur son avancement. C'est seulement en France, et beaucoup plus tard, que ce médecin eut une position en rapport avec son mérite. Longtemps il habita Xerez, où se trouvait le quartier général, et fut chargé du service médical de l'hôpital militaire. Je suivis sa visite comme pharmacien pendant plusieurs mois; et me voyant attentif à sa parole, il se plaisait à établir devant moi, et pour moi, le diagnostic de ses malades. Son pronostic était presque toujours infaillible. Du plus loin qu'il les apercevait, il reconnaissait s'il y avait un changement dans leur état, découvrant à des signes certains le moindre écart de régime, et les gourmandant du ton dont il se servit plus tard pour gourmander ses critiques. Il ne craignait pas même de les épouvanter, en leur présentant la mort comme certaine s'ils persistaient à ne pas suivre ses avis. Un officier qui occupait à l'hôpital militaire de Xerez une petite chambre au rez-de-chaussée était atteint d'une entérite en voie de guérison. Il y eut plusieurs rechutes successives à la suite d'imprudences commises par le malade. Broussais entrait en fureur à chacune d'elles. Un jour qu'il eut à constater un dernier écart de régime, il s'arrêta un instant sur le seuil de la porte, le visage enflammé de colère, et d'un bond ayant atteint le lit de l'officier malade, il le regarda fixement, les bras croisés sur la poitrine, criant de sa plus forte voix : « Vous le voulez, malheureux ! Eh bien ! vous mourrez. » Et se tournant vers la visite : « Et nous le disséquerons, messieurs ! » Le malade frémit, balbutia quelques mots, devint pâle et promit la sagesse; malheureusement trop tard. Il expira quelques jours après, et quand Broussais le vit à l'amphithéâtre, il apostropha le cadavre d'un *je te l'avais prédit*, suivi d'un profond soupir ! »

Prix de l'abonnement annuel à la Gazette hebdomadaire *pour l'étranger, par la poste.*

Autriche, Bade, Bavière (jusqu'à la frontière). . .	24 fr.
Angleterre, Malte; Belgique; Grèce; Pays-Bas; Égypte, Syrie, Turquie.	27
Bolivie, Californie, Chili, Pérou.	36
Colonies, États-Unis du Nord, Australie, Brésil, Canada, Chine, Cuba, Mexique; Toscane. . . .	29
Duchés italiens; Suisse.	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie; Saxe; Suède. .	28
États romains	34
Portugal.	25
Sardaigne	26
Sicile	30

On peut s'abonner par l'entremise de tous les libraires de l'Étranger, ou en adressant directement un mandat sur Paris à la Librairie Victor Masson.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier prochain.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME III.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.